



ANTIVIRAUX ACTIFS SUR LES VIRUS RESPIRATOIRES

Enseignant : F. Van Bambeke

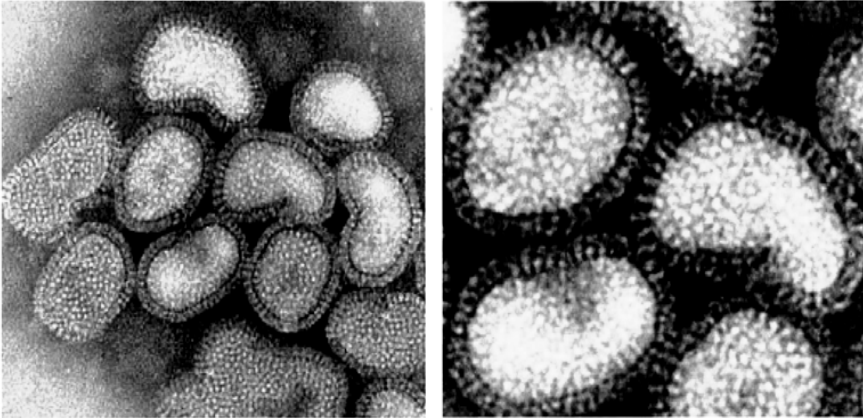
FARM2129 – année 2009-2010

Médicaments des infections virales respiratoires

Adenovirus	-
Picornavirus	
Entero	-
Rhino	-
Orthomyxovirus	
Influenza	inhibiteurs de neuraminidase : zanamivir, oseltamivir
	adamanatanes (influenza A)
Paramyxovirus	
Parainfluenza	-
Respiratory syncytial virus	ribavirine
SARS virus	-

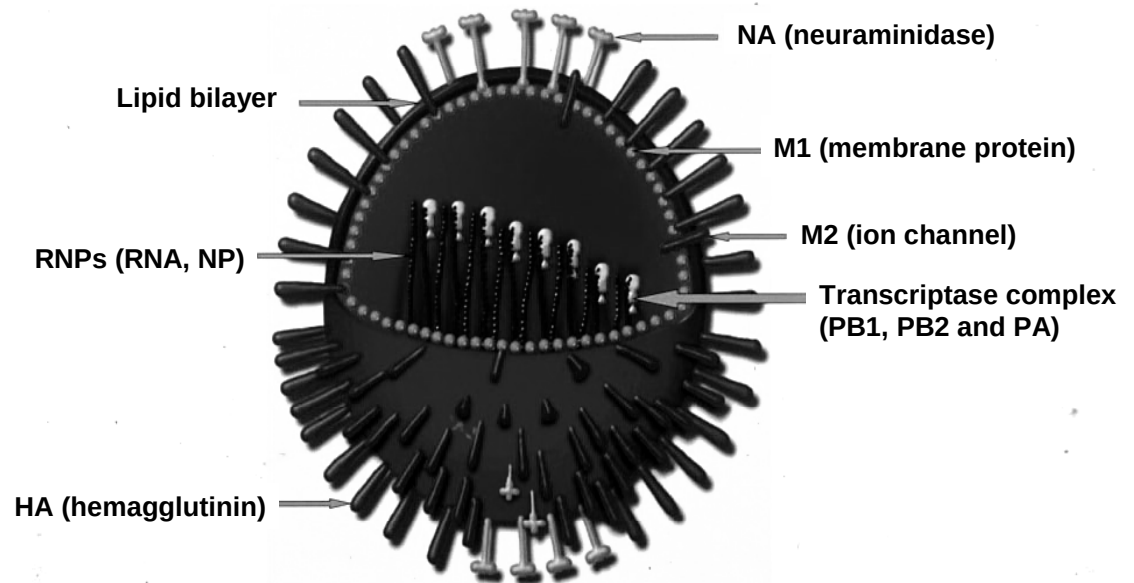
ANTIVIRAUX ACTIFS SUR LE VIRUS INFLUENZA

Le Virus de l'influenza: constituants



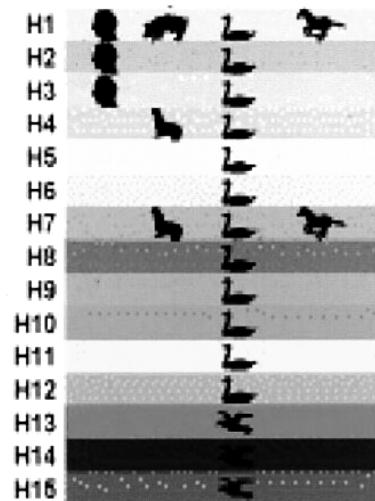
Electron micrographs of purified influenza virions. Hemagglutinin (HA) and neuraminidase (NA) can be seen on the envelope of viral particles. Ribonucleoproteins (RNPs) are located inside the virions.

