

# VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA ET LES INFECTIONS A PNEUMOCOQUES: HIVER 2003 – 2004

## Influenza

Les vaccins contre l'influenza répondant aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) pour l'hiver 2003-2004 sont les vaccins purifiés «split» ou «subunit» de composition suivante:

A/New Caledonia/20/99 IVR-116

A/Panama/2007/99 RESVIR-17

B/Shangdong/7/97

En ce qui concerne les propriétés antigéniques, cela correspond à ce qui était disponible l'année dernière. Les différents vaccins ( $\alpha$ -RIX, ADDIGRIP, FLUVIRIN, INFLUVAC S, MUTAGRIP S, VAXIGRIP) répondent à ces normes.

La prévention de l'influenza, et surtout de ses complications, requiert toujours une attention particulière en cette période de l'année. La vaccination annuelle reste recommandée étant donné que l'immunité induite par le vaccin est de courte durée. C'est un effort important pour le médecin de recruter les patients à risque et de les motiver à se faire vacciner. Les groupes à risque (par ex. les personnes de plus de 60 ans, particulièrement celles vivant en institution, les patients atteints d'une affection rénale, cardiaque ou métabolique, les enfants asthmatiques et peut-être aussi les femmes enceintes) ont été discutés en détails dans les Folia d'août 2002.

La période optimale pour la vaccination s'étend de début octobre à fin novembre. Lorsque la vaccination a été effectuée pendant cette période, il n'est en principe pas nécessaire de la répéter au cours de la même saison [voir Folia de décembre 2002].

Depuis quelques années, les «inhibiteurs de la neuraminidase» sont disponibles pour le traitement (oseltamivir, zanamivir) et la prévention (oseltamivir) de l'influenza [voir Folia d'août 2001 et de décembre 2002]. Une méta-analyse d'études randomisées contrôlées sur ces médicaments a été publiée récemment [*Brit. Med. J.* **326**, 1235-1241 (2003), avec un éditorial: **326**, 1223-1224 (2003)]. Toutes ces études montrent un effet favorable limité de ces médicaments dans la prévention et le traitement de l'influenza. On ne sait cependant toujours pas si les inhibiteurs de la neuraminidase influencent favorablement les complications graves de l'influenza et la mortalité chez les patients à risque. De plus, ces médicaments sont onéreux, et leur rapport bénéfices/risques n'est pas clair. Tenant compte de ces limites, le zanamivir et l'oseltamivir ne peuvent être considérés que comme un moyen supplémentaire à la vaccination contre l'influenza: ils ne peuvent en aucun cas remplacer cette vaccination.

## Pneumocoques

En ce qui concerne l'effet préventif de la vaccination contre les pneumocoques chez les personnes âgées, le *New England Journal of Medicine* [**348**, 1747-1755 (2003)] a publié récemment les résultats d'une étude rétrospective de cohorte ayant inclus plus de 47.000 personnes de plus de 65 ans pendant

une période de 3 ans. Il en ressort à nouveau que le vaccin classique non-conjugué contre les pneumocoques offre une bonne protection contre l'infection à pneumocoques associée à une bactériémie. Dans la pneumonie acquise en dehors de l'hôpital (« community acquired pneumonia » ou CAP) par infection pneumococcique, sans bactériémie, qui est beaucoup plus fréquente, le vaccin n'offre pratiquement aucune protection. Le rapport coût/bénéfices favorable du vaccin démontré dans la prévention de l'infection pneumococcique associée à une bactériémie, ainsi que l'augmentation de la multirésistance des pneumocoques, sont toutefois des arguments suffisants pour vacciner certains groupes à risque (par ex. les personnes de plus de 45 ans atteints d'une affection cardiaque, pulmonaire, hépatique ou rénale chronique) [voir aussi Folia de juin 2001].

## Noms de spécialités

Oseltamivir: Tamiflu

Zanamivir: Relenza

Vaccin contre les infections à pneumocoques: Pneumo 23

---

## EN BREF

- Il a été suggéré, sur base d'une étude randomisée à petite échelle, que **l'acétylcystéine**, en raison de ses propriétés antioxydantes, pourrait être efficace **dans la prévention de l'insuffisance rénale induite par des produits de contraste** [voir Folia de février 2001]. Récemment, deux études randomisées contrôlées par placebo ont donné des résultats contradictoires, l'une confirmant, l'autre infirmant un tel effet protecteur de l'acétylcystéine chez des patients à risque (insuffisance rénale, diabète). L'innocuité, la facilité d'administration et le faible coût de l'acétylcystéine sont toutefois autant d'arguments pour poursuivre la recherche sur le rôle de l'acétylcystéine dans cette indication [*Kidney Int.* **62**, 2202-2207 (2002); *JAMA* **289**, 553-558 (2003)].
- La **médroxyprogestérone** est un progestatif qui est utilisé entre autres à doses élevées comme antitumoral dans certains cancers hormonodépendants. Elle est également proposée en **soins palliatifs** à raison de 500 à 1.000 mg p.j. pour améliorer le bien-être, et atténuer la perte de poids et l'anorexie chez les malades atteints de cancer. D'après un article publié dans *La Revue Prescrire* [**20**, 338-339 (2000)], les données relatives à de tels effets de la médroxyprogestérone sont cependant faibles. Trois études randomisées seulement ont été publiées, et les résultats ne montrent qu'un bénéfice très modeste sur la prise de poids, le plus souvent seulement après plusieurs semaines, et sans impact sur la qualité de vie. En outre, une augmentation du risque thrombo-embolique avec la médroxyprogestérone ne peut être exclue. L'administration de corticostéroïdes, par exemple la prednisolone (15 à 30 mg p.j.) ou la dexaméthasone (4 mg p.j.) peut être une alternative efficace [*La Revue Prescrire* **17**, 829-839 (1997)].