

Quelles prophylaxies anti-infectieuses pour nos patients ?



GFEV | GROUPE FRANÇAIS
D'ÉTUDE DES
VASCULARITES

21 novembre 2025

Tiphaine Goulenok
Médecine interne, Hôpital Bichat

Liens d'intérêt

- **MSD** (board, finacement projet Aposy)
- **Astrazeneca** (board)

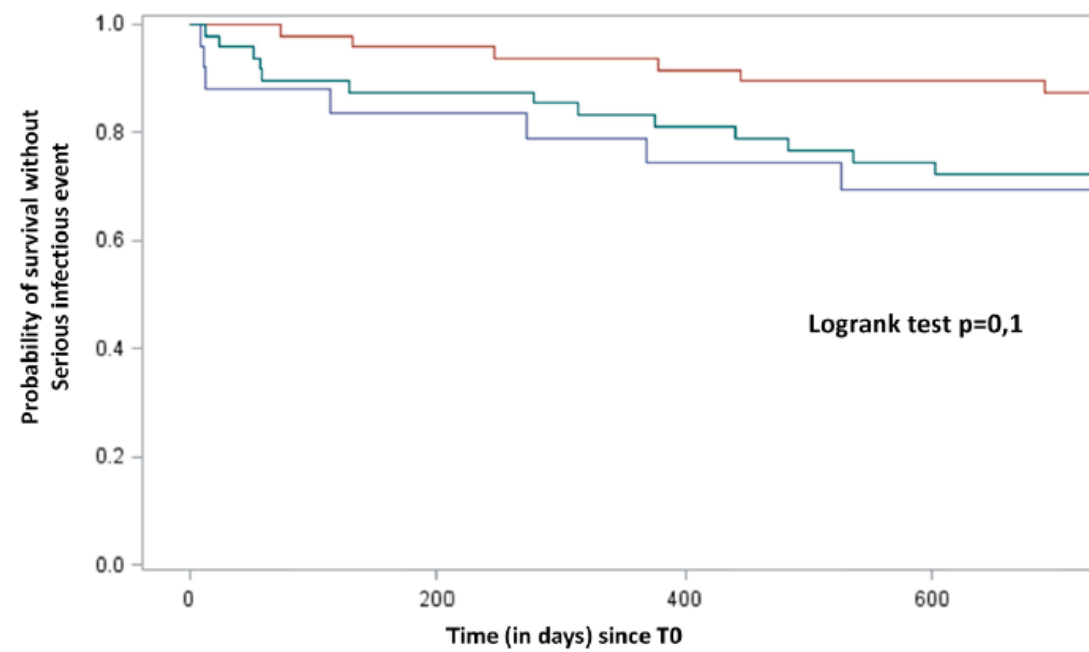
Une histoire presque vraie, Mr E. 54 ans



- **Diagnostic de GPA (2017)**
 - AEG
 - Arthralgies
 - épisclérite gauche
 - Sinusite maxillaire et frontale gauche
 - Atteinte rénale avec protéinurie à 0.7 g/g, créatinine à 120 $\mu\text{mol/l}$, hématurie microscopie
 - PBR: **glomérulonéphrite extra capillaire**. Pas de dépôts en IF. Lésions actives sur 8/12 glomérules.
 - CRP 70mg/l
 - ANCA fortement positif de spécificité anti-PR3 >800
- Pas d'atteinte pulmonaire, cutanée, cardiaque ou neurologique périphérique

Traitement et évolution

- **corticothérapie** : Trois bolus de SOLUMEDROL puis per os avec décroissance progressive (schéma pexivas)
- **rituximab** : 1j J1 J15 puis 3 perfusions espacées de 6 mois (500 mg) en 2017/2018
- Première épisode de neutropénie fébrile en octobre 2021 avec mise en évidence à la même période d'une **hypogammaglobulinémie à 3,5 g/l** (*CD19 reconstitués*)
- Le bilan étiologique infructueux, avec notamment l'absence de déficits immunitaires.
- Réponse vaccinale (DTP, pneumocoque) faibles



- Multiple sclerosis and Neuromyelitis optica spectrum disorder (n=48)
- ANCA-associated vasculitis (n= 48)
- Others autoimmune diseases (n= 25)