Diagram of the influenza virus

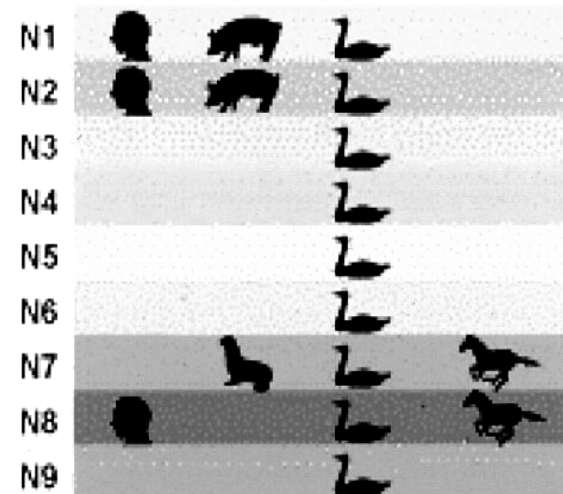


Virus Influenza: Antigènes de surface

**Distribution of Influenza A
Hemagglutinin Subtypes in Nature**

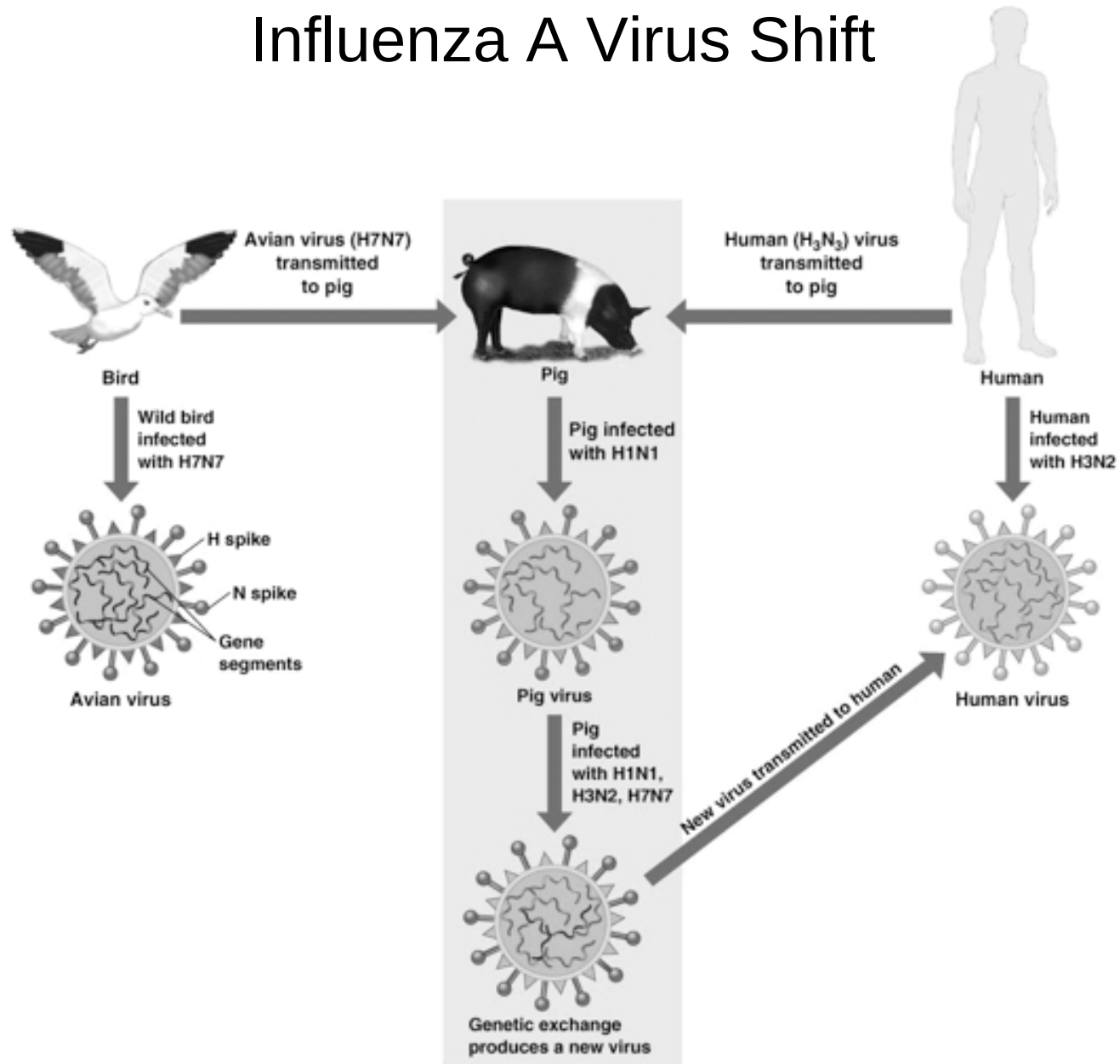


**Distribution of Influenza A
Neuraminidases in Nature**



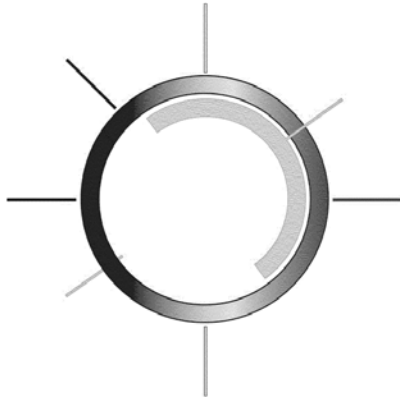
http://www.brown.edu/Courses/Bio_160/Projects1999/flu/mechanism.html

Influenza A Virus Shift



Copyright © 2007 Pearson Education, Inc., publishing as Benjamin Cummings.

La Grippe



Commissariat
interministériel Influenza

A distinguer :



Grippe saisonnière
(Maladie humaine)



Attendue chaque hiver



Cas humains de
grippe aviaire
(Zoonose)



Situation récente en Asie



Pandémie de grippe
(Zoonose évoluant en
maladie humaine)



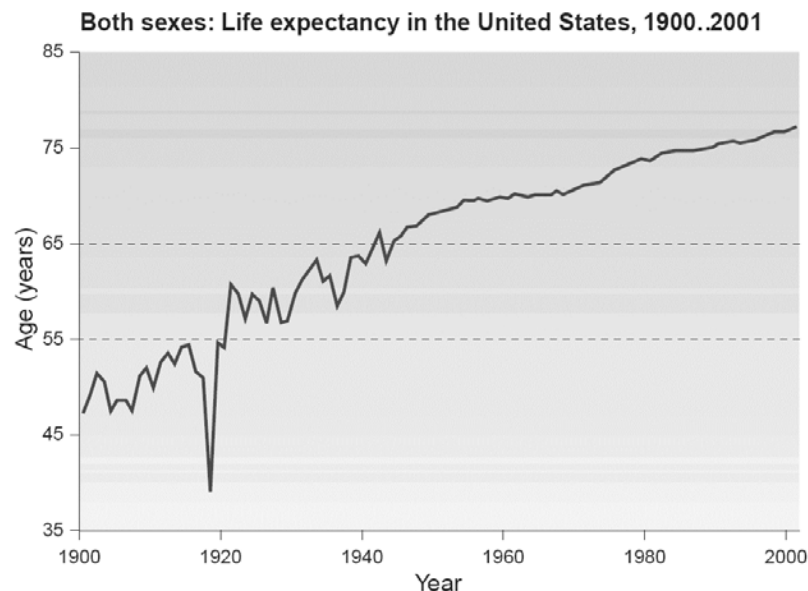
Situation actuelle (H₁N₁)

Histoire des pandémies ...

1889-90	A/H2N8	
1900-03	A/H3N8	
1918-19	A/H1N1	<i>Spanish Flu</i>
1957-58	A/H2N2	<i>Asian Flu</i>
1968-69	A/H3N2	<i>Hong Kong Flu</i>
(1977-78)	A/H1N1	<i>Russian Flu</i>
2009	A/H1N1	<i>Mexican Flu</i>



Australian Red Cross 1918



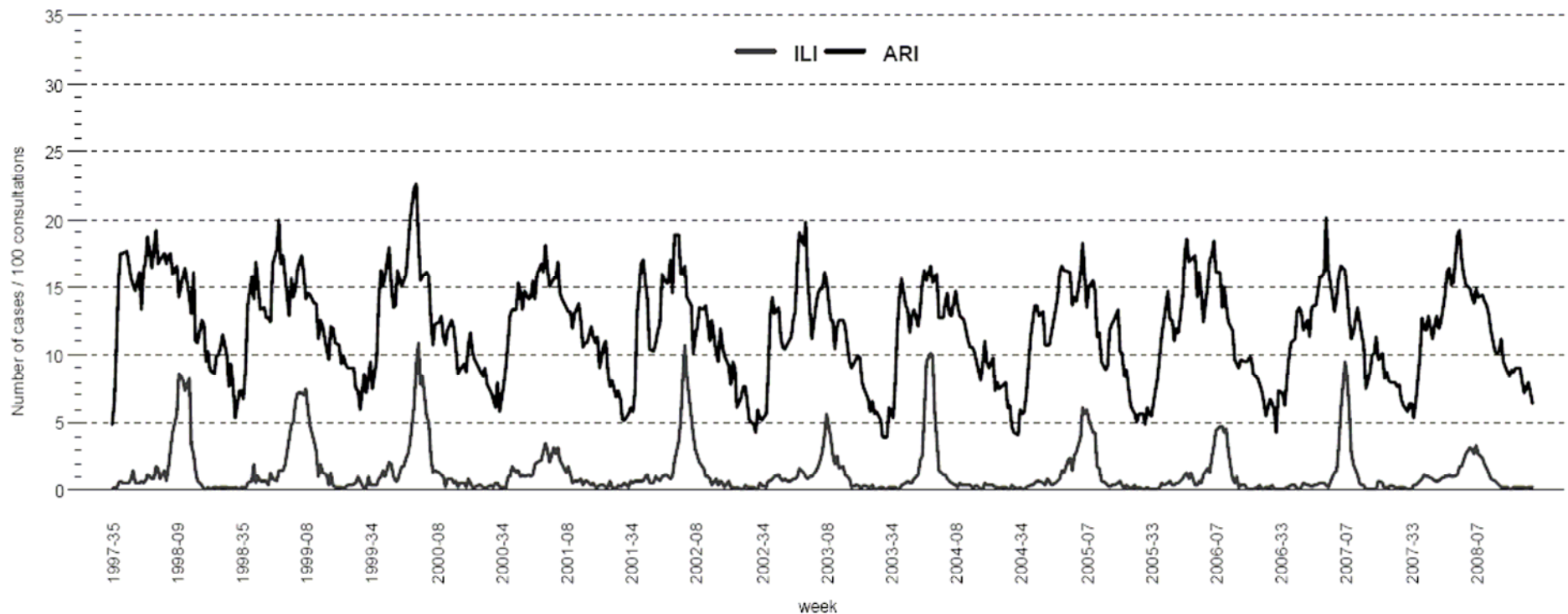
Life expectancy from 1900 to 2001 showing the impact of the 1918 influenza pandemic. Data are adapted from the National Vital Statistics Reports, Vol. 52, No. 14, February 18, 2004. (http://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/nvsr52_14t12.pdf).



