

disponible. La bupropionne passe dans le lait maternel, mais l'effet de cette exposition sur l'enfant allaité n'est pas connu.

Cigarette électronique

Étant donné le manque de recul sur la sécurité d'utilisation des cigarettes électroniques et le manque de connaissances sur leur composition, il est préférable d'éviter leur utilisation pendant l'allaitement.

Quelques références

- *La Revue Prescrire* 2015;35:204-9
- *A Reference Guide To Fetal and Neonatal Risk: Drugs in Pregnancy and Lactation* (Briggs GG et Freeman RR, 10^{ième} édition), version électronique
- Leung LW et Davies GA. Smoking cessation strategies in pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2015;37:791-7.
- *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Mar 24; 3 (doi:10.1002/14651858.CD008286.pub3)
- *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Dec 22; 12 (doi:10.1002/14651858.CD010078.pub2)

INFLUENZA 2016 - 2017

1. Vaccins contre la grippe

Composition et spécialités des vaccins antigrippaux 2016-2017

Pour la saison grippale 2016-2017, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande la composition suivante.

Vaccins antigrippaux trivalents:

- A/California/7/2009 (H1N1) ou une souche apparentée;
- A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2) ou une souche apparentée;
- B/Brisbane/60/2008 ou une souche apparentée (appelée « ligne B Victoria »).

Vaccins antigrippaux tétravalents:

En plus des trois composantes des vaccins trivalents

- B/Pukhet/3073/2013 ou une souche apparentée (appelée « ligne B-Yamagata »).

Les spécialités correspondant aux normes de l'OMS pour 2016-2017 sont les suivantes (situation au 01/06/16).

- Vaccins trivalents: Vaxigrip®, Influvac S®.
- Vaccin tétravalent: Alpharix Tetra®.

Les vaccins antigrippaux pour 2016-2017 sont tous des vaccins inactivés. Le vaccin vivant qui était disponible pour la saison

2015-2016 (Fluenz Tetra®) ne sera pas disponible pour la saison 2016-2017. Les vaccins antigrippaux pour la saison 2016-2017 seront mentionnés sur notre site Web au moment de la mise à jour d'août 2016. Lorsque le médecin mentionne sur la prescription « Vaccin contre la grippe » au lieu d'un nom de spécialité, le pharmacien peut délivrer soit un des vaccins trivalents soit le vaccin tétravalent.

Changements de composition par rapport à la saison grippale 2015-2016

- Dans les *vaccins trivalents*, les composantes influenza A/H3N2 et influenza B ont changé. Pour la composante A/H3N2, la souche A/Switzerland/9715293/2013 est remplacée par la souche A/Hong Kong/4801/2014. Le changement en ce qui concerne la composante influenza-B (de la ligne B-Yamagata à la ligne B-Victoria) s'explique par le fait que, lors de la saison grippale 2015-2016, les virus de l'influenza de type B ayant circulé appartenaient surtout à la ligne Victoria [source pour la Belgique: ISP (https://influenza.wiv-isp.be/fr/Documents/Influenza_2016_23.pdf)].

- Dans le *vaccin tétravalent*, comme dans les vaccins trivalents, la composante influenza A/H3N2 a changé.

Faut-il opter pour un vaccin trivalent ou pour le vaccin tétravalent? [voir aussi le communiqué du 6 juin 2016 dans la rubrique « Bon à savoir »]

Aucun argument ne permet d'affirmer que lors de la saison grippale précédente, les populations à risque étaient mieux protégées contre une morbidité importante et une mortalité avec un vaccin tétravalent qu'avec un vaccin trivalent.

- Pour les *adultes appartenant aux groupes à risque*, nous restons d'avis, comme mentionné dans les Folia de juillet 2015 et de mars 2016, qu'il n'existe que peu d'arguments pour donner la préférence à un vaccin trivalent ou un vaccin tétravalent.

- Pour le *petit groupe de jeunes enfants appartenant aux groupes à risque* (p.ex. enfants sous immunosuppresseurs), il y a toutefois des arguments qui incitent à choisir un vaccin tétravalent: chez l'enfant, l'impact clinique de l'infection par le virus de l'influenza B est plus important que chez l'adulte et les enfants n'ont pas encore (ou presque pas) eu de contact avec l'influenza de type B, et ils n'ont donc pas encore développé d'immunité contre l'influenza de type B.

Groupes à risque

Il convient de vacciner en priorité les groupes à risque. Les groupes à risque pour la saison 2015-2016, tels que déterminés par le Conseil Supérieur de la Santé, sont mentionnés dans le Répertoire Commenté des Médicaments (chapitre 12.1.1.5.): entre autres les personnes à partir de l'âge de 6 mois, atteintes d'une affection chronique pulmonaire, cardiaque, hépatique, rénale sous-jacente, ou présentant des troubles immunitaires; les femmes enceintes dans le 2^e ou 3^e trimestre; les personnes âgées de plus de 65 ans; les personnes institutionnalisées. Au moment de l'impression de cet

article, il n'était pas encore communiqué si les groupes à risque pour la saison grippale 2016-2017, tels que déterminés par le Conseil Supérieur de la Santé, seraient modifiés (situation au 15/06/16).

2. Inhibiteurs de la neuraminidase

Sur base d'une *Cochrane Review* sur les inhibiteurs de la neuraminidase oseltamivir (Tamiflu®) et zanamivir (Relenza®, plus disponible en Belgique), la conclusion dans les Folia de juillet 2014 était que l'avantage de ces médicaments est très faible. La *Cochrane Review* a montré, que lorsqu'il est instauré dans les 48 heures après l'apparition des symptômes, le traitement par l'oseltamivir chez l'adulte diminue la durée des symptômes de l'influenza d'environ 17 heures, au prix toutefois d'un certain nombre d'effets indésirables (surtout nausées et vomissements); un effet sur les complications de l'influenza n'a pas été démontré. Une nouvelle méta-analyse d'études randomisées par le même groupe de chercheurs, mène aux mêmes conclusions.

Les chercheurs ont évalué en outre, sur base de données observationnelles collectées pendant la pandémie H1N1 de 2009, l'effet de l'oseltamivir sur la mortalité par l'infection du virus H1N1. Les résultats ne montrent pas de diminution de la mortalité, contrairement à d'autres méta-analyses d'études observationnelles antérieures qui avaient toutefois montré une diminution. Ces conclusions contradictoires s'expliquent vraisemblablement par la manière dont les données ont été analysées statistiquement. La controverse quant à l'effet de l'oseltamivir sur la mortalité pendant la pandémie H1N1 persiste donc. [www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/volume-20/issue-42#hometab0; *BMJ* 2016;353:i3077 (doi:10.1136/bmj.i3077); *BMJ* 2016;353:i3064 (doi:10.1136/bmj.i3064)]