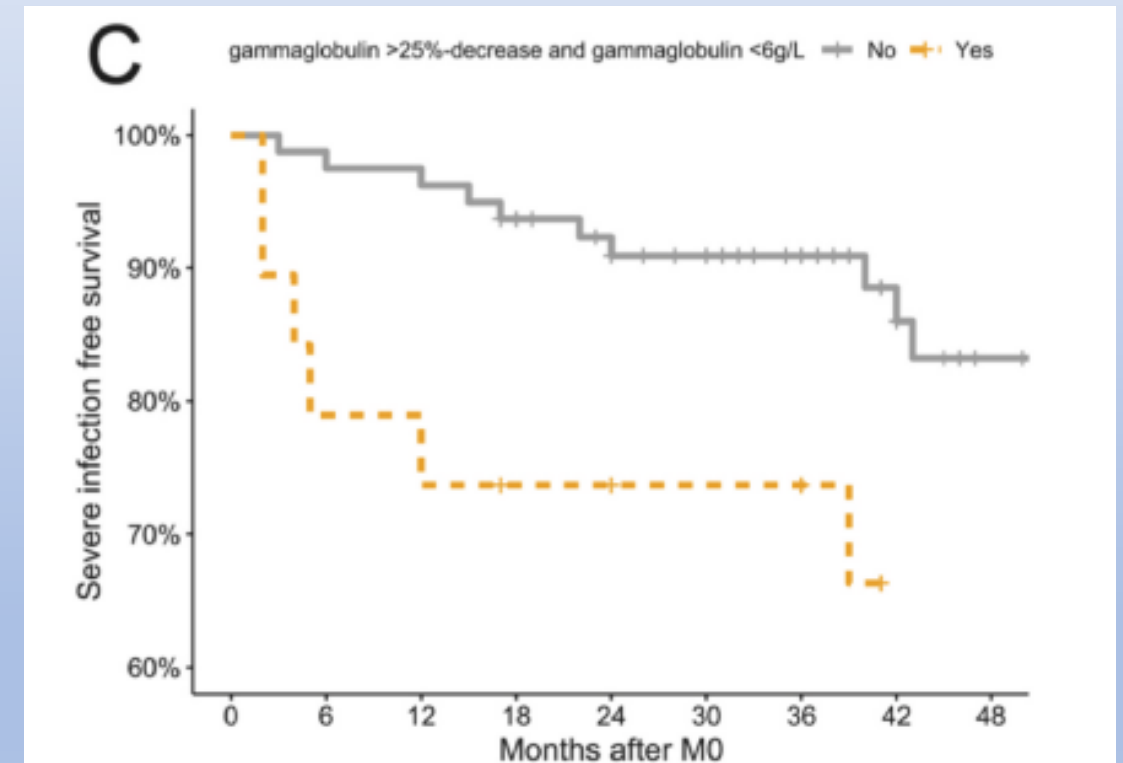
Type d'infections

- **98 patients** (85 GPA, 13 MPA), monocentrique (Cochin)
- **Induction** : CS (bolus MP : 31%), RTX (87%) ou CYC (13%)
- **Entretien** : RTX 500 mg/6 mois pendant 18 mois

28 infections sévères

- 8 PnP bactériennes
- 4 Covid sévères
- 3 pyélonéphrites
- 2 otites
- 1 sinusite
- 1 nocardiose
- 1 abcès pulmonaire
- 1 méningoencéphalite
- 1 septicémie
- 1 iléite à CMV
- 1 érysipèle
- 1 infection oculaire sévère

- Pas de pneumocystose (85% des sous Bactrim®)
- 2 décès





Clinical science

Association between hypogammaglobulinaemia and severe infections during induction therapy in ANCA-associated vasculitis: from J-CANVAS study

Satoshi Omura ^{1,2}, Takashi Kida ¹, Hisashi Noma ³, Atsuhiko Sunaga^{1,2}, Hiroaki Kusuoka^{1,2}, Masatoshi Kadoya², Daiki Nakagomi ⁴, Yoshiyuki Abe⁵, Naoho Takizawa⁶, Atsushi Nomura⁷, Yuji Kukida⁸, Naoya Kondo⁹, Yasuhiko Yamano¹⁰, Takuya Yanagida^{2,11}, Koji Endo¹², Shintaro Hirata ¹³, Kiyoshi Matsui¹⁴, Tohru Takeuchi ¹⁵, Kunihiro Ichinose ^{16,17}, Masaru Kato ¹⁸, Ryo Yanai¹⁹, Yusuke Matsuo^{20,21}, Yasuhiro Shimojima ²², Ryo Nishioka ²³, Ryota Okazaki²⁴, Tomoaki Takata²⁵, Takafumi Ito²⁶, Mayuko Moriyama¹⁷, Ayuko Takatani²⁷, Yoshia Miyawaki²⁸, Toshiko Ito-Ihara²⁹, Nobuyuki Yajima ^{18,30,31}, Takashi Kawaguchi³², Wataru Fukuda², Yutaka Kawahito^{1,*}

Clinical science

Predictors of hypogammaglobulinemia in ANCA-associated vasculitis after a rituximab-based induction: a multicentre study

Manuel Alfredo Podestà ^{1,†,‡}, Federica Mescia ^{2,‡,*}, Anna Ricchiuto^{1,‡}, Rona Smith ³, Martina Tedesco², Matthias Arnaldo Cassia¹, Julia Holle⁴, Renato Alberto Sinico⁵, Annette Bruchfeld ^{6,7}, Iva Gunnarsson⁸, Sophie Ohlsson⁹, Bo Baslund¹⁰, Zdenka Hruskova¹¹, Vladimir Tesar¹¹, Gianmarco Sabiu¹², Maurizio Gallieni ¹², Maria C. Cid¹³, Augusto Vaglio¹⁴, Lorraine Harper ¹⁵, Mario Cozzolino ¹, Francesco Scolari², David Jayne³, Federico Alberici ²



ELSEVIER



Risk factors for hypogammaglobulinemia and association with relapse and severe infections in ANCA-associated vasculitis: A cohort study

