

IMMUNISATION CONTRE LA COVID-19 DANS UN CONTEXTE ONCOLOGIQUE ET DE GREFFE DE CELLULES SOUCHES : LE GUIDE PRATIQUE DES EXPERTS

www.medscape.org/livewebcast/covid19-vaccination-children-french

Dr Paul Moss, MD, PhD : Bonjour. Bienvenue à tous. Merci de vous joindre à nous aujourd'hui pour ce webinaire en direct sur l'immunisation contre la COVID-19 dans un contexte oncologique et de greffe de cellules souches. Comme vous le verrez, nous souhaitons vous donner un guide concret pour votre pratique clinique. Je m'appelle Paul Moss, je suis professeur d'hématologie à l'université de Birmingham au Royaume-Uni, et j'ai avec moi ma collègue Malgorzata. Voudriez-vous vous présenter ?

Dr Malgorzata Mikulska, MD, PhD : Oui. Bonjour à tous, je suis Malgorzata Mikulska. Je suis spécialiste des maladies infectieuses, avec un intérêt particulier pour les patients immunodéprimés, et parmi eux, les patients atteints de cancers hématologiques et les receveurs de greffes de cellules souches. Bienvenue.

Dr Moss : Merci beaucoup. Je pense que vous allez voir, au cours de ce programme d'environ 40 minutes, que nous allons discuter des résultats chez les patients atteints de COVID-19 et d'affections malignes, y compris chez ceux qui ont reçu une greffe. Nous vous présenterons les données cliniques concernant les vaccins chez les patients atteints de ces affections, et nous voulons en particulier vous donner des informations sur les recommandations ainsi que sur des points pratiques. Mais avant d'examiner certains résultats impressionnants concernant la vaccination, laissez-moi vous rappeler ces temps difficiles au début de la pandémie. Souvenez-vous de ce à quoi nous étions confrontés à ce moment-là, je pense que nous avons tous nos souvenirs cliniques de cette période au début de l'année 2020. Voici une diapositive qui montre les patients atteints d'affections malignes et leur taux élevé de mortalité liée à la COVID. Voici plus spécifiquement le taux de mortalité à 14 jours. Si vous regardez l'axe des Y, vous voyez des taux de mortalité de 10, 20, 30 % et les barres rouges correspondent à la première vague.

Si vous regardez sur le côté droit de l'écran, ces barres rouges très grandes, ce sont les patients, comme vous pouvez le voir, atteints de myélome multiple, de leucémie, de lymphome. Vous pouvez déjà voir le risque qui était observé chez les patients atteints de cancers hématologiques. Et si vous regardez un peu à gauche, vous verrez le cancer du poumon qui se démarque également, et c'est une autre affection qui constitue encore un défi important. C'est ce à quoi nous étions confrontés, et bien sûr, les vaccinations ont vraiment transformé le paysage.

Sur la diapositive suivante, nous nous concentrons particulièrement sur les patients à risque accru. Ce sont des données qui proviennent du Royaume-Uni, où le gouvernement a demandé aux cliniciens d'essayer d'identifier les patients qui présentaient un risque particulièrement accru.

Il s'agit de patients avec des tumeurs solides et ceux qui ont été retenus souffraient de cancers métastatiques ou localement avancés inopérables, comme vous pouvez le voir, le cancer du poumon semble d'ailleurs sortir du lot, le type de traitement, les personnes qui sont sous chimiothérapie par inhibiteurs de PI3-kinase ou radiothérapie dans les 12 mois, ou les patients qui avaient subi une résection chirurgicale dans les 3 mois. À l'évidence le cancer est une affection très fréquente, malheureusement, mais ces situations semblent être les plus à risque. Maintenant si on regarde en hématologie, voici les domaines qui ont été retenus comme spécialement à risque, les patients receveurs de greffe de cellules souches allogénique, en particulier au cours des 12 derniers mois, ils semblent présenter un risque très élevé, et les patients finissent par avoir une maladie du greffon contre l'hôte, car qu'ils ont besoin d'une immunosuppression.

