



Au 05/05/21, 16 763 053 personnes ont reçu au moins une injection (soit 25 % de la population totale et 31,9 % de la population majeure) (<https://solidarités-santé>). En Loire-Atlantique, 88 % des sujets de 75 ans et plus sont vaccinés.

Balance bénéfique/risque des vaccins vectorisés à adénovirus

Après une pause dans l'utilisation du vaccin de Janssen (Johnson&Johnson) aux USA, le CDC a fait une [revue des effets indésirables](#) et son [Comité consultatif des vaccinations](#) a recommandé la reprise de la vaccination sans nouvelle limite d'âge (≥ 18 ans), en ajoutant une mise en garde sur le risque de thromboses atypiques avec thrombopénie (TTIV) chez les femmes jeunes. Avec presque 8 millions de personnes vaccinées avec le vaccin J&J aux USA au 21/04/21, 17 cas de TTIV ont été colligés, la majorité survenant chez des femmes de 18-49 ans (dont 3 décès au moment de l'analyse). Par ailleurs, le suivi actif de la réactogénicité chez 340 000 personnes vaccinées retrouve 76 % de signes généraux (fatigue au 1^{er} plan) et 61 % de réactions locales ; dans 34 % des cas avec un impact sur les activités habituelles et dans 1,4 % des cas nécessitant un avis médical. Selon des [données de modélisation](#) de la reprise d'utilisation de ce vaccin, la balance bénéfique/risque à l'échelle collective ou individuelle est favorable quel que soit le niveau de circulation virale, faible ou modéré. La reprise de la vaccination chez les ≥ 18 ans, par exemple en contexte de faible transmission virale, permettrait d'éviter sur 6 mois : environ 4000 hospitalisations pour Covid-19, 900 entrées en réanimation et 600 décès, contre 26 cas de TTIV. Par tranche d'âge chez les femmes (18-49 ans ou ≥ 50 ans) et par million de vaccinées, seraient évités respectivement : environ 300 et 2500 hospitalisations, 60 et 700 hospitalisations en réanimation et 6 et 400 décès *versus* 7 ou 1 cas de TTIV. En France, le vaccin de Janssen est réservé aux personnes de 55 ans et plus.

Le même type d'analyses a été réalisé par [l'université de Cambridge](#) avec le vaccin d'AstraZeneca, justifiant le choix du Royaume-Uni de réserver ce vaccin aux personnes de 30 ans et plus. Cette limite d'âge devrait augmenter à mesure que l'incidence de l'infection à SARS-CoV-2 diminue. En France, où la vaccination AZ est réservée aux personnes de 55 ans et plus, un total de 24 thromboses veineuses cérébrales ou splanchniques ont été rapportées au 22/04/21, pour 3,6 M de vaccinations et une médiane d'âge actuelle de 60 ans parmi ces cas ([ANSM](#)).

Qu'est-ce que le syndrome TTIV à l'origine des interruptions d'utilisation des vaccins de Janssen et d'AstraZeneca ? Le syndrome *Vaccine-Induced Immune Thrombotic Thrombocytopenia* (VITT ou VIPIT, TTIV en français) est défini par la survenue, 4 à 28 jours après vaccin anti-Covid-19, de thromboses veineuses et/ou artérielles et d'une thrombopénie < 150 G/L ([lien1](#), [lien2](#), [lien3](#), [lien4](#)). Les signes cliniques sont peu spécifiques : céphalées sévères et/ou persistantes, trouble visuel, crise comitiale, douleurs abdominales, œdème douloureux des jambes et/ou douleur thoracique avec ou sans dyspnée. Le mécanisme responsable de ces thromboses est immuno-allergique, du même type que la thrombopénie induite par l'héparine (TIH). Le diagnostic de TTIV une fois évoqué doit conduire à un avis spécialisé pour une recherche d'anticorps anti-PF4 par ELISA et la réalisation d'examens d'imagerie (cérébrale, TAP). La prise en charge repose sur l'anticoagulation curative non héparinique \pm immunoglobulines IV. L'algorithme du GFHT précise l'arbre diagnostique ainsi que la prise en charge thérapeutique. Des recherches sont en cours pour identifier des facteurs de risque spécifiques à la survenue de ce syndrome. Le mécanisme différent du mécanisme usuel des thromboses veineuses ou artérielles, les facteurs de risque classiques de thromboses ne doivent pas contre-indiquer l'administration d'un vaccin à vecteur viral.

Les 18-54 ans avec comorbidité font désormais partie des [cibles vaccinales](#) (avec un vaccin ARN).

La DGS ([DGS-URGENT-52](#)) précise les modalités de la 3^{ème} dose chez les personnes très immunodéprimées et recommande de [vacciner leur entourage](#) (stratégie de « cocooning »).

L'efficacité de la vaccination chez les patients immunodéprimés est l'objet de nombreuses études et semble nettement diminuée par rapport à la population générale, raison pour laquelle une 3^{ème} dose de vaccin est recommandée chez les personnes sévèrement immunodéprimées avec un intervalle de 4 semaines après la 2^{ème} dose (plusieurs schémas possibles en fonction de l'âge et de la nature des vaccins antérieurs).

Afin de diminuer le risque de transmission virale à ces patients, la vaccination de leur entourage est également recommandée, *i.e.* de l'ensemble des personnes vivant sous le même toit ou contribuant à leur prise en charge (famille, aides au domicile, personnels de santé, assistante maternelle...). Les personnes prioritaires pour cette recommandation sont les transplantés d'organe solide ou de moelle, les dialysés, les patients sous chimiothérapies lymphopéniantes ou certains immunosuppresseurs comme les antimétabolites ou les anti-CD20 ou atteintes de certains déficits immunitaires primitifs. Les vaccins disponibles en France permettent une diminution des infections asymptomatiques après vaccination, une diminution de la charge virale et de la durée d'excrétion virale chez les personnes infectées après vaccination et une diminution des cas d'infection autour des personnes vaccinées infectées. Ainsi l'entourage des personnes immunodéprimées devient prioritaire pour se faire vacciner. Pour l'entourage âgé de moins de 16 ans, la vaccination ne sera possible qu'après analyse des données de sécurité spécifiques à cette population et l'autorisation des autorités réglementaires pour le cadre de leur utilisation.