Johanne Liberatore^a, Yann Nguyen^b, Jérôme Hadjadj^b, Pascal Cohen^b, Luc Mouthon^{b,c}, Xavier Puéchal^{b,c}, Loïc Guillevin^{b,c}, Benjamin Terrier^{b,c,*}

Journal of Clinical Immunology (2024) 44:179

<https://doi.org/10.1007/s10875-024-01773-y>

RESEARCH

Hypogammaglobulinemia and Infection Events in Patients with Autoimmune Diseases Treated with Rituximab: 10 Years Real-Life Experience

Yuxue Nie¹ · Nianyi Zhang¹ · Jingna Li¹ · Di Wu¹ · Yunjiao Yang¹ · Li Zhang¹ · Wei Bai¹ · Nan Jiang¹ · Lin Qiao¹ · Can Huang¹ · Shuang Zhou¹ · Xinping Tian¹ · Mengtao Li¹ · Xiaofeng Zeng¹ · Linyi Peng¹ · Wen Zhang¹

Fréquence variable suivant le seuil de définition de l'hypogammaglobulinémie: entre 15 et 40%
Age, bolus, taux initial d'Ig faible

Ig substitutives: Quelles modalités? Doses?

- En sous cutanée
- 400 mg/kg/ mois
- Après des infections récurrentes même non graves
- Non corrélé au dosage pondéral des Ig
- 1g/kg J1 J3
- IV











ZRAMMN

Ig substitutives: Quelles modalités? Doses?

- En sous cutanée
- 400 mg/kg/ mois
- Après des infections récurrentes même non graves
- Non corrélé au dosage pondéral des Ig
- 1g/kg J1 J3
- IV

2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody–Associated Vasculitis

Sharon A. Chung,¹ Carol A. Langford,² Mehrdad Maz,³  Andy Abril,⁴ Mark Gorelik,⁵ Gordon Guyatt,⁶ Amy M. Archer,⁷ Doyt L. Conn,⁸  Kathy A. Full,⁹ Peter C. Grayson,¹⁰  Maria F. Ibarra,¹¹ Lisa F. Imundo,⁵ Susan Kim,¹ Peter A. Merkel,¹²  Rennie L. Rhee,¹²  Philip Seo,¹³ John H. Stone,¹⁴  Sangeeta Sule,¹⁵  Robert P. Sundel,¹⁶ Omar I. Vitobaldi,¹⁷ Ann Warner,¹⁸ Kevin Byram,¹⁹ Anisha B. Dua,⁷ Nedaa Husainat,²⁰  Karen E. James,²¹ Mohamad A. Kalot,²²  Yih Chang Lin,²³ Jason M. Springer,³  Marat Turgunbaev,²⁴ Alexandra Villa-Forte,² Amy S. Turner,²⁴  and Reem A. Mustafa²⁵ 

Si Ig inférieur à 3 g/L ET infections sévères et récidivantes
Aussi si infections récurrentes (non graves) ET réponse vaccinale insuffisante

Dose substitutives : 400/800 mg/kg/mois

Antibioprophylaxie par cotrimoxazole et alternatives

- Une prophylaxie par **cotrimoxazole** est recommandée chez les VAA, surtout si autres FDR
 - âge
 - Ins. rénale
 - atteinte pulmonaire
 - forte immunosuppression

Bactrim[©] F 400/80 : 1 comprimé par jour ou Bactrim[©] 800/160 : 1 comprimé x 3/7 j ou

- aérosols PENTACARINATE
- WELLVONE[®] atovaquone suspension buvable à 750 mg/5 ml : 2 cuillère-mesure (10 ml) le soir au repas.

Vaccinations: quels pathogènes à couvrir en priorité?

- Le DTP
- Le Pneumocoque
- Le VRS
- La grippe
- L'hépatite B
- Le SARS cov2
- L'HPV
- Le zona
- Les méningocoques

Vaccinations: quels pathogènes à couvrir en priorité?

- Le DTP
- Le Pneumocoque
- Le VRS
- La grippe
- L'hépatite B
- Le SARS cov2
- L'HPV
- Le zona
- Les méningocoques

2013 IDSA Clinical Practice Guideline for Vaccination of the Immunocompromised Host

Lorry G. Rubin,¹ Myron J. Levin,² Per Ljungman,^{3,4} E. Graham Davies,⁵ Robin Avery,⁶ Marcie Tomblin,⁷ Athos Bousvaros,⁸ Shireesha Dhanireddy,⁹ Lillian Sung,¹⁰ Harry Keyserling,¹¹ and Insoo Kang¹²

2019 update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases

Victoria Furer ,^{1,2} Christien Rondaan,^{3,4} Marloes W Heijstek,⁵ Nancy Agmon-Levin ,^{2,6} Sander van Assen,⁷ Marc Bijl,⁸ Ferry C Breedveld,⁹ Raffaele D'Amelio,¹⁰ Maxime Dougados ,¹¹ Meliha Crnkic Kapetanovic ,¹² Jacob M van Laar ,¹³ A de Thurah ,¹⁴ Robert BM Landewé ,^{15,16} Anna Molto ,¹¹ Ulf Müller-Ladner,¹⁷ Karen Schreiber,^{18,19} Leo Smolar,²⁰ Jim Walker,²¹ Klaus Warnatz,²² Nico M Wulffraat ,²³ Ori Elkayam ,^{1,2}



**Vaccination
des personnes
immunodéprimées
ou aspléniques
Recommandations**

Collection
avis et rapports

Arthritis Care & Research




Vol. 75, No. 3, March 2023, pp 449–464

DOI 10.1002/acr.25045

© 2023 American College of Rheumatology.