Et le traitement par CAR T, bien sûr, a transformé notre pratique, mais il n'entraîne pas d'immunosuppression. Vous pouvez voir ici que, selon la recommandation, les patients ayant reçu un traitement par CAR T dans les 24 derniers mois présentaient un risque particulièrement accru. Je pense qu'il y a eu des débats au sujet de ces périodes, 12 mois, 24 mois, et on devrait prendre en compte un autre facteur : la numération lymphocytaire. Si la numération lymphocytaire est de 1 ou plus, cela suggère qu'une reconstitution immunitaire est en cours. Les patients hématologiques qui ont reçu un traitement anticancéreux systémique sont aussi à risque très élevé, ainsi que ceux du bas de l'échelle, certains cancers du sang qui sont sous immunosuppresseurs, quel que soit le traitement. Vous pouvez voir le myélome, la leucémie lymphoïde chronique. C'est l'une des raisons pour lesquelles les patients atteints d'un cancer du sang présentent un risque si élevé. Maintenant, les vaccinations. Les vaccinations sont-elles efficaces dans ce groupe de patients immunodéprimés ? Oui, absolument, elles offrent une protection précieuse.

Regardons les données. Cette diapositive est intéressante parce que c'était au début, on a la date ici, janvier à septembre 2021, les neuf premiers mois de la vaccination. Maintenant, cela paraît assez compliqué, mais nous allons pouvoir vous guider. En haut à gauche, vous avez les tumeurs malignes solides, plus de 8 000 patients. Et sur la droite où il est écrit 79, c'est l'efficacité du vaccin à ARNm contre les hospitalisations avec 2 doses. On obtient déjà presque 80 % de protection contre les hospitalisations avec simplement 2 doses, en dessous vous avez la comparaison 85 % avec le Moderna Mrna-1273 et 72 % avec le BNT 162. Si l'on passe aux hémopathies malignes, les valeurs sont de 74 % de protection, 85 % avec le Moderna, 62 % avec le Pfizer BioNTech. Et tout en bas, pour les patients receveurs de greffes d'organe et de cellules souches, nous avons une protection de 59 % contre l'hospitalisation. À nouveau, une analyse de sous-groupe montre une légère amélioration avec le Moderna 1273 avec 70 %.

Que pouvons-nous tirer de ces données ? Au départ, lorsque nous cherchions un vaccin pour la COVID, nous espérions une protection de 50 %, or nous obtenons bien plus que cela. Mais ces chiffres sont inférieurs à ceux que nous observons dans la population générale et c'est pourquoi nous sommes ici aujourd'hui pour parler de la manière dont nous pouvons encore améliorer la situation. Comment les vaccins fonctionnent-ils ? Est-ce que ce sont les anticorps, les cellules T ? Voici une cohorte intéressante de patients en hématologie, qui a commencé avec 365 patients, comme vous pouvez le voir sur la droite, ils ont reçu leurs deux vaccins, puis les patients en vert ont fait une séroconversion. Mais les patients en bleu sont ceux qui n'ont pas fait de séroconversion, et qui ont reçu le troisième vaccin, et vous voyez que certains de ces bleus sont devenus verts. Ensuite, pour ce groupe on a examiné le taux d'infection ultérieur dans cette cohorte, et vous pouvez voir que les patients séronégatifs avaient un taux d'infection plus élevé. C'est ce qu'on appelle les anticorps comme corrélats de la protection contre la COVID. Je pense que le sujet d'aujourd'hui est ce qu'il faut faire pour obtenir un taux de séropositivité plus important.

Dr Mikulska : Voici les taux de séroconversion après la primo-vaccination chez différents patients atteints d'hémopathies malignes. En haut on a les contrôles sains, avec près de 100 % de séroconversion. Les cancers solides ont un très bon résultat de plus 90 % de séroconversion, et on voit les hémopathies malignes, avec un taux de séroconversion significativement plus bas. Cependant, il est toujours de près de 70 %, et je pense qu'il est important de souligner que les taux sont plus faibles que chez les autres patients, mais ils sont toujours relativement élevés. Vous pouvez constater que les patients sans traitement hématologique obtiennent un taux de séroconversion de 80 %, ce qui est beaucoup, beaucoup plus que ce que nous attendions, et bien plus élevé que ce qu'on voit pour les autres vaccins, contre la grippe par exemple.

