

VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA: HIVER 2005-2006

La composition

Les vaccins contre l'influenza répondant aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'hiver 2005-2006 sont les vaccins purifiés "split" ou "subunit" de composition suivante :

A/New Caledonia/20/99 (H1N1)-like strain

A/California/7/2004 (H3N2)-like strain

B/Shanghai/361/2002-like strain.

La composition des vaccins est modifiée par rapport à celle de l'année dernière: ils contiennent maintenant la souche A/California/7/2004(H3N2)-like strain.

Qui vacciner?

Il est généralement recommandé de vacciner en première intention les groupes à risque (plus d'informations sur les groupes à risque dans les Folia d'août 2002 et d'août 2004). Lors d'une épidémie classique (pas une pandémie, ni une épidémie avec un virus exceptionnellement virulent), cette stratégie est la plus fondée d'un point de vue scientifique. Il existe toutefois une contradiction entre les résultats d'études d'observation (diminution significative de la mortalité durant l'hiver chez des personnes âgées vaccinées par rapport à des personnes non vaccinées) et la constatation que la mortalité due à l'influenza aux Etats-Unis n'a pas diminué chez les personnes de plus de 65 ans, malgré une hausse du taux de vaccination de 15 à 65%. Cette étude, parue dans les *Archives of Internal Medicine* [2005;165:265-72], conclut que les études d'observation surestiment clairement l'intérêt de la vaccination. Cette surestimation s'explique partiellement par le fait que les personnes âgées les plus vulnérables qui présentent le risque le plus élevé de mourir au cours de l'hiver suivant, sont souvent celles qui se font le moins vacciner. Le vaccin est également moins efficace dans ce groupe de patients. A ce sujet, il n'est pas justifié d'augmenter la dose du vaccin, par exemple en la doublant, dans le but d'obtenir une meilleure réponse. Il est vrai que cela entraîne une hausse des taux d'anticorps déterminés par ELISA, mais cela correspond uniquement à une meilleure réponse à des antigènes peu importants présents dans le vaccin, sans amélioration pour autant de l'immunité.

D'après certains, une autre façon de contrecarrer l'étendue d'une épidémie pourrait être de vacciner contre l'influenza les jeunes écoliers (de la dernière année maternelle à la fin de l'école primaire) étant donné qu'ils représentent la plus grande source de contamination du virus influenza. Une telle prise en charge ne peut cependant être efficace que si cette vaccination était généralisée. Il a été constaté dans deux états du Texas aux Etats-Unis que la vaccination de la moitié des écoliers (par un vaccin vivant atténué administré par voie nasale) a diminué de deux tiers le nombre de contaminations par l'influenza, et que lorsque 90% des écoliers étaient vaccinés, le risque d'épidémie d'influenza n'était plus que de 4% [*Am J Epidemiol* 2005;161:303-6].

En Belgique, il n'existe pas de programme de vaccination généralisée des enfants contre l'influenza. Aussi longtemps qu'un tel programme n'existe pas, la vaccination contre l'influenza chez l'enfant doit viser les enfants asthmatiques.

Quand vacciner?

La meilleure période pour vacciner s'étend de début octobre à fin novembre. Lorsque la vaccination a eu lieu durant cette période, il n'est pas nécessaire de revacciner pendant la même saison, sauf dans certains cas chez l'enfant [voir Folia de décembre 2002 pour plus de détails].

Le diagnostic de l'influenza

Le diagnostic de l'influenza est presque toujours un diagnostic clinique; nous rappelons ici les critères sur lesquels reposent le diagnostic [voir aussi Folia d'août 2004].

- Lors d'une épidémie d'influenza: présence de 4 des symptômes mentionnés ci-dessous.
- En dehors d'une épidémie d'influenza déclarée: présence de 6 de ces symptômes.

Ces symptômes sont: début brutal, toux, malaise général, pas d'autres signes respiratoires qu'un érythème des muqueuses nasales et de la gorge, fièvre, frissons, myalgies, douleurs diffuses, contact avec l'influenza.

Les antiviraux oseltamivir et zanamivir

En ce qui concerne la place de l'oseltamivir et du zanamivir dans la prévention et le traitement de l'influenza, nous renvoyons aux Folia d'août 2004.

Le *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) a énoncé des recommandations sur l'usage de ces médicaments [via www.nice.org.uk, voir aussi Folia d'août 2004]. NICE estime que l'oseltamivir devrait être administré à titre prophylactique à tous les occupants d'une maison de repos ou de soins dès qu'une affection de type influenza y est observée au cours d'une épidémie classique d'influenza, et ce indépendamment du fait qu'il y ait eu ou non vaccination contre l'influenza. Il ressort d'une étude réalisée au Royaume-Uni que si un tel critère était utilisé, une cure d'oseltamivir devrait être administrée au moins une fois pendant l'hiver dans au moins trois quarts des maisons de repos et de soins [*Brit. Med. J.* 2004;329:663-4]. Une telle stratégie n'est pas payable et son rapport coût-efficacité n'est pas favorable.