Evolution des "maladies grippales" et de l'isolement d'*Influenza A*

Historic graphs: Seasons 1997 - 2008

Figure 1: Number of Influenza-Like Illness (ILI) & Acute Respiratory Infections (ARI) per 100 consultations
1997 (week 35) – 2008 (week 34)

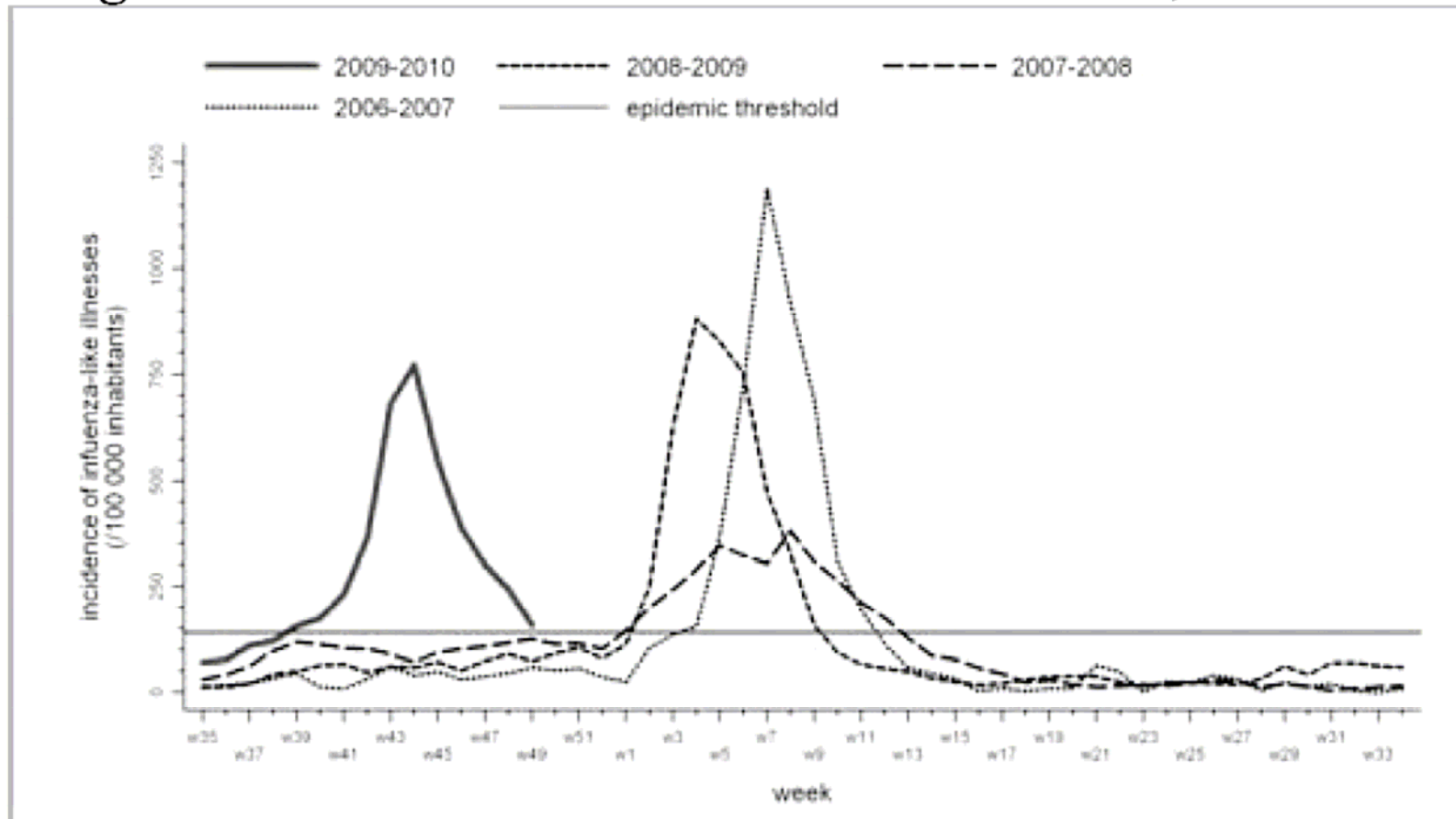


http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/plabfr/plabanfr/05_082f_v.pdf