AMERICAN COLLEGE
of RHEUMATOLOGY
Empowering Rheumatology Professionals

2022 American College of Rheumatology Guideline for Vaccinations in Patients With Rheumatic and Musculoskeletal Diseases

Anne R. Bass,¹  Eliza Chakravarty,² Elie A. Akl,³ Clifton O. Bingham,⁴  Leonard Calabrese,⁵ 

Un schéma (presque) inchangé

	Vaccins contre-indiqués = vaccins vivants	Vaccins particulièrement recommandés	Vaccins inertes recommandés en population générale
Patients atteints d'une maladie auto-immune traités par corticothérapie et/ou immunosuppresseurs et/ou traitement ciblé biologique ou synthétique	<ul style="list-style-type: none"> - BCG - Fièvre jaune - Grippe (vivant atténué) - ROR - Rotavirus - Varicelle - Zona - Herpès 	<div> <ul style="list-style-type: none"> - Grippe saisonnière (vaccin inactivé) - Pneumocoque - Covid - Zona </div>	<ul style="list-style-type: none"> - Diphtérie, Tétanos, Polio et Coqueluche - <i>Hæmophilus Influenza</i> de type B - Hépatite B - Méningocoque ACWY + B - Papillomavirus

Covid

DATE : 04/06/2025

RÉFÉRENCE : DGS-URGENT N°2025-14

TITRE : PROLONGATION DE LA CAMPAGNE DE RENOUVELLEMENT VACCINAL COVID-19 DES PLUS FRAGILES

Il s'agit :

- Des personnes âgées de 80 ans ou plus ;
- Des patients immunodéprimés, quel que soit leur âge ;
- Des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et des unités de soins de longue durée, quel que soit leur âge ;
- Toute personne à très haut risque selon chaque situation médicale individuelle et dans le cadre d'une décision médicale partagée avec l'équipe soignante.

Ces personnes pourront recevoir une dose de vaccin Covid-19 à partir de **3 mois après la dernière injection ou infection au SARS-CoV-2** et seront de nouveau éligibles à la vaccination au début de la campagne de vaccination automnale.

Comirnaty® Omicron JN.1 30µg/dose

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Stratégie de
vaccination contre
la Covid-19

Associer covid + grippe

ID

Plus de 80 ans (et non 65)

Comorbidités

Résident d'EHPAD

Dose automne 2026

Grippe

RECOMMANDATION



Vaccination contre
la grippe
saisonnière des
personnes de
65 ans et plus

Vaccins inactivés

Composés de 3 ou 4 souches

Adaptés aux données de la surveillance du virus en circulation (OMS)

3 vaccins disponibles en métropole pour la saison 2025-2026 (influvac, vaxigrip, flucelvax)

Enfant à partir de 6 mois

Adultes

Prise en charge à 100%

Associer covid + grippe

Nouveautés vaccin anti grippal

- Adjuvanté (Fluad©)
- Haute dose (Efluelda©)
- Meilleure immunogénicité (*ie* taux d'ac x4 à J28) chez ID SOT
- Non testés dans les maladies autoimmunes (NR)

Mombelli CID 2024

la HAS recommande que les vaccins Efluelda et Fluad soient utilisés préférentiellement chez les personnes de 65 ans et plus par rapport aux vaccins à dose standard disponibles dans cette population, dans le cadre de la stratégie vaccinale française vis-à-vis de la grippe saisonnière. La HAS positionne de manière équivalente les vaccins adjuvantés et hautement dosés.

HAS Avril 2025

Pneumocoque: le conjugué 20 valences

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques des vaccins VPC 13 ET VPC 20

Vaccin	Prevenar 13 (VPC 13)	VPC 20
Sérotypes	1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F et 23F	VPC 13 + 8 +10A + 11A + 12F + 15B/C + 22F + 33F
Protéine vectrice	CRM197	CRM197
Adjuvant	Phosphate d'aluminium (0,125 mg)	Phosphate d'aluminium (0,125 mg)

les sérotypes couverts représentent
60% des IP 15/64 ans
59% des IP des plus de 65 ans

La HAS ne recommande plus l'utilisation des VPC 13 et VPP 23

- **Immunogénicité**
 - la non-infériorité du vaccin VPC 20 comparativement à VPC 13/VPP 23 a été démontrée pour les 13 sérotypes communs
- **Tolérance comparable**
 - Réaction locale
 - Idem à schéma antérieur
- **Co-administration**
 - avec la grippe OK (mais vaccin US différent)
 - avec COVID OK (mRNA)
- A venir: le 24 valent...

