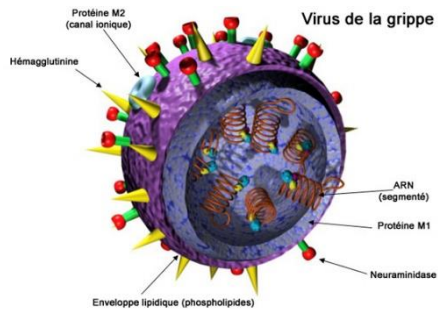


# Les vaccins antigrippaux disponibles en Belgique pour la saison 2018-2019

**Chaque année, la réflexion se pose lors de la saison grippale : le vaccin offrira-t-il une protection suffisante et adéquate ?**



Chaque année, les virus, à l'origine de l'épidémie, sont analysés, ainsi que leurs caractéristiques antigéniques de manière à ce que l'efficacité du vaccin puisse être contrôlée.

Les souches qui ont le plus de probabilité d'avoir un effet protecteur lors de la saison suivante sont déterminées sur base de ces informations.

Chez l'Homme, la grippe peut être causée par deux types de virus influenza différents, le A et le B. Des sous-types du virus sont déterminés en fonction de leurs antigènes de surface.

Ces derniers peuvent varier avec le temps, d'où la nécessité d'une vaccination annuelle.

Une dérive antigénique importante peut se traduire par une forte différence entre le virus circulant et celui contenu dans le vaccin, on parle alors d'inadéquation.

Depuis la pandémie de 2009, les virus à l'origine de la grippe sont les sous-types H1N1pdm09 et H3N2 pour les virus de type A et, pour le type B, les lignées évolutives B/Victoria/2/87 et B/Yamagata/16/88.

Il n'existe aucune protection croisée entre les deux souches de type A et, avec le temps, on observe une diminution de celle existant entre les lignées B. Ces dernières années, une inadéquation a régulièrement été observée avec le vaccin trivalent (pour lequel seule une des lignées B est choisie).

En 2018-2019, pour la première fois, les vaccins commercialisés en Belgique seront tétravalents.

## 1. Recommandations de l'OMS et de l'EMA pour la composition des vaccins quadrivalents<sup>1,4</sup>

- Une souche analogue à **A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09**
- Une souche analogue à **A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2)**
- Une souche analogue à **B/Colorado/06/2017 (lignée B/Victoria/2/87)**
- Une souche analogue à **B/Phuket/3073/2013 (lignée B/Yamagata/16/88)**

Sur base de ces recommandations, le groupe de travail « Influenza » de l'Agence

Européenne des Médicaments (EMA) autorise l'utilisation des souches variantes suivantes pour la fabrication des vaccins inactivés<sup>4</sup> :

**Pour A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09**

- Le virus réassorti IVR-180, dérivé de A/Singapore/GP1908/2015
- Le virus réassorti IVR-180A, dérivé de A/Singapore/GP1908/2015
- Le virus réassorti NYMC X-275, dérivé de A/Michigan/45/2015

**Pour A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2)**

- Le virus réassorti NIB-104, dérivé de A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016
- Le virus réassorti IVR-186, dérivé de A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016

**Pour B/Colorado/06/2017 (lignée B/Victoria/2/87)**

- B/Maryland/15/2016 (forme sauvage)
- Le virus réassorti NYMC BX-69A, dérivé de B/Maryland/15/2016

**Pour B/Phuket/3073/2013 (lignée B/Yamagata/16/88)**

- B/Phuket/3073/2013 (forme sauvage)
- B/Brisbane/9/2014 (forme sauvage)
- B/Utah/9/2014 (forme sauvage)
- Le virus réassorti BVR-1B, dérivé de B/Phuket/3073/2013