Et les patients sous traitement ont le taux le plus faible, qui est de 60 % ici, ce qui reste un bon taux. Cependant, ces patients peuvent nécessiter plus d'attention.

Et si l'on approfondit le diagnostic hématologique, regardons du bas vers le haut. On a de très bons taux de séroconversion chez les patients atteints de leucémie, et c'est une information très positive. Puis des taux un peu plus faibles chez les patients atteints de syndrome myélodysplasique, lymphome de Hodgkin, myélome multiple, mais encore entre 75 et 80 %, ce qui est excellent. Et puis il y a 2 groupes qui ont des taux de séroconversion significativement plus faibles, il s'agit des patients atteints de lymphome non hodgkinien et de leucémie lymphoïde chronique (LLC). Ce sont des patients qui, en raison des traitements ou de la maladie elle-même, ne produisent souvent pas d'anticorps, donc il n'est pas surprenant que la production d'anticorps soit altérée chez ces patients.

Et voici ma question pour vous. Selon les données actuelles, quel est l'effet de la vaccination contre la COVID-19 chez un patient qui a reçu des anticorps spécifiques anti-CD20 dans les 6 mois précédents ? Pensez-vous que le bénéfice clinique de la vaccination soit peu vraisemblable et que seul un traitement prophylactique par anticorps doit être administré ? Pensez-vous que la réponse anticorps au vaccin risque d'être moins forte que celle observée chez les donneurs sains et que la réponse des cellules T risque également d'être plus faible en cas de traitement anti-CD20 ? Ou pensez-vous que la réponse anticorps au vaccin sera probablement comparable à celle observée chez les donneurs sains, mais que la réponse des cellules T reste généralement bien maintenue ? Ou bien la réponse anticorps au vaccin sera probablement moins forte que celle observée chez les donneurs sains, mais la réponse des cellules T sera bien assurée ? La réponse des cellules T est d'ordinaire bien assurée, et c'est l'une des raisons qui nous fait dire de ces patients que le fait qu'ils n'aient pas fait de séroconversion ne signifie pas qu'ils n'aient pas bénéficié de la vaccination. Et je pense qu'il est très important de souligner ce point parce qu'au début, les gens disaient : à quoi cela sert-il de les vacciner si vous n'obtenez pas de réponse ? Et voilà la raison de les vacciner. Et pour cette raison, je vais vous montrer ces données, si je peux passer à la diapositive suivante. Pardon. Non. Ok, pardon. Voilà la diapositive que je cherchais.

J'apprécie qu'il y ait de nombreuses études différentes sur ce sujet. Je trouve que celle-ci est bien parce que les couleurs sont tout de suite parlantes. Voici les réponses aux vaccins à ARNm chez les patients atteints d'hémopathies malignes et chez les receveurs de greffe de cellules souches. Le rose représente une bonne réponse, à la fois cellulaire et humorale. Le violet est une non-réponse, pas de réponse cellulaire, pas de réponse humorale. Mais ce qui nous intéresse maintenant ce sont les barres bleues, les barres bleues sont les patients qui n'ont pas produit d'anticorps, mais qui ont produit une réponse cellulaire au vaccin. Comme vous le voyez, ces barres sont particulièrement visibles chez les patients atteints de tumeurs lymphoïdes et les patients traités par des anticorps anti-CD20. Cela montre que même s'il n'y a pas de réponse sérologique, entre la réponse cellulaire avec ou sans anticorps, on couvre près de 80 % de la population vaccinée, ce qui est une excellente nouvelle. Regardez ces barres,

elles montrent que même les receveurs de greffe avec une immunité différente, toujours les barres roses, qui signifient que les deux réponses sont présentes, et sont à plus de 50 %.