En pratique
1 dose de VPC 20 si

Schéma incomplet de plus d'un an
Schéma complet de plus de 5 ans

VRS

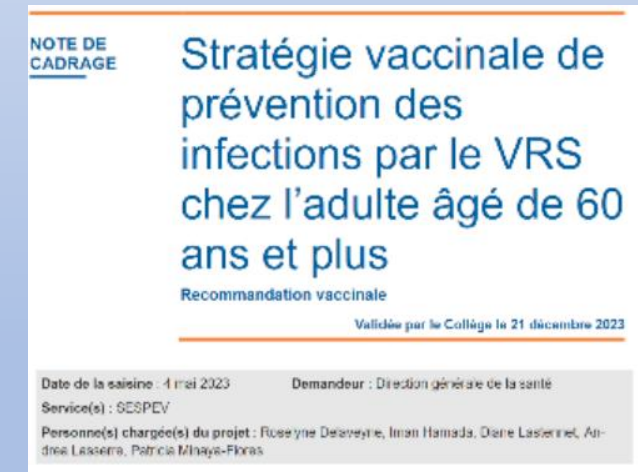
Nom com	Type	Population	Sécu	EV
mRESVIA	mRNA	Plus de 60 ans	NR	83,7%
Arexvy	Recombinant inactivé	Plus de 60 ans	NR	82,6%
Abrysvo	Bivalent recombinant	Plus de 60 ans Et enceinte	enceinte	85%

Vaccination saisonnière

les personnes âgées de 75 ans et plus,

les personnes âgées de 65 ans et plus

présentant des pathologies respiratoires chroniques (BPCO) ou cardiaques (insuffisance cardiaque)



Non encore recommandé chez l'ID...

Concernant la vaccination chez un patient traité par rituximab, laquelle des propositions est correcte ?

- Les vaccins vivants peuvent être administrés 1 mois après une perfusion
- Les vaccins inactivés sont recommandés **au moins 2 à 4 semaines avant** une perfusion
- Après rituximab, les vaccins inactivés doivent être administrés **au moins 3 à 6 mois après** pour être efficaces
- La réponse au vaccin contre l'hépatite B est normale sous rituximab
- Le vaccin grippe est contre-indiqué sous rituximab

Concernant la vaccination chez un patient traité par rituximab, laquelle des propositions est correcte ?

- Les vaccins vivants peuvent être administrés 1 mois après une perfusion
- Les vaccins inactivés sont recommandés **au moins 2 à 4 semaines avant** une perfusion
- Après rituximab, les vaccins inactivés doivent être administrés **au moins 3 à 6 mois après** pour être efficaces
- La réponse au vaccin contre l'hépatite B est normale sous rituximab
- Le vaccin grippe est contre-indiqué sous rituximab

Table 3. Medication management at the time of non-live attenuated vaccine administration

	Influenza vaccination	Other non-live attenuated vaccinations
Methotrexate	Hold methotrexate for 2 weeks after vaccination*	Continue methotrexate
Rituximab	Continue rituximab†	Time vaccination for when the next rituximab dose is due, and then hold rituximab for at least 2 weeks after vaccination
Immunosuppressive medications other than methotrexate and rituximab	Continue immunosuppressive medication	Continue immunosuppressive medication

■ = Conditional recommendation.

* Hold only if disease activity allows. Non-rheumatology providers, e.g., general pediatricians and internists, are encouraged to give the influenza vaccination and then consult with the patient's rheumatology provider about holding methotrexate to avoid a missed vaccination opportunity.

† Give influenza vaccination on schedule. Delay any subsequent rituximab dosing for at least 2 weeks after influenza vaccination if disease activity allows.

Table 4. Whether to give or defer non-live attenuated vaccinations in patients taking glucocorticoids regardless of disease activity

	Influenza vaccination	Other non-live attenuated vaccinations
Prednisone ≤10 mg daily*	Give	Give
Prednisone >10 mg and <20 mg*	Give	Give
Prednisone ≥20 mg daily*	Give	Defer†

■ = Strong recommendation.

■ = Conditional recommendation.

Immunosuppresseur & vaccins... dans l'idéal

V = vaccin

Chimiothérapie

1^{re} dose & 2^{ème} dose

V

Chimio

7 j

Methotrexate

JAKi

Cyclophosphamide IV

1^{re} dose & 2^{ème} dose

V

Traitement

7 j

Abatacept Sc

1^{re} dose & 2^{ème} dose

ABA Sc

V

ABA Sc

7 j

7 j

Abatacept IV

1^{re} dose

ABA IV

V

ABA IV

4 sem

7 j

2^{ème} dose

Pas d'adaptation/Protocole thérapeutique

Rituximab

• Programmée

• Urgent

V 1^{re} dose

V 2^{ème} dose

Ritux

4 sem

≥ 4 sem dans l'idéal

V 1^{re} dose

Ritux

V 2^{ème} dose

Ritux

Fin de protocole Ritux
JoJ15 ou S1S2S3S4

4 sem-J0

2 à 4 sem

Vaccin ARN

Pas de changement de :