Epidémiologie annuelle des infections par *Influenza*

Figure 1: Evolution of ILI consultation rate, week 49



Voies de transmission

1. aérosolisation



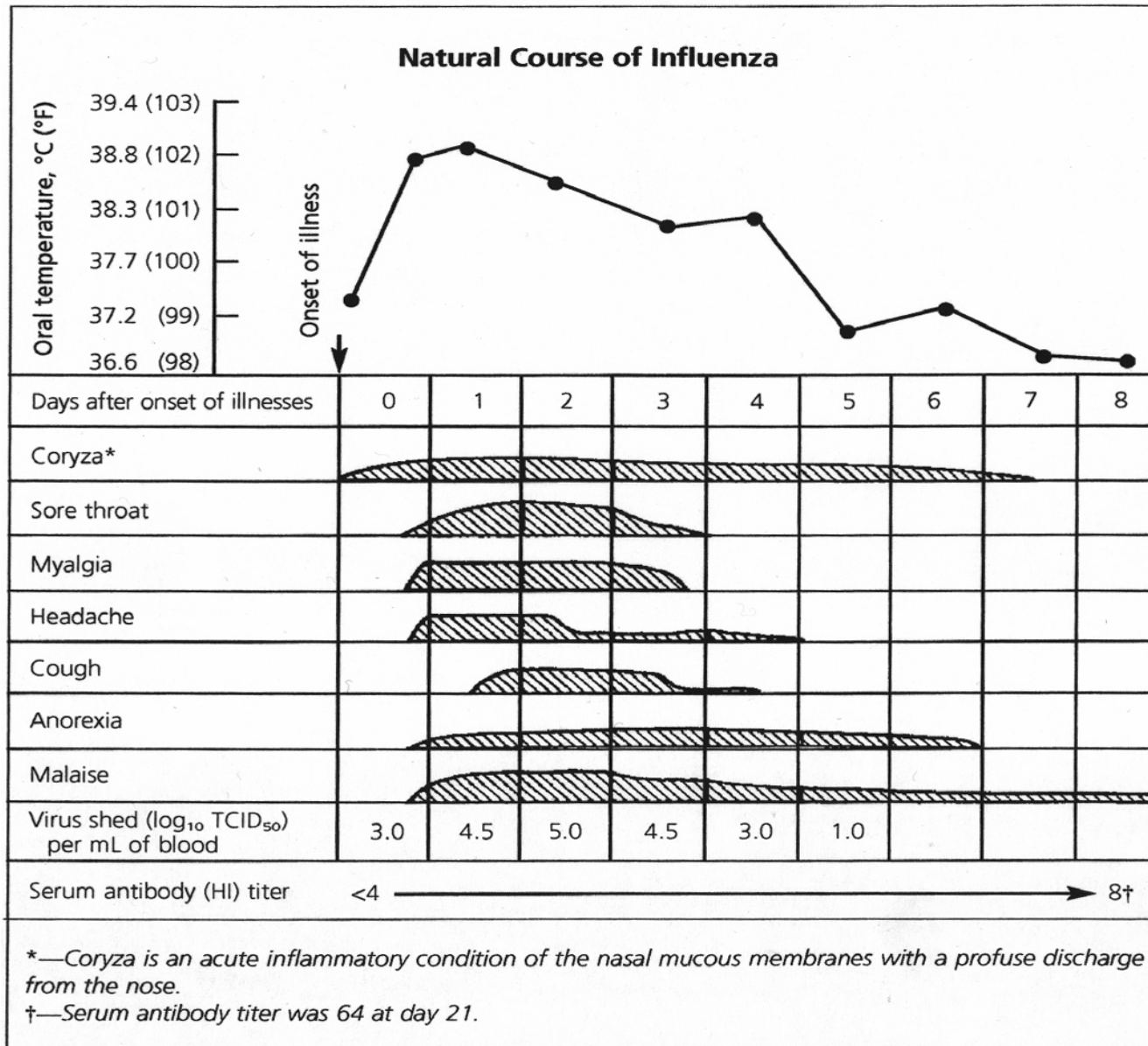
2. Voie aérienne



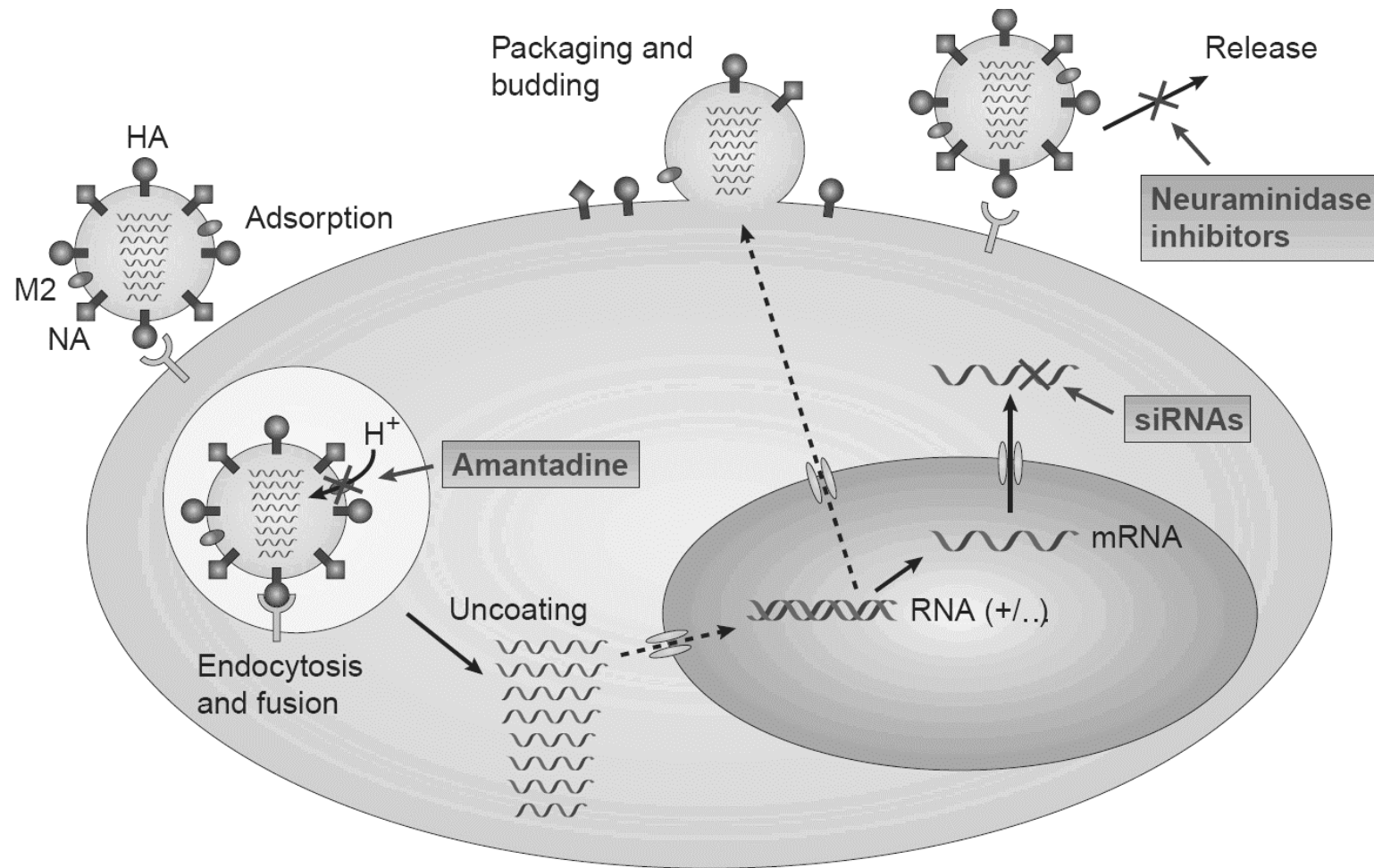
3. Objets contaminés



La grippe: signes cliniques



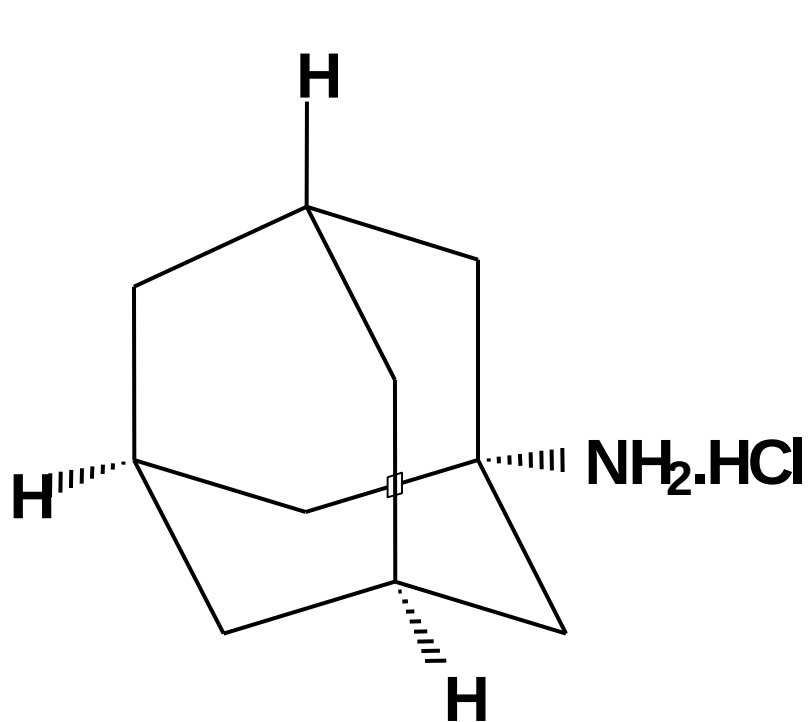
Cibles des antiviraux



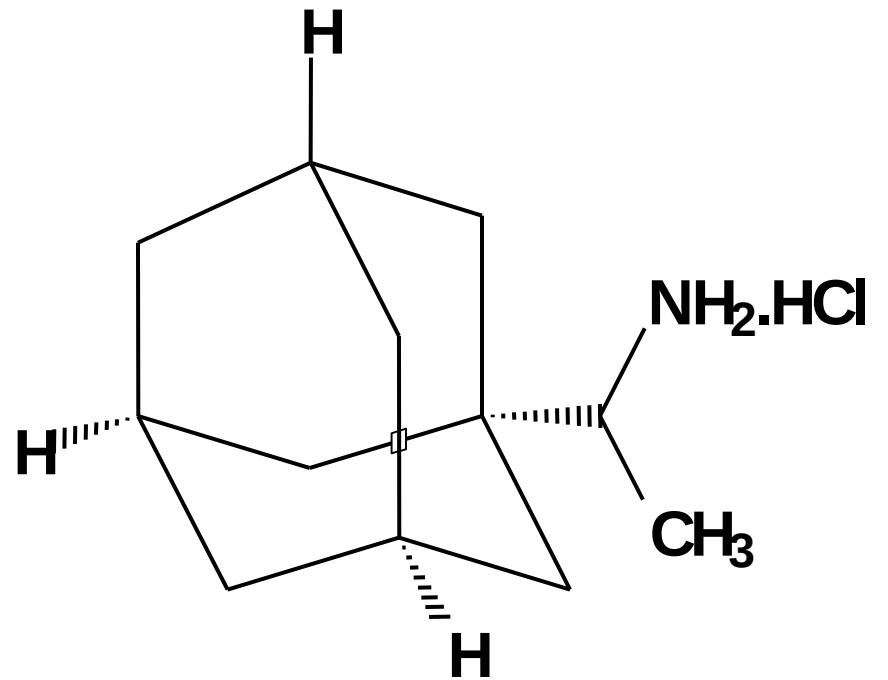