C'est clairement démontré dans les données concernant une population considérable, et ceci est tiré de l'étude européenne EPICOVIDEHA, vous pouvez voir que la mortalité des patients atteints d'affections hématologiques dans la période pré-vaccin atteignait 40 % avec une survie et 60 % sur la courbe inférieure. Cependant, après l'introduction des vaccins, on parle de janvier 2021 à mars 2022, la mortalité était inférieure à 20 %, et c'est très important. Cela reste supérieur à la population générale, mais c'est une amélioration significative. Ce qui se passe toutefois, c'est que nous vaccinons nos patients, et nous savons que les taux d'anticorps vont diminuer avec le temps. Nous avons constaté l'affaiblissement de la protection immunitaire chez les sujets sains, et nous l'avons constaté chez les patients atteints de cancer. Comme vous le voyez sur la gauche, les points rouges montrent que dans la cohorte de patients atteints de cancer, peut-être parce que le système immunitaire est encore affaibli, ce déclin, cette diminution du taux d'anticorps est plus prononcée. Il faut qu'ils fassent quelque chose pour ne pas perdre tous leurs anticorps.

Si vous regardez sur le côté droit de la diapositive, vous verrez que plus la barre est longue, plus la diminution des anticorps est importante. Les patients atteints de leucémies et de lymphomes, en vert, le plus à droite, sont ceux qui présentent la plus importante diminution du taux d'anticorps. Que faut-il faire ? Nous savons qu'il existe un moyen d'augmenter le taux d'anticorps et le taux de séroconversion, et une dose de rappel, la troisième dose, s'est avérée bénéfique pour augmenter le taux de séropositivité chez les patients atteints d'hémopathies malignes. Nous avons ici une seule méta-analyse, mais il en existe d'autres qui montrent systématiquement que le taux de patients séronégatifs diminue avec la troisième dose.

Cependant, ce qui s'est également passé, vous pouvez le voir ici à gauche : nous avons des patients atteints de tumeurs solides ou d'affections hématologiques, et ils avaient des taux d'anticorps significativement plus faibles avant la troisième dose qu'après.

Donc cette augmentation, si vous regardez les chiffres, on voit qu'ils ont plus que doublé après la dose de rappel. Mais, plusieurs jours ou plusieurs semaines après la troisième dose, le même schéma, le taux d'anticorps diminue. Leur immunité partielle restera, mais il a été démontré que les taux d'anticorps pour toutes les catégories d'hémopathies malignes diminuent. Donc que fait-on ? Nous les faisons augmenter à nouveau. Cette augmentation peut être obtenue par une quatrième dose de vaccin. Voici les données pour la quatrième dose de vaccin ARNm et vous voyez ici que chez les patients atteints de cancer solide ou d'affections hématologiques, que les taux ont augmenté de façon significative. Vous voyez sur la droite que le taux des patients séronégatifs était presque nul chez les patients atteints de cancer solide et qu'il était réduit significativement à moins de 20 % chez les patients atteints de malignité hématologique. Donc, ce sont des données importantes qui montrent que dans ces populations, les rappels augmentent vraiment les taux d'anticorps.

Dr Moss : Merci beaucoup. Je pense que ce que nous voulons dire ici, c'est que les patients immunodéprimés ont besoin de doses supplémentaires de vaccin, et que nous essayons de les pousser vers la séropositivité. Quelles sont les preuves en termes de protection ? Je pense qu'il s'agit d'une excellente étude réalisée par Leonard Lee et ses collègues du Royaume-Uni. Il a examiné les tests d'anticorps transversaux dans la population et a ensuite comparé les patients atteints de cancer à la population générale. Et regardez les dates, c'est assez intéressant : septembre 2021, c'était la période du variant Delta, jusqu'à mars 2022, donc la période comprend aussi la vague du variant Omicron. Et il est intéressant de noter que si l'on considère la population générale des personnes qui ont été testées, la séronégativité était inférieure à 1 sur 1 000. Il est vraiment fascinant de voir combien de personnes avaient déjà atteint un certain

niveau de séroconversion, soit par des vaccins, soit par une infection. Mais regardez cette population de patients cancéreux, plus de 3500 patients, donc statistiquement considérable.