- protocole thérapeutique
- schéma vaccinal

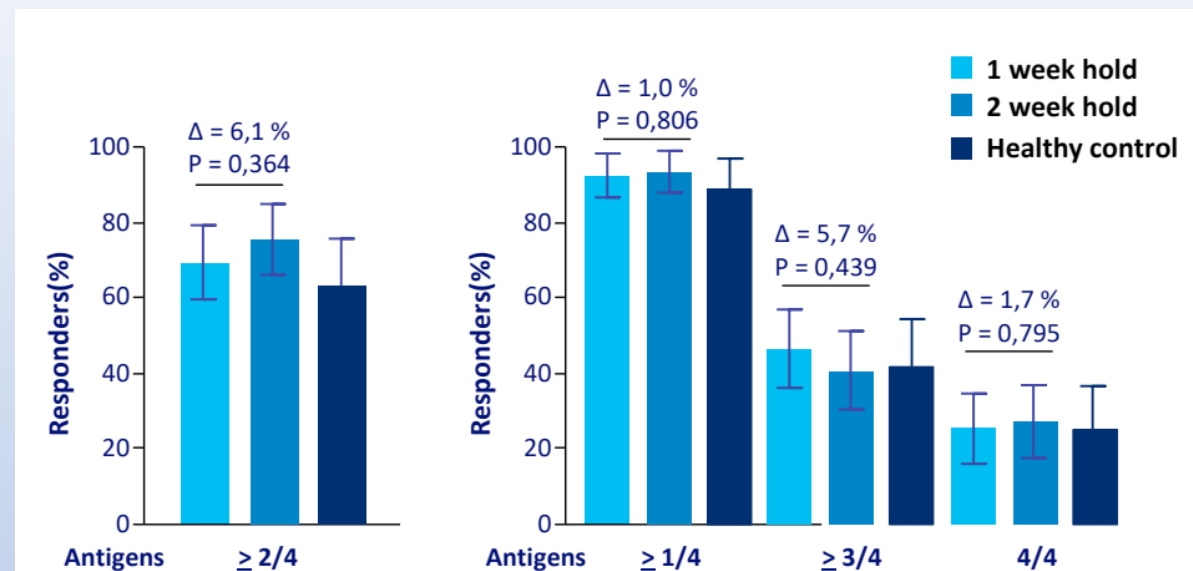


Hydroxychloroquine,
IgIV, Corticoïdes,
Sulfasalazine,
Leflunomide,
Micophénolate,
Azathioprine,
Cyclophosphamide
oral, Anti-TNFα
AntilL6R, AntilL1,
AntilL17, AntilL12/23,
Belimumab,
Anticalcineurine
Reco EULAR

Quand vacciner?

- Suspension du méthotrexate pour améliorer l'immunogénicité anti grippe

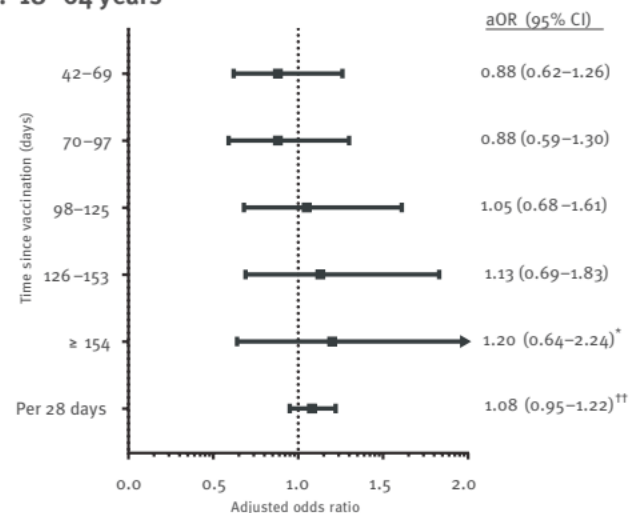
Park, Arth Rheum 2023



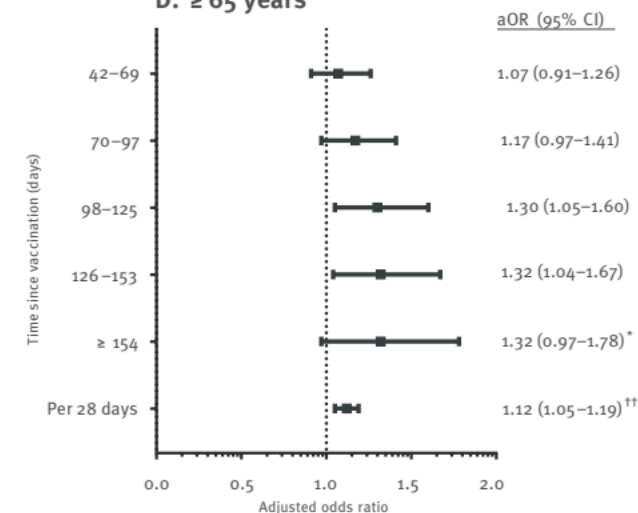
- L'efficacité vaccinale diminue de 9% tous les 28 jours, à partir de 41 jours après la vaccination des adultes

Chung, eurosurveillance 2024

C. 18–64 years



D. ≥ 65 years



aOR: adjusted odds ratio; CI: confidence interval; NE: not estimatable.

Lequel des vaccins suivants est **formellement contre-indiqué** chez un patient déjà sous immunosuppresseur ou biothérapie ?