P. Palese Nature Medicine 10 : 2004

ADAMANTANES

Adamantanes

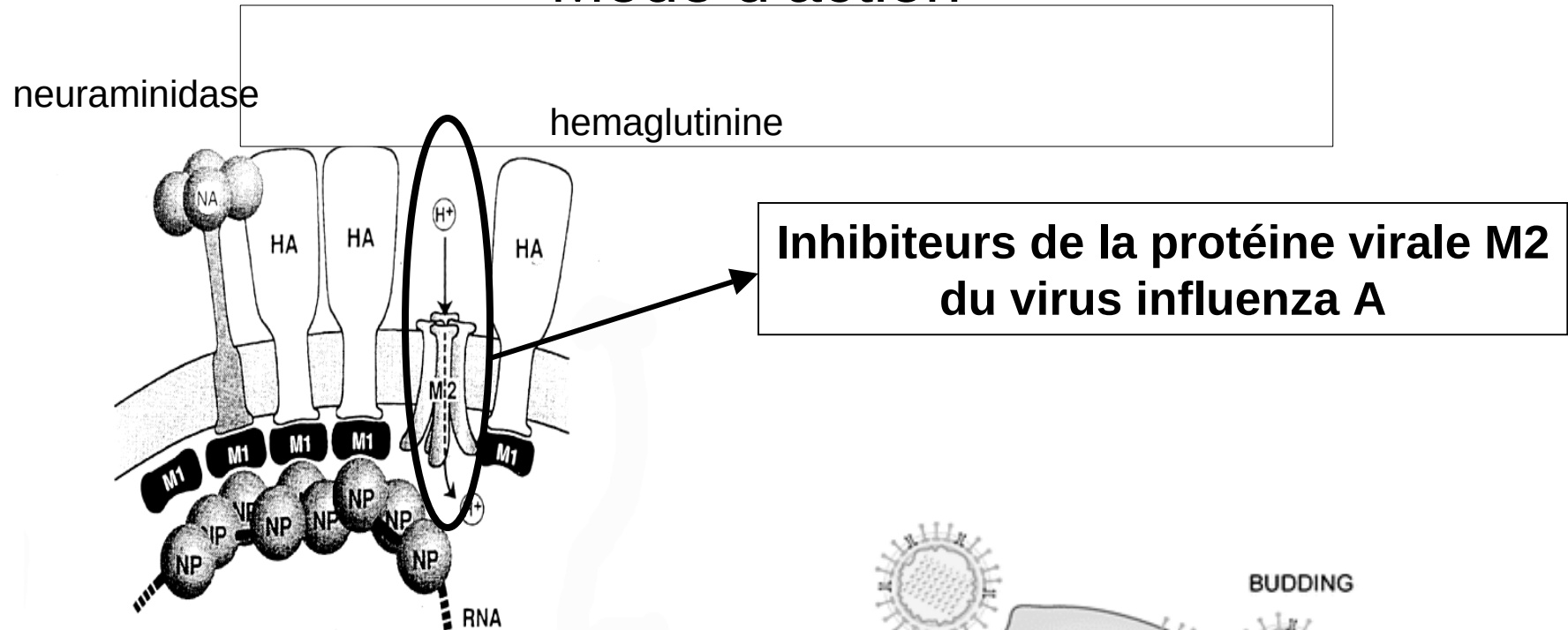


Amantadine

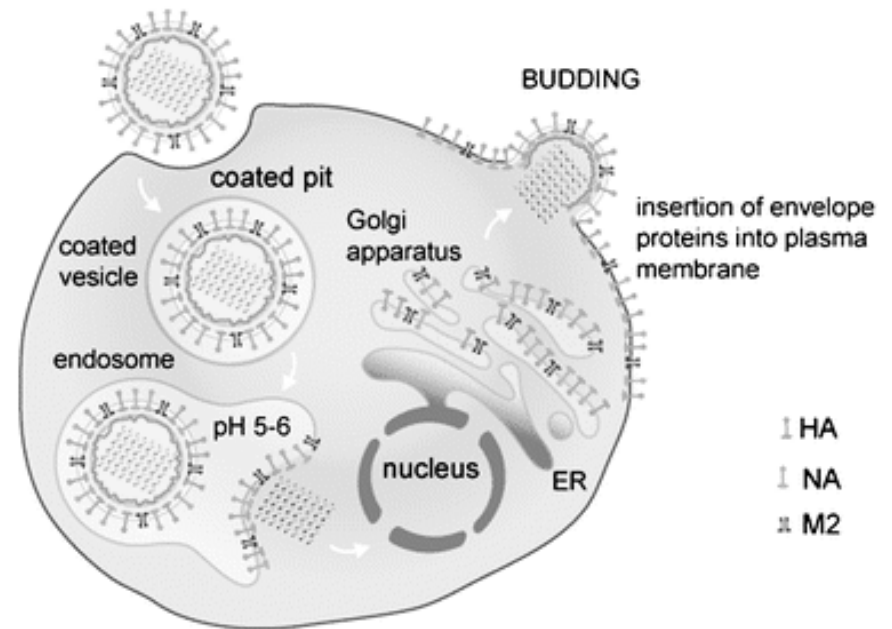


Rimantadine

Mode d'action



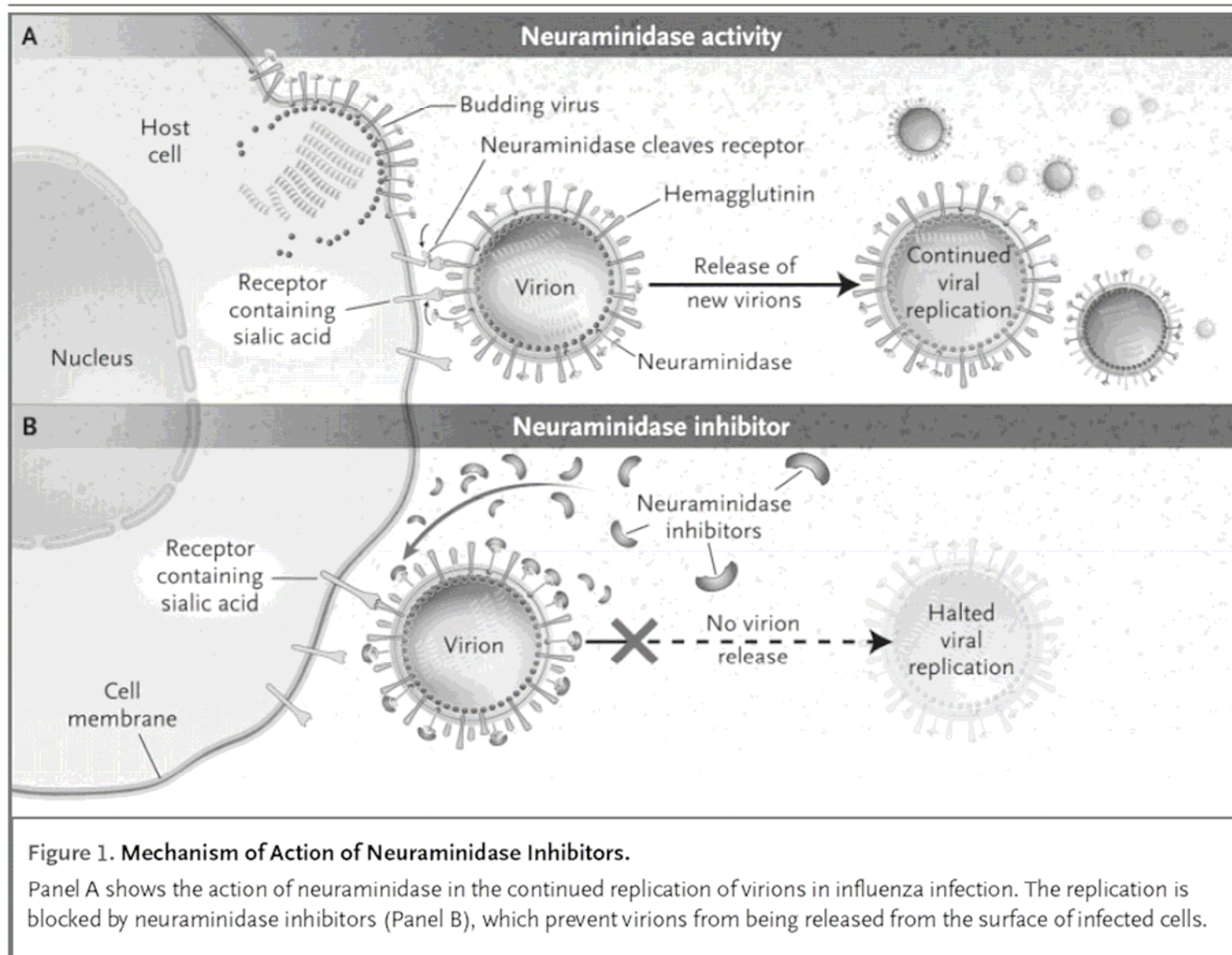
- prévention du désassemblage du virus
- inhibition de l'acidification de l'endosome et prévention des fusions de membranes induites par les protéines virales