Sur la droite, vous pouvez voir deux groupes pour lesquels les taux d'anticorps sont plus faibles. Il s'agit à nouveau des cancers du sang, des leucémies, des lymphomes et des myélomes. Et la séronégativité malgré 3 doses de vaccin était d'environ 14 %. Pour l'ensemble de la population cancéreuse en général, la séronégativité se situait toujours autour d'un peu moins de 5 %, vous pouvez donc voir la différence par rapport à la population générale. Maintenant, qu'en est-il de la protection contre l'infection et les hospitalisations ? Voici les données, et à gauche, la relation entre le taux d'anticorps, le titre sur l'axe des X, donc comme vous pouvez le voir en progressant vers la droite, des taux d'anticorps plus élevés, et sur l'axe des Y, le pourcentage d'infections, les infections perthérapeutiques. Et à nouveau, en haut à gauche, les lymphomes, leucémies, de faibles taux d'anticorps et des taux plus élevés d'infections perthérapeutiques. Globalement, le risque d'infection était multiplié par trois chez les personnes séronégatives. Sur la droite, les hospitalisations. Et ici, le même genre de situation avec ces types de troubles en haut à gauche, mais le risk ratio était encore plus élevé, 6,5 pour les patients cancéreux séronégatifs, pour leur risque d'hospitalisation. Il faut vraiment améliorer cette situation.

Comme le disait Malgorzata, c'est là que nous avons vraiment besoin des quatrièmes doses de vaccin et au-delà, en fait. Ce n'est qu'une des nombreuses diapositives que nous aurions pu choisir de vous montrer. Elle montre l'inhibition de la neutralisation de la quatrième dose chez les patients atteints de myélome multiple, et vous pouvez voir les colonnes bleues à gauche, c'est avant la quatrième dose et à droite après la quatrième dose. Et vous pouvez voir qu'ils ont spécifiquement choisi les patients qui ont eu un traitement anti-CD38, un traitement ciblé contre le BCMA, ou autres. Et vous voyez que les deux colonnes bleues se déplacent vers le haut. Rappelez-vous ce que nous essayons de faire avec les rappels de vaccin, il y a un certain nombre de choses, nous essayons d'augmenter le titre des anticorps et de le maintenir pour séroconvertir plus de patients, mais aussi d'améliorer la qualité des anticorps afin qu'ils neutralisent mieux les variants du virus. Et c'est ce que nous voyons sur cette diapositive, le pourcentage d'inhibition de la réplication virale. Le sous-groupe BCMA, que vous voyez ici, présentait une faible inhibition, mais il s'agissait d'un très petit groupe, et je ne pense pas que ce soit particulièrement remarquable sur le plan statistique, mais il montre la puissance du quatrième vaccin.

Nous n'avons pas beaucoup parlé des cellules T aujourd'hui, mais voici quelques données sur des patients receveurs de greffe de cellules souches, et elles montrent à nouveau les cellules T de rappel. Sur la gauche, on peut voir les mesures de la réponse médiée par les cellules T, en bas à gauche le pic correspond à la réponse au vaccin. Les donneurs sains, en rouge, produisent des cellules T en réponse à la vaccination. Pour les patients juste après 3 vaccins, en noir, les réponses sont faibles mais en bleu. La quatrième dose de vaccin les fait remonter et les amène statistiquement au même niveau que les donneurs sains. Ainsi, bien que les patients receveurs de greffe aient une fonction des lymphocytes T altérée, les vaccins peuvent également être utiles dans leur cas. À droite, un petit graphique intéressant examine le délai entre la dernière vaccination et la réponse cellules T. Donc avec le temps, peut-être que la réponse des cellules T diminue. Est-ce que la réponse des cellules T s'affaiblit ? Difficile à dire, mais très possible. Il est certain que les cellules T peuvent vivre très longtemps et, bien sûr, il s'agit du SRAS-CoV-2, mais avec le virus SRAS-CoV-1 d'il y a 20 ans, les gens avaient des cellules T pendant 18 ans, donc nous espérons que les cellules T à mémoire resteront.