**Les vaccins disponibles pour 2018-2019 :**

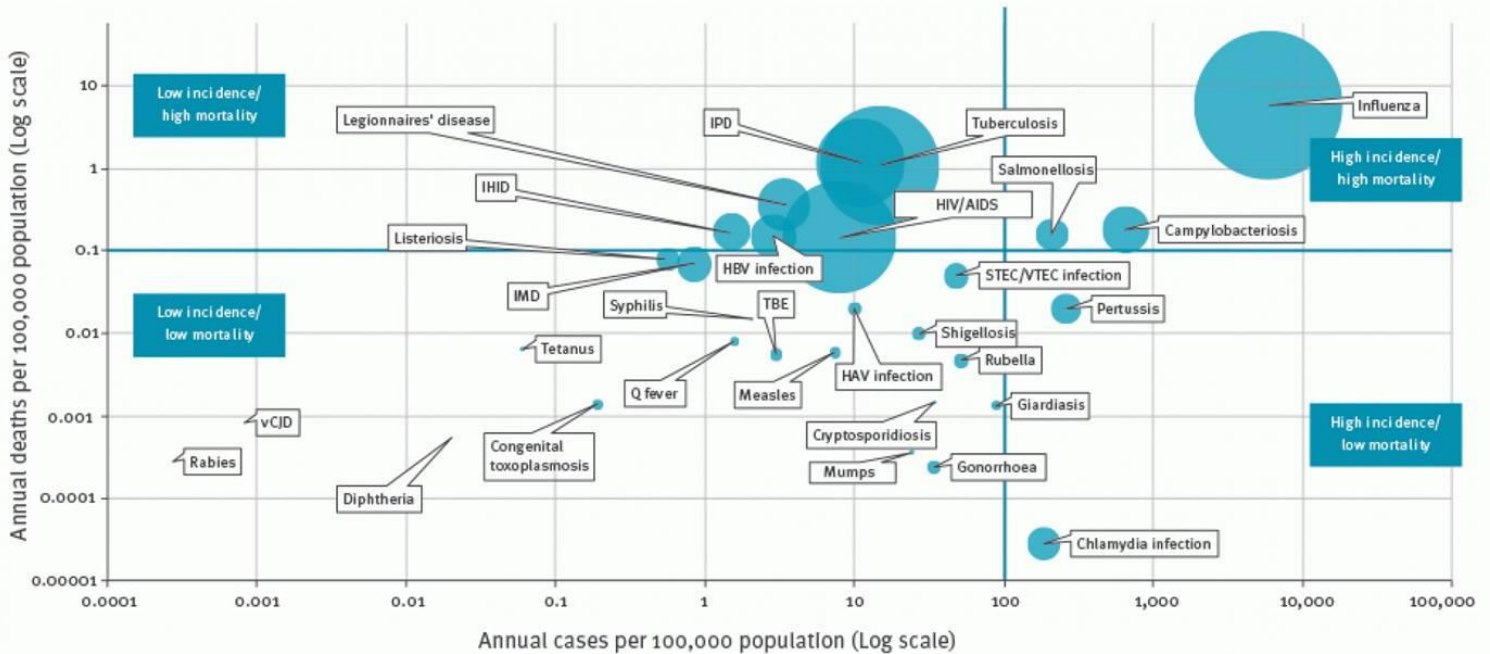
**Aucun vaccin intradermique ou vivant atténué intranasal ne devrait être commercialisé chez nous cette année**

**Les vaccins quadrivalents seront composés comme suit :**

	<b>InfluvacTetra® (Mylan) (CNK 3720935)</b>	<b>AlpharixTetra® (GSK) (CNK 3745577)</b>	<b>Vaxigrip Tetra® (Sanofi Pasteur) (CNK 3742780)</b>
<b>A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09</b>	IVR-180	IVR-180	NYMC X-275
<b>A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2)</b>	NIB-104	NIB-104	IVR-186
<b>B/Colorado/06/2017</b>	NYMC BX-69A	NYMC BX-69A	NYMC BX-69A
<b>B/Phuket/3073/2013</b>	B/Phuket/3073/2013 (forme sauvage)	B/Phuket/3073/2013 (forme sauvage)	B/Phuket/3073/2013 (forme sauvage)

## 2. Incidence de la grippe

Comme le montre ce diagramme, la grippe reste une pathologie à haute incidence et à haut risque de mortalité.



## 3. Groupes cibles pour la vaccination

Le CSS recommande la vaccination des groupes à risque suivants (par ordre décroissant de priorité) :

**Groupe 1** : Les personnes à risque de complications, à savoir :

- Les femmes enceintes qui seront au deuxième ou troisième trimestre de grossesse au moment de la saison de la grippe. La vaccination est possible dès le deuxième trimestre.
- Tout patient à partir de l'âge de 6 mois présentant une affection chronique sous-jacente, même stabilisée, d'origine pulmonaire (incluant l'asthme sévère), cardiaque (excepté l'hypertension), hépatique, rénale, métabolique (incluant le diabète), BMI > 35, neuromusculaire ou des troubles immunitaires (naturels ou induits).
- Toute personne de 65 ans et plus.
- Les personnes séjournant en institution.
- Les enfants de 6 mois à 18 ans inclus sous thérapie à l'aspirine au long cours.

**Groupe 2** : Le personnel du secteur de la santé.

**Groupe 3** : Les personnes vivant sous le même toit que

- Des personnes à risque du groupe 1 ;
- Des enfants de moins de 6 mois.

En outre, le CSS recommande également de vacciner toutes les personnes de 50 à 64 ans inclus, même si elles n'appartiennent pas au groupe 1. Ceci concerne principalement les fumeurs, les buveurs excessifs et/ou les personnes obèses (BMI > 30).

Ces facteurs augmentent en effet le risque de complications en cas de grippe.

Le « Centers for Disease Control and Prevention » (CDC) conseille d'être vacciné pour la fin octobre. Un délai d'environ 2 semaines après la vaccination est nécessaire pour que le taux d'anticorps produits soit suffisant.

En règle générale, la vaccination contre la grippe saisonnière consiste en l'injection d'une seule dose. L'injection d'une dose complète (0,5 ml) est aussi recommandée pour les enfants à partir de 6 mois car il a été démontré qu'une telle dose était accompagnée d'une meilleure immunogénicité et n'entraînait pas plus d'effets indésirables. Pour les enfants âgés de 6 mois à 8 ans inclus et n'ayant jamais été vaccinés contre la grippe, deux injections à 4 semaines d'intervalle sont nécessaires.

Influvac Tetra® est enregistré pour un usage chez l'adulte uniquement mais Alpharix Tetra® et Vaxigrip Tetra® peuvent être administrés aux enfants à partir de 6 mois.

Chez l'adulte, le vaccin inactivé est administré de préférence par voie intramusculaire au niveau du muscle deltoïde (épaule). Une deuxième option consiste à faire l'injection dans la partie antérolatérale du muscle de la cuisse.