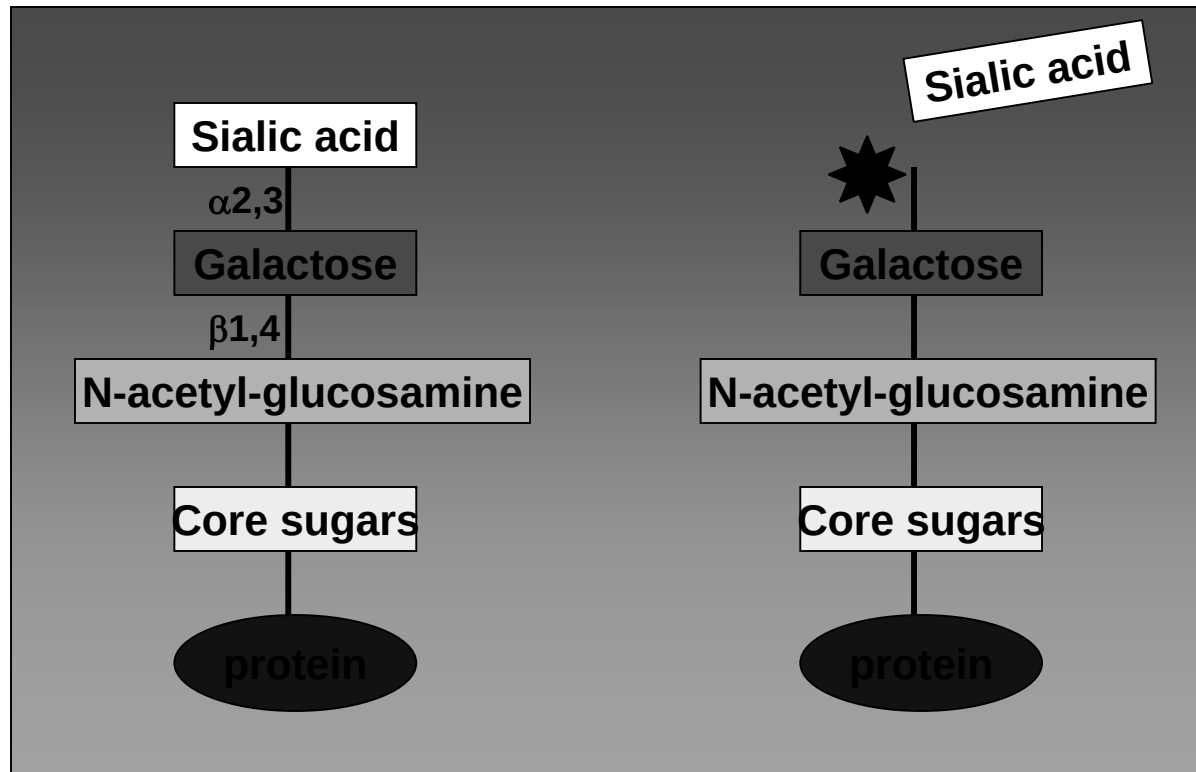
INHIBITEURS DE NEURAMINIDASE

La neuraminidase

Moscona, NEJM (2005) 353:1363-1373



La neuraminidase



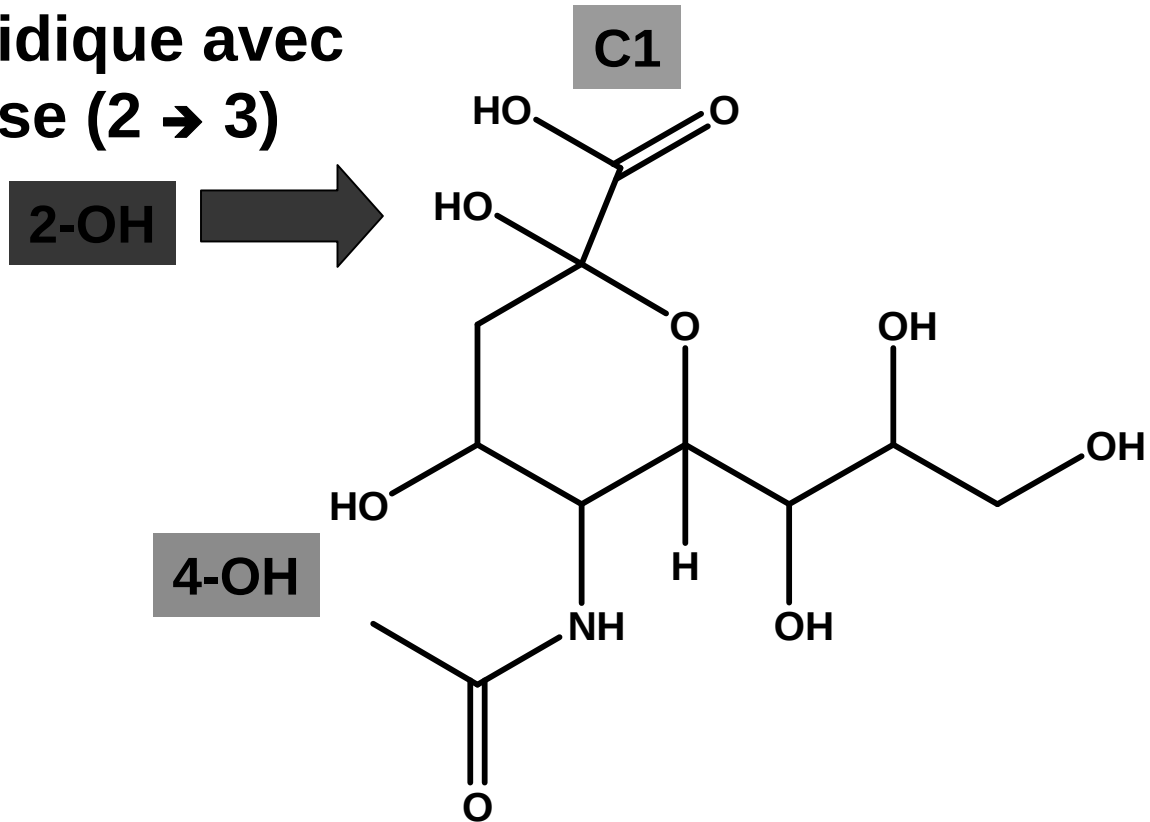
La neuraminidase clive l'acide sialique des glycoprotéines de surface cellulaire auxquelles sont attachées les nouvelles particules virales

Functions:

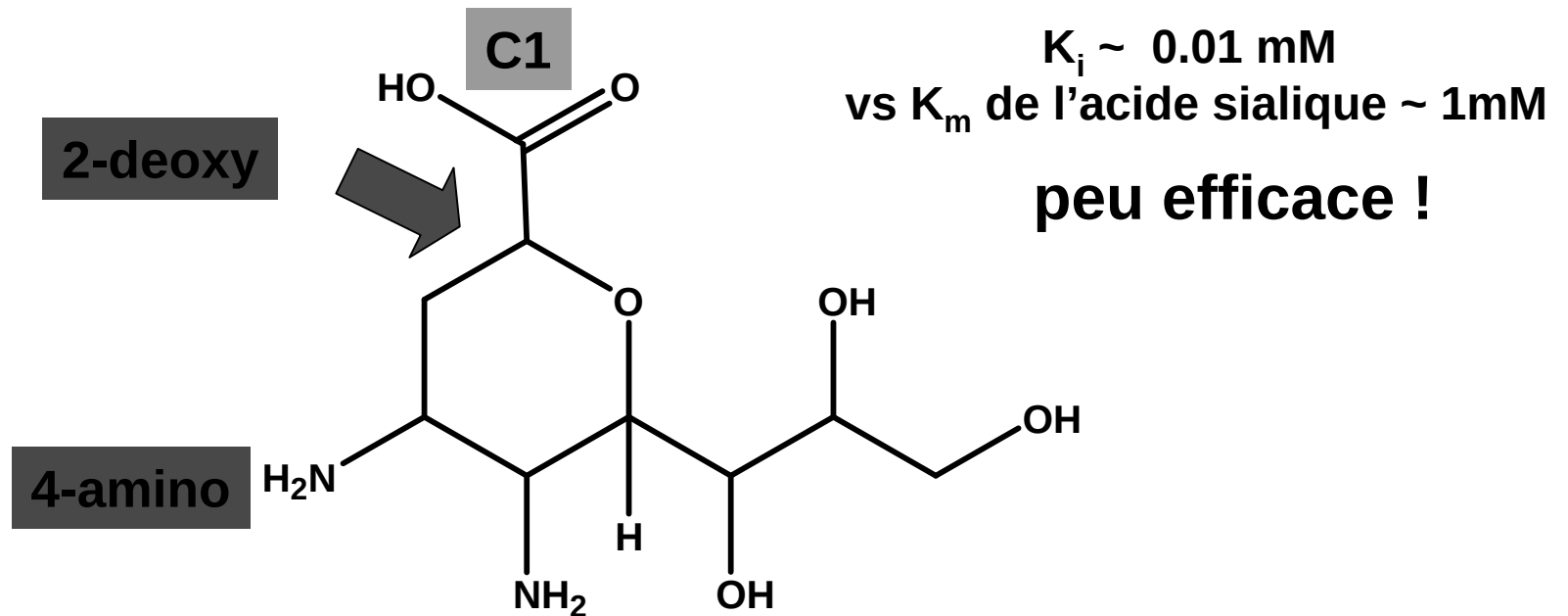
- favorise la libération des particules virales
- détruit les récepteurs de surface reconnus par les hémagglutinines
- prévient l'aggrégation des virus à la surface cellulaire
- prévient l'inactivation par le mucus respiratoire