Dr Mikulska : C'est tellement vrai pour les hospitalisations. Même dans notre clinique, les quelques patients qui sont admis pour une pneumonie liée à COVID aujourd'hui pendant la phase Omicron et après la vaccination, sont des patients atteints de lymphomes non hodgkiniens et de leucémies lymphoïdes chroniques. Car les personnes atteintes de leucémie aiguë, même si elles contractent la COVID-19, elles n'évoluent généralement pas vers une maladie grave, ce sont donc nos populations à risque. Ainsi, alors que nous affirmons les bénéfices de la quatrième dose de vaccins à ARNm, nous devons également nous pencher sur la sécurité. Et ici, vous pouvez voir toutes les réactions locales au site d'injection, toutes les réactions systémiques, tous les impacts sur la santé, le fait d'être incapable d'effectuer des activités quotidiennes, d'aller à l'école ou au travail, ou le fait d'avoir besoin de soins médicaux.

Et vous pouvez voir que la troisième et la quatrième dose n'entraînent pas un pourcentage plus élevé d'effets secondaires négatifs par rapport aux deux premières doses. Et je pense que la réaction locale au site de l'injection est quelque chose que nous observons très fréquemment. Cependant, les complications graves sont très, très peu fréquentes et elles doivent être évaluées par rapport au potentiel de nuisance de l'infection par la COVID-19. Je pense donc que dans cette population, le manque de sécurité d'emploi des vaccins ne devrait pas nous préoccuper car il n'a pas été prouvé et qu'en outre il n'annule pas réellement les bénéfices de la vaccination. Cela m'amène aux diapositives des recommandations, qui sont un peu chargées, mais nous voulions les montrer dans leur totalité pour ensuite mettre en évidence certains aspects.

Vous pouvez voir ici que la partie supérieure gauche est la situation la plus fréquente. Voici les recommandations américaines actuelles des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), elles ont été conçues spécifiquement pour les personnes modérément ou gravement immunodéprimées et il est assez facile de les consulter, vous pourrez donc y revenir même plus tard si vous avez des doutes. Et vous pouvez voir ici que pour les personnes de plus de 12 ans, nous avons maintenant la recommandation de 3 et non plus de 2 doses primaires de vaccin à ARNm. Les 2 premières doses avec un intervalle de 3 à 4 semaines, la troisième et la quatrième avec un intervalle d'au moins 4 semaines. Il est également recommandé que ceux qui n'ont pas reçu la troisième dose primaire, reçoivent la troisième dose primaire, puis au moins 2 mois plus tard, un rappel bivalent d'ARNm est recommandé. Le schéma change un peu pour les autres vaccins, mais c'est le point principal.

Dr Moss : Oui, nous en avons parlé plus tôt, n'est-ce pas, Malgorzata ? La partie supérieure gauche est assez intéressante pour moi, car au Royaume-Uni, par exemple, il est maintenant généralement recommandé aux populations immunodéprimées de recevoir 6 vaccins. Nous respectons donc les 3 vaccins primaires, mais lorsqu'il est indiqué au moins 2 mois, nous avons administré 2 vaccins de rappel du vaccin original, puis maintenant le bivalent. Donc là, juste où les recommandations stipulent au moins 2 mois, nous aurions probablement pu administrer 2 doses de vaccin supplémentaires. Je trouve cela intéressant.

Dr Mikulska : Et nous l'avons fait. Selon les recommandations vous pouvez, toujours au moins 2 mois après vos rappels, recevoir le bivalent comme dose supplémentaire et ce serait la cinquième ou même la sixième dose. Je pense donc qu'il est important de se rappeler qu'entre-temps, nous avons donné aux patients les rappels avec l'efficacité que nous avons montrée. La partie inférieure de cette diapositive est devenue plus obsolète au cours des dernières semaines ou du dernier mois, car il s'agit des recommandations sur l'immunisation passive. Prophylaxie pré-exposition avec anticorps multiples, de longue durée, approuvée pour cette indication. Et ici, la diapositive précise le calendrier. Si vous avez vacciné votre patient, vous devez attendre au moins deux semaines pour lui administrer la prophylaxie pré-exposition.

Mais une fois que vous avez administré la prophylaxie pré-exposition, vous pouvez vacciner le patient presque immédiatement, car elle n'interfère pas avec l'efficacité du vaccin.