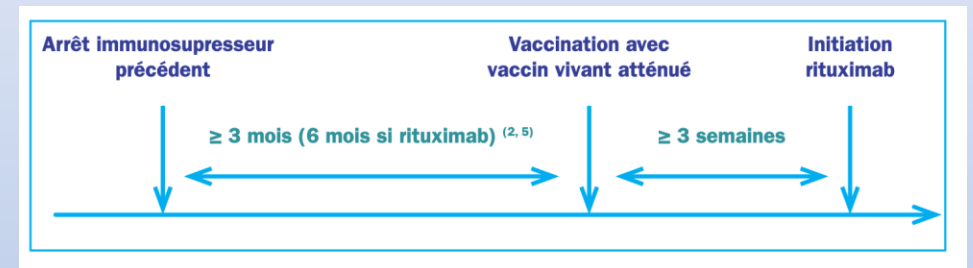
- ROR
- Grippe
- Hépatite B
- COVID-19 ARN messenger
- Pneumocoque

Lequel des vaccins suivants est **formellement contre-indiqué** chez un patient déjà sous immunosuppresseur ou biothérapie ?

- ROR
- Grippe
- Hépatite B
- COVID-19 ARN messenger
- Pneumocoque

Drapeaux rouges

- Vaccins contre indiqués = vaccins vivants
 - ROR
 - BCG
 - Varicelle
 - Fièvre jaune
 - Rotavirus



- Vaccin vivant: attendre 3 mois après l'arrêt pour les IS et 6 mois pour le rituximab

Pour l'hépatite B: doubler les doses chez l'ID

Pour les DTP: rappel tous les 10 ans (au lieu de tous les 20 ans)

Pour l'HPV: 3 doses au lieu de 2 (comme chez le plus de 15 ans...)

Lequel des vaccins suivant peut être **moins efficace** sous biothérapie, justifiant une sérologie post-vaccinale ?

- Hépatite B
- ROR
- Grippe
- Pneumocoque
- COVID-19 ARNm

Lequel des vaccins suivant peut être **moins efficace** sous biothérapie, justifiant une sérologie post-vaccinale ?

- Hépatite B
- ROR
- Grippe
- Pneumocoque
- COVID-19 ARNm

Histoire récente

- 2 semaines plus tôt: poussée articulaire
- Augmentation transitoire du cortancyl (20 mg/j) par le MT
- Odynophagie rendant toute alimentation impossible
- Lésion ulcérée et nécrotique de la paroi latérale droite pharyngée
- Hypoesthésie de l'épiglotte
- Somnolence
- PCR oropharyngée positive à VZV, LCR: PCR VZV + (CT 32)
- IRM: pas de signe de méningoencéphalite, ni AVC
- EEG: Fréquentes anomalies triphasiques périodiques en bi temporal
- Diagnostic: **Zona oropharyngé compliqué d'une méningoencéphalite**
- Traitement: Acyclovir 15 mg/kg/8h



Des recommandations internationales ...

Recommendation

2019 update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases

Arthritis Care & Research

Vol. 75, No. 3, March 2023, pp 449–464

DOI 10.1002/acr.25045

© 2023 American College of Rheumatology.

AMERICAN COLLEGE
of RHEUMATOLOGY
Empowering Rheumatology Professionals

2022 American College of Rheumatology Guideline for Vaccinations in Patients With Rheumatic and Musculoskeletal Diseases

an,^{3,4} Marloes W Heijstek,⁵
n Assen,⁷ Marc Bijl,⁸ Ferry C Breedveld,⁹
os ,¹¹ Meliha Crnkic Kapetanovic ,¹²
,¹⁴ Robert BM Landewé ,^{15,16}
⁷ Karen Schreiber,^{18,19} Leo Smolar,²⁰ Jim Walker,²¹
,²³ Ori Elkayam ,^{1,2}

5. Herpes zoster vaccination may be considered in high-risk patients with AIIRD.

2b

... aux plus récentes recommandations nationales

Vaccin recombinant: pas de CI chez l'ID
(l'ancien vaccin zostavax était vivant donc CI)

RECOMMANDER
DES STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE

RECOMMANDATION Recommandations
vaccinales contre le
Zona. Place du
vaccin

Validé par le Collège le 29 février 2024

Le vaccin permet d'élargir la population pouvant bénéficier d'une vaccination contre le zona aux :