L'acide sialique

Lien osidique avec galactose (2 → 3)



Découverte du premier inhibiteur ... 1969 !

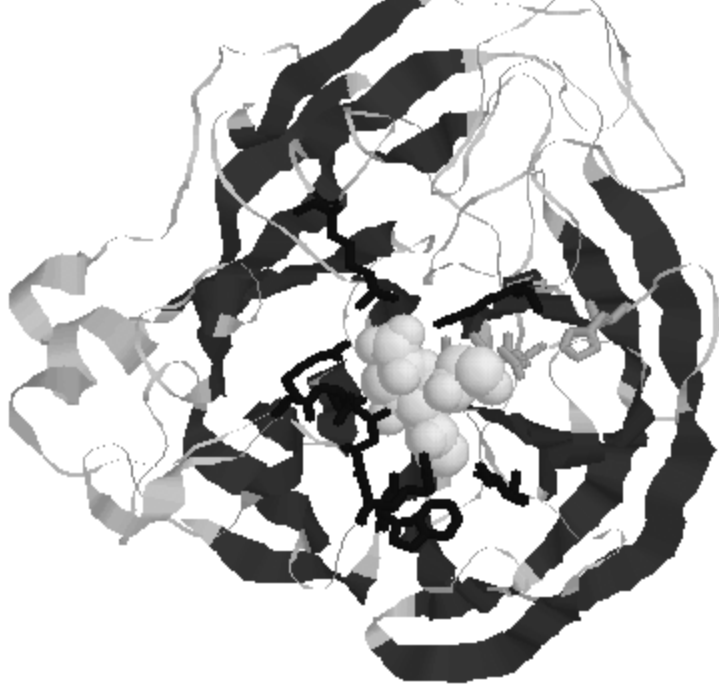


2,4-dideoxy-2,3-didehydro-4-amino-D-N-acetylneuraminic acid

Meindl et al., Hoppe-Seyler's Z. Physiol. Chem., 350:1088-1092, 1969

De 1969 à 1993...

Neuraminidase bound by sialic acid (yellow)
Catalytic residues are green, residues involved in binding are blue.



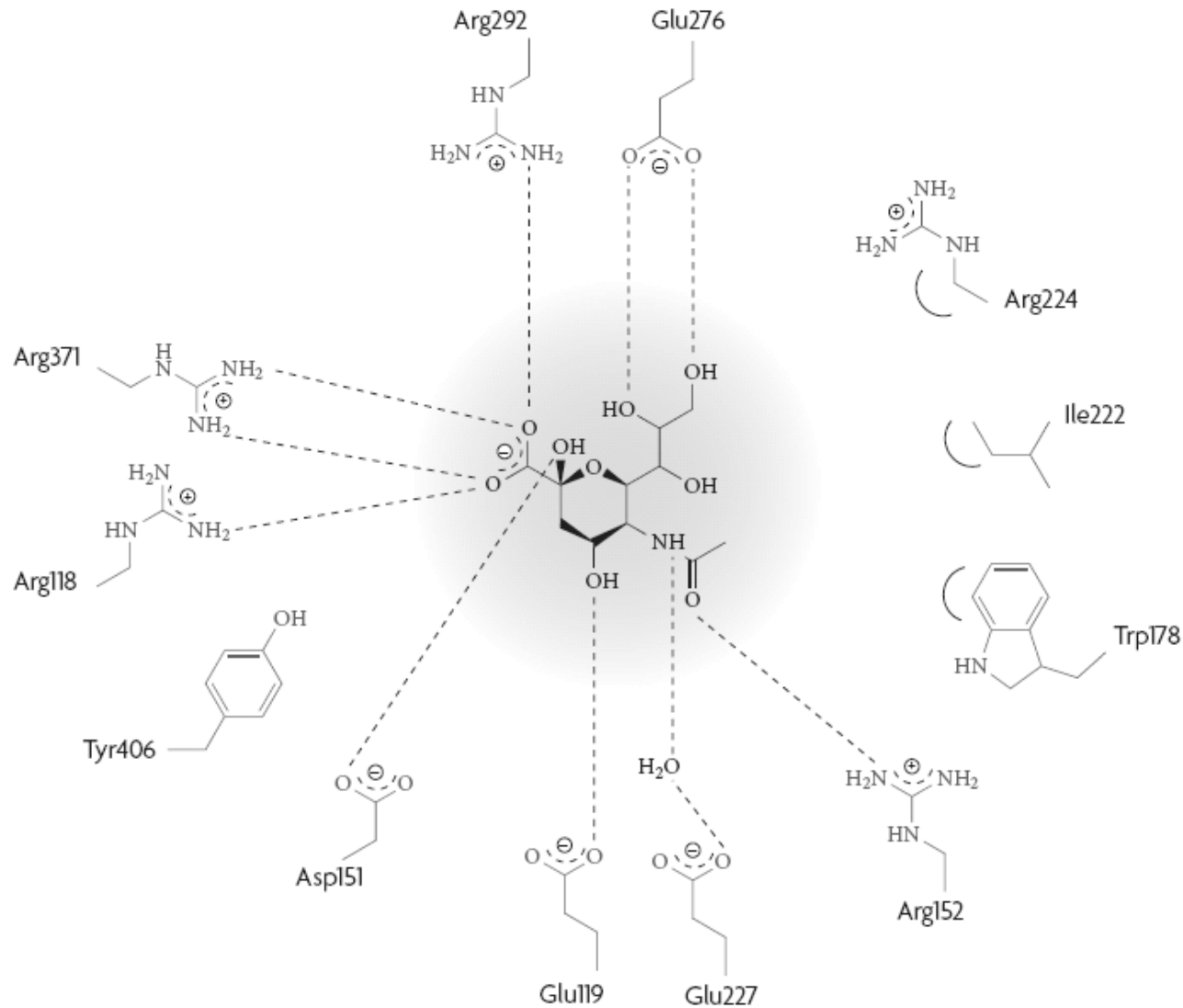
1983: structure of neuraminidase

- conservation des résidus du site actif
- variation des sites antigéniques

→ place pour du drug design !