Cependant, nous savons qu'avec les variants actuellement en circulation, même ces anticorps monoclonaux ont perdu la plupart ou la totalité de leur efficacité. Nous avons bon espoir d'en obtenir d'autres, car beaucoup d'entre eux ont été développés, mais nous les attendons toujours. Vous pouvez également consulter les recommandations du NCCN, qui sont très intéressantes en ce qui concerne le calendrier de vaccination, car il est parfois difficile d'intégrer le vaccin dans le calendrier d'un patient sous chimiothérapie. Et vous avez ici les recommandations stipulant que la vaccination devrait commencer au moins 3 mois après une thérapie de transplantation de cellules souches. Chez les patients qui reçoivent une chimiothérapie cytotoxique intensive pour des hémopathies malignes, il faut probablement attendre la résolution de la neutropénie. Cependant, il faut vacciner les patients dont on pense qu'ils ne récupéreront pas. Cela ne peut pas faire de mal. Mais si vous ne les vaccinez pas, vous ne leur offrez pas le bénéfice. Je pense qu'il s'agit d'un message important indiquant que nous pouvons encore vacciner ces patients et en attendre un certain bénéfice.

Et pour les interventions chirurgicales majeures concernant les tumeurs solides, même si on n'administre pas le vaccin le jour même de l'opération, il suffit de séparer la date de l'opération de celle de la vaccination d'au moins quelques jours, ou plus longtemps en cas d'intervention chirurgicale compliquée ou de transplantation, par exemple d'un organe solide. Toutefois, n'attendez pas trop longtemps, car il n'y a aucune raison de reporter la vaccination. Et les recommandations européennes de la conférence européenne sur les infections dans la leucémie ont fourni des indications très détaillées à la fois pour les patients sans transplantation mais atteints de malignité hématologique et après la transplantation. En fait, elles stipulent que même les patients ayant déjà eu la COVID-19 doivent être vaccinés selon un calendrier primaire complet, que les gens doivent être informés du risque permanent de la COVID-19 et continuer à appliquer d'autres mesures de protection. C'est très important, surtout aujourd'hui où le SRAS-CoV-2 circule encore beaucoup dans la communauté. Donc port du masque, distanciation, hygiène.

Les proches du foyer, bien sûr, doivent être à jour dans leur vaccination, comme pour toute autre maladie évitable par la vaccination, telle que la grippe. Et le traitement avec d'éventuels anticorps monoclonaux ne doit pas nous empêcher d'administrer la vaccination. Et puis, si quelqu'un n'a pas encore reçu l'ensemble de la primovaccination, nous savons maintenant qu'il doit recevoir trois doses. De même, pour les enfants du groupe, par exemple, qui pourrait arriver à l'âge d'être vacciné comme l'indiquent les recommandations internationales et nationales, il faut envisager des rappels au moins 3 mois après la troisième dose, et chez les personnes qui ont été vaccinées soit pendant la chimiothérapie, soit avant, nous devons vérifier les titres d'anticorps pour voir si elles doivent être revaccinées rapidement ou si nous pouvons également opter pour administrer les rappels nécessaires. Et même s'il n'y a pas de classement, il est très important de savoir que les vaccinations anti-COVID ne doivent en aucun cas retarder le traitement de la maladie sous-jacente.

En ce qui concerne les patients transplantés, le délai de 3 mois pour l'initiation ou la revaccination est toujours valable s'il y a une transmission continue élevée dans la communauté. À 6 mois, l'efficacité pourrait être plus élevée et c'est le délai acceptable si la circulation dans la communauté est plus faible. Il est important de savoir qu'il existe un risque mineur d'aggravation ou de déclenchement d'une GVH. Toutefois, ce risque n'a pas été considéré comme une contre-indication à la vaccination, mais seulement comme un facteur influençant le moment de la vaccination après la transplantation. L'une des dernières choses que nous devons encore savoir en tant que médecins traitants, mais que nous devons aussi transmettre aux patients, c'est que même à l'ère des rappels et d'Omicron, lorsque nous

examinons les facteurs de risque de mortalité liée à COVID-19 après administration du rappel, le cancer, les malignités hématologiques, la greffe de moelle osseuse et, parmi les cancers solides, le cancer du poumon sont les catégories qui présentent encore un risque de décès. Je pense qu'il faut le souligner.

