

Recommendations for Prevention and control of Influenza in Children, 2016–2017

(PEDIATRICS 2016; 138 (4): e20162527)

Barakizou. H, Ben rjeb. Y, Gannouni. S

Service de pédiatrie. Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

Recommendations for Prevention and control of Influenza in Children, 2016–2017 est un article qui a été écrit par the American Academy of Pediatrics (AAP) committee on infectious diseases. Il a été publié dans Pediatrics en Octobre 2016.

Le but de cet article était de proposer des recommandations actualisées concernant la vaccination contre la grippe saisonnière et l'usage du traitement antiviral pour la prévention et le traitement de cette pathologie en milieu pédiatrique.

Cet article a évalué la saison 2015–2016 de la grippe aux Etats Unis; jugée de sévérité modérée en comparaison avec les trois saisons précédentes. Le début était habituel vers le mois de Janvier mais le pic d'activité était plus tardif vers le milieu du mois de Mars.

Le virus circulant prédominant était le virus de la grippe A (H1N1) pdm09. La majorité des souches virales circulantes correspondait aux souches vaccinales. Selon le CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 85 décès ont été notés dont 59,7% des cas chez des sujets sans antécédents pathologiques notables. Historiquement, 80 à 85% des décès étaient survenus chez des enfants âgés de plus de 6 mois et non vaccinés.

Les vaccins recommandés pour la saison 2016–2017 sont différents de ceux proposés pendant la saison précédente. L'AAP recommande le vaccin inactivé trivalent [IIV3 :A/California/7/2009 (H1N1)pdm09 like virus, A/Hong Kong/4801/2014(H3N2) like virus, B/Brisbane/60/2008 like virus (B/Victoria lineage)] ou quadrivalent [IIV4 : il contient en plus des 3 trois souches sus citées le B/Phuket/3073/2013 like virus (B/Yamagata lineage)]. Il n'ya aucune préférence de prescription entre ces deux vaccins.

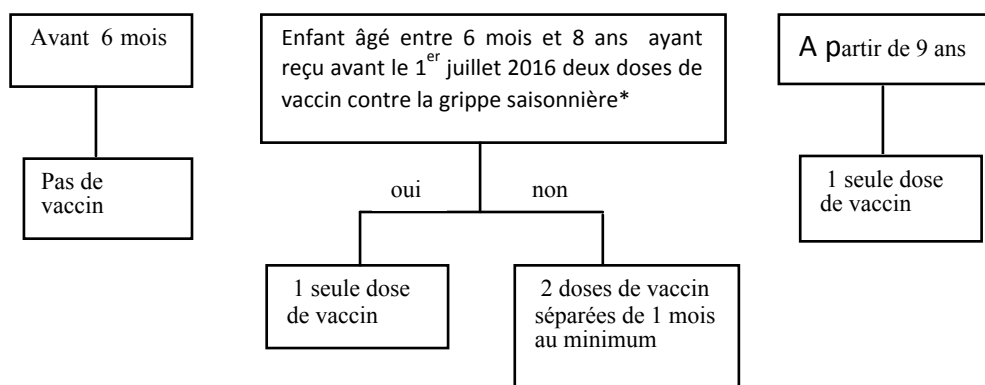
Le vaccin quadrivalent vivant atténué (LAIV4) n'est pas recommandé pour la saison 2016–2017 en raison de sa faible efficacité durant les trois dernières saisons et notamment contre la souche qui prédominera cette saison à savoir le virus de la grippe A(H1N1).

L'AAP recommande une vaccination annuelle et universelle chez l'enfant âgé de plus de 6 mois. Des efforts soutenus doivent être fournis pour vacciner les catégories suivantes :

- Les enfants âgés de plus de 6 mois ayant des antécédents exposant aux formes compliquées de grippe (asthme, cardiopathies, diabète, immunodépression, maladies neurologiques..),
- Les professionnels qui travaillent au contact d'enfants vulnérables ou âgés de moins de 5ans et spécialement ceux d'âge inférieur à 6 mois
- Tous les professionnels de santé
- Les femmes enceintes, dans le postpartum ou allaitantes durant la saison de la grippe.

La vaccination reste la meilleure mesure préventive contre la grippe saisonnière et permet de réduire le nombre de consultations pour cette maladie de 50 à 75%.

Le schéma vaccinal est variable selon l'âge et le statut vaccinal antérieur (Figure1).



* :Il peut s'agir du vaccin trivalent ou quadrivalent, les doses n'ont pas été forcément administrées au cours d'une même saison ou de deux saisons consécutives

La dose du vaccin à administrer par voie intramusculaire dépend de l'âge. Entre 6 et 35 mois, la dose à administrer est de 0.25 ml. A partir de 36 mois, la dose devient 0.5 ml.

Les principales contre indications du vaccin sont : l'âge < 6 mois, les infections sévères et évolutives et l'antécédent de réaction allergique sévère au contact du vaccin.

Les effets indésirables de ce vaccin restent généralement mineurs.

Les enfants ayant des antécédents d'allergie à l'œuf peuvent recevoir le vaccin sans précautions supplémentaires par rapport à celles prises en cas de vaccination de routine.

Concernant, le traitement antiviral, l'AAP considère l'Oseltamivir par voie orale comme le traitement de choix. Le Zanamivir inhalé reste une alternative acceptable chez les patients ne présentant pas de maladie respiratoire chronique.

Durant la saison 2016-2017 et indépendamment du statut vaccinal, lorsque la symptomatologie remonte à moins de 48 heures, le traitement doit être administré le plus tôt possible aux groupes suivants :

- enfants hospitalisés pour suspicion de grippe saisonnière ou pour des complications attribuables à cette maladie
- enfants non hospitalisés, présumés ayant une grippe et considérés à risque élevé de complications.

Par ailleurs, le traitement doit être discuté le plus précocement possible pour tout enfant antérieurement sain ; présumé avoir une grippe notamment s'il est en contact avec des nourrissons âgés de moins de 6 mois ou avec des enfants vulnérables.

Dans tous les cas, l'instauration du traitement ne doit pas être retardée par l'attente de la confirmation définitive de la maladie.

Concernant la chimioprophylaxie post exposition, elle doit être utilisée dans le cas où l'exposition remonte à moins de 48 heures. Elle est recommandée en situation d'épidémie pour les personnes suivantes :

- enfants à risque élevé de complications et chez lesquels le vaccin est contre indiqué
- enfants à risque élevé au cours des 2 semaines suivant leur vaccination (immunité post vaccinale non encore optimale)
- membres de la famille et personnel de santé en contact étroit avec des enfants non vaccinés et à risque élevé de complications
- enfants dont l'immunité post vaccinale est douteuse (enfants immunodéprimés)
- enfants à risque élevé ainsi que leurs contacts étroits lorsque les souches vaccinales ne correspondent pas aux souches virales circulantes.

Les schémas thérapeutiques curatifs et préventifs par Oseltamivir recommandés par l'AAP pendant la saison 2016-2017 sont les mêmes que ceux proposés au cours de la saison précédente.

Dans tous les cas, la chimioprophylaxie ne doit pas se substituer à la vaccination pour prévenir la grippe. L'administration d'Oseltamivir ne contre indique pas la vaccination.