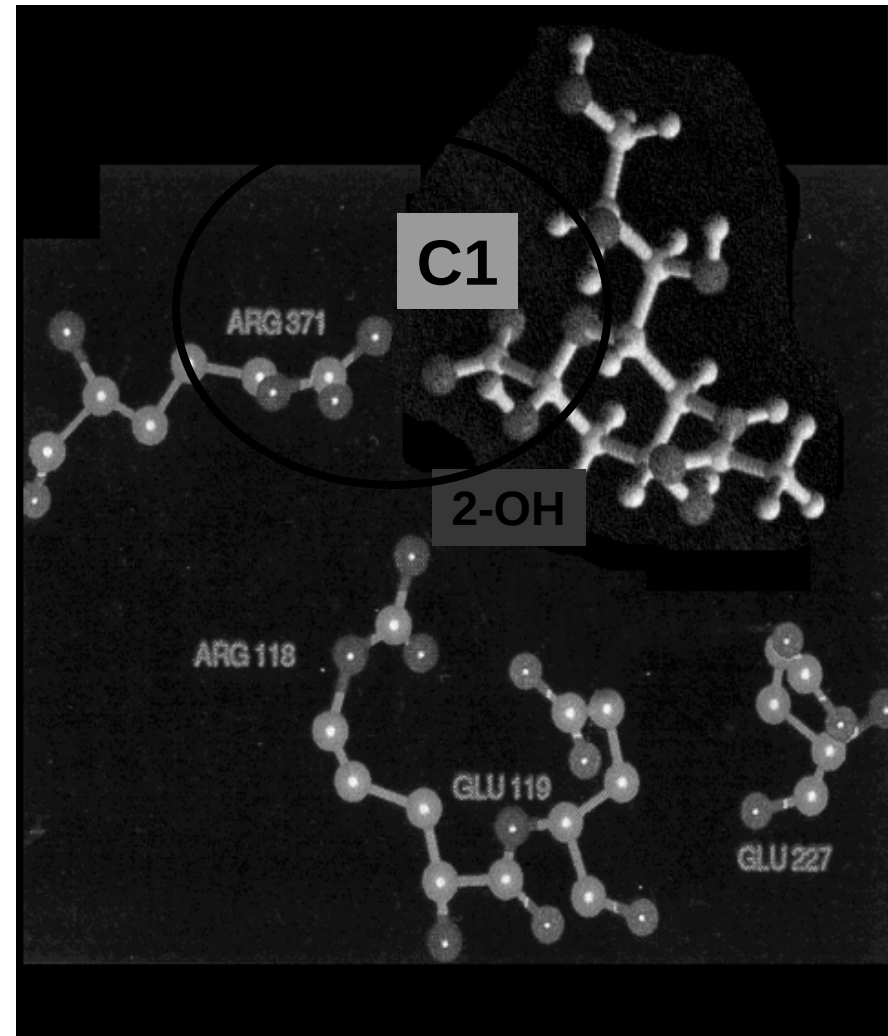
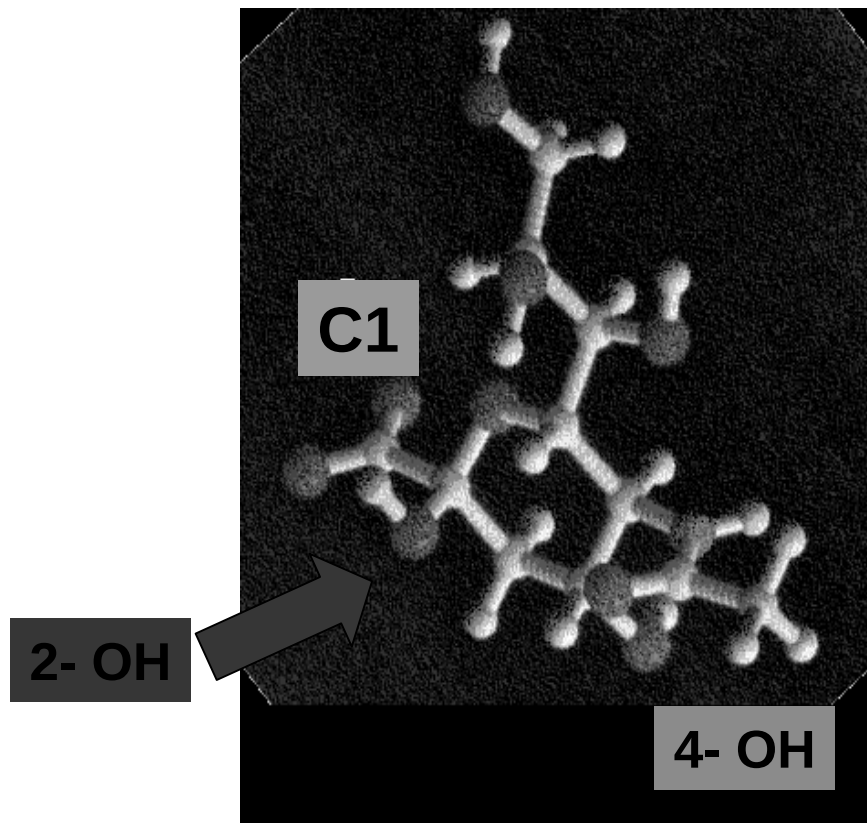
Colman et al., Nature (1983) 303: 41-44

Site actif de la neuraminidase



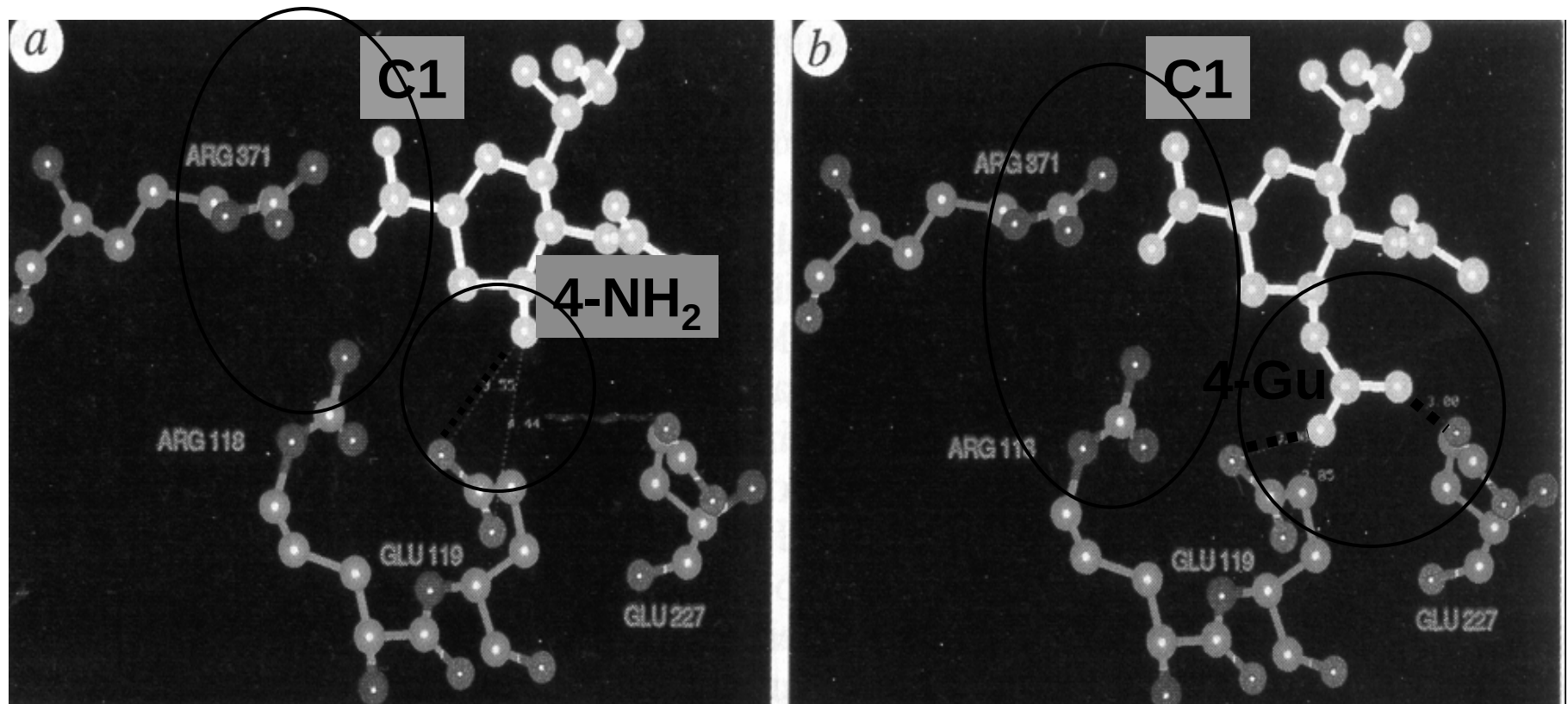
Von Itzstein., *Nature Drug Discovery* (2007) 6: 967

De l'acide sialique au zanamivir... (1)



acide sialique ou N-acétyl-neuraminique
interaction COOH avec Arg 371

De l'acide sialique au zanamivir... (2)