Dr Mikulska : Merci, Malgorzata. Bien, nous arrivons à la fin, et je souhaiterais un peu de temps pour les questions si vous le permettez, qui concerneront, je l'espère, certains des points qui ont été soulevés au cours de la dernière demi-heure : le calendrier de la vaccination, la prise en compte du traitement, le nombre de doses de vaccin, qui est maintenant de 5 ou 6 dans de nombreux cas, et bien sûr, l'utilisation de stratégies de prophylaxie pré-exposition. Je pense donc que nous allons probablement aborder ces points dans certaines des questions.

Il y a pour moi une chose que nous devrions mentionner pour conclure. C'est que la vaccination est le pilier de la protection de cette population. Mais bien sûr, les médicaments antiviraux ont leur place en cas d'infection, n'est-ce pas ? Et nous voyons moins d'utilisation d'anticorps monoclonaux. Plus tellement, certainement.

Dr Mikulska : Les anticorps monoclonaux, pour la plupart, sinon tous, ont perdu leur efficacité contre les virus actuellement en circulation. Cependant, le diagnostic et le traitement précoces par des antiviraux constituent une autre méthode très efficace pour réduire la mortalité. Et je pense qu'il devrait être donné en complément, bien sûr, avec un schéma de vaccination complet.

Dr Moss : Nous devons nous arrêter là. Je suis sûr que nous aurons de nouveaux anticorps monoclonaux, la science a été formidable, mais nous devons nous arrêter là. J'espère que vous avez apprécié cette session et que vous en avez retiré quelques enseignements. J'ai certainement appris plusieurs choses aujourd'hui et j'ai vraiment apprécié cette session. Merci de vous être jointe à nous aujourd'hui.

Dr Mikulska : Merci.

Il s'agit d'une transcription qui n'a pas été révisée.

Avis de non-responsabilité du programme COVID

Remarque : Les informations sur la propagation des coronavirus sont en constante évolution. Le contenu de cette activité sert de référence historique aux informations qui étaient disponibles au moment de sa publication. Nous continuons à enrichir notre série d'activités sur ce sujet à mesure que de nouvelles informations nous parviennent. Medscape Education a pour politique d'éviter de mentionner des noms de marque ou des fabricants spécifiques dans des activités pédagogiques accréditées. Cependant, dans un souci de clarté, les noms des fabricants des vaccins contre la COVID-19 autorisés sont indiqués dans cette activité. L'utilisation des noms de fabricants ne doit pas être considérée comme l'approbation par Medscape d'un produit ou d'un fabricant donné.

Avis de non-responsabilité

Ce document n'est fourni qu'à titre éducatif. Aucun crédit de formation médicale continue (FMC) ne sera accordé pour la lecture du contenu de ce document. Pour participer à cette activité, rendez-vous sur www.medscape.org/viewarticle/987844

Pour toute question sur le contenu de cette activité, contactez le prestataire responsable de cette activité éducative, à l'adresse CME@webmd.net.

Pour obtenir une assistance technique, contactez l'adresse CME@medscape.net.

L'activité pédagogique présentée ci-dessus peut impliquer des scénarios de cas simulés. Les patients décrits dans ces scénarios sont fictifs, et aucune association avec un patient réel ne peut être envisagée ou suggérée. Le contenu présenté ici ne reflète pas forcément l'opinion de WebMD Global, LLC ou celle des sociétés qui soutiennent les programmes éducatifs sur medscape.org. Ce contenu pourrait porter sur des produits thérapeutiques n'ayant pas encore été autorisés par l'Agence européenne des médicaments (European Medicines Agency) pour une utilisation en Europe et des utilisations hors AMM de produits autorisés. Un professionnel de santé qualifié doit être consulté avant la prise de tout produit thérapeutique mentionné. Il est de la responsabilité des lecteurs de vérifier toutes les informations et les données avant de traiter des patients ou d'utiliser des traitements décrits dans cette activité éducative.

Medscape Education © 2023 WebMD Global, LLC