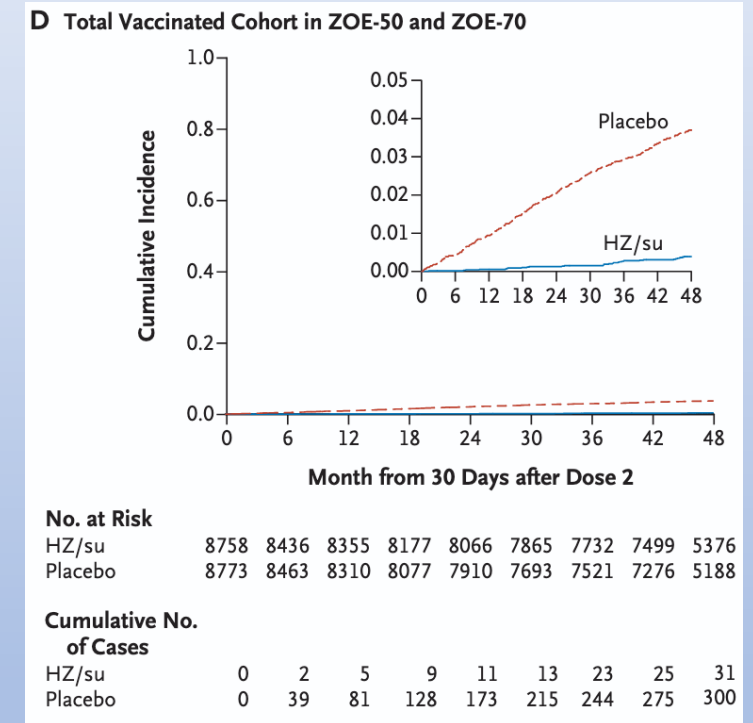
- Personnes de 18 ans et plus immunodéprimées telles que :
 - les PVVIH ayant un compte de CD4+ ≥ 200 cellules/ μ L,
 - les adultes ayant reçu une greffe d'organe solide ou une greffe de CSH,
 - les patients atteints d'une tumeur solide,
 - les patients atteints d'hémopathies malignes.
- Patients âgés de 18 ans et plus présentant un diagnostic de polyarthrite, de lupus érythémateux, de maladie inflammatoire de l'intestin ou atteints d'autres conditions médicales qui peuvent entraîner un risque accru de

- **Efficacité vaccinale**

- Diminution du risque de Zona de 83,9% chez > 70
- Diminution du risque de Zona de 96,2% chez > 50
- EV également chez ID et comorbidités
- Efficacité sur les hospitalisations
- Efficacité sur les algies post zostériennes
- Durée efficacité évaluée jusqu'à 7 ans

Impact sur :

- La qualité de vie,
- Le risque de iatrogénie chez le sujet âgé
- Le risque de chute
- Le risque de démence...



Cunningham NEJM 2016

Recommandations vaccinales contre le Zona

Patient ayant des **antécédents de zona** ou de **vaccination par Zostavax**

Un schéma complet avec le vaccin Shingrix, après un **délai d'au moins un an**

Dans des situations particulières, comme en cas d'induction d'une **immunosuppression** ou lors d'épisodes de **zona à répétition**

Administration du vaccin **dès la guérison du zona**

Patient devant initier une **thérapie immunosuppressive**

Vacciner avant le début de la thérapie immunosuppressive le plus en amont possible, pour que la vaccination soit terminée **idéalement 14 jours avant l'initiation du traitement** (**intervalle entre les deux doses réduit à un mois**)

M0 M2 max M6

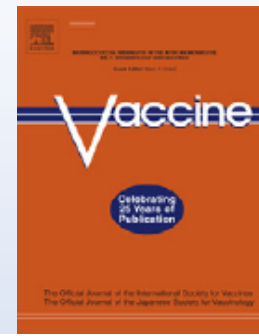
Research Letter

**Varicella Zoster Virus Vaccination in Patients
With Immune-Mediated Inflammatory Diseases:
Drivers and Barriers**

n=723 IMID,
30% vasculitis

Table. Multivariate analyses for independent predictors of VZV vaccine acceptance in IMID.

	Univariate OR (95% CI)	Multivariate OR (95% CI)	P
Female sex	1.5 (1.0-2.2)	1.2 (0.8-1.8)	0.46
Age > 65 yrs	2.4 (1.7-3.3)	1.6 (1.1-2.4)	0.02
Type of IMID			
Vasculitis	1.2 (0.9-1.7)	1.1 (0.7-1.7)	0.64
SLE	0.9 (0.6-1.5)	1.3 (0.8-2.2)	0.28
Sjögren disease	0.8 (0.5-1.4)	1.2 (0.6-1.9)	0.90
Steroids and/or IST ^{a,b}	1.5 (1.1-2.3)	1.3 (0.9-1.9)	0.24
History of herpes zoster	1.9 (1.3-2.7)	1.9 (1.3-2.8)	< 0.001
Current influenza vaccination ^c	4.1 (2.8-6.0)	2.5 (1.6-3.9)	< 0.001
Current COVID-19 vaccination ^d	3.4 (2.4- 4.9)	2.2 (1.4-3.2)	< 0.001



Factors associated with pneumococcal immunisation among hospitalised elderly persons: A survey of patient's perception, attitude, and knowledge

I. Ridda^{a,b,*}, C. Motbey^b, L. Lam^{b,d}, I.R. Lindley^{b,c},
P.B. McIntyre^{a,b,d}, C.R. MacIntyre^{a,b,d}

La conviction du soignant est suivie
dans **81%** des cas par les patients

L'indispensable

- Vacciner l'entourage!
 - Enfants, petits enfants ... soignants
 - En particulier pour les vaccins vivants: rougeole
 - Et les risques épidémiques: coqueluche
- Education patients +++
- Diminuer l'immunosuppression chez les patients fragiles
- Recours raisonnable aux corticoïdes et aux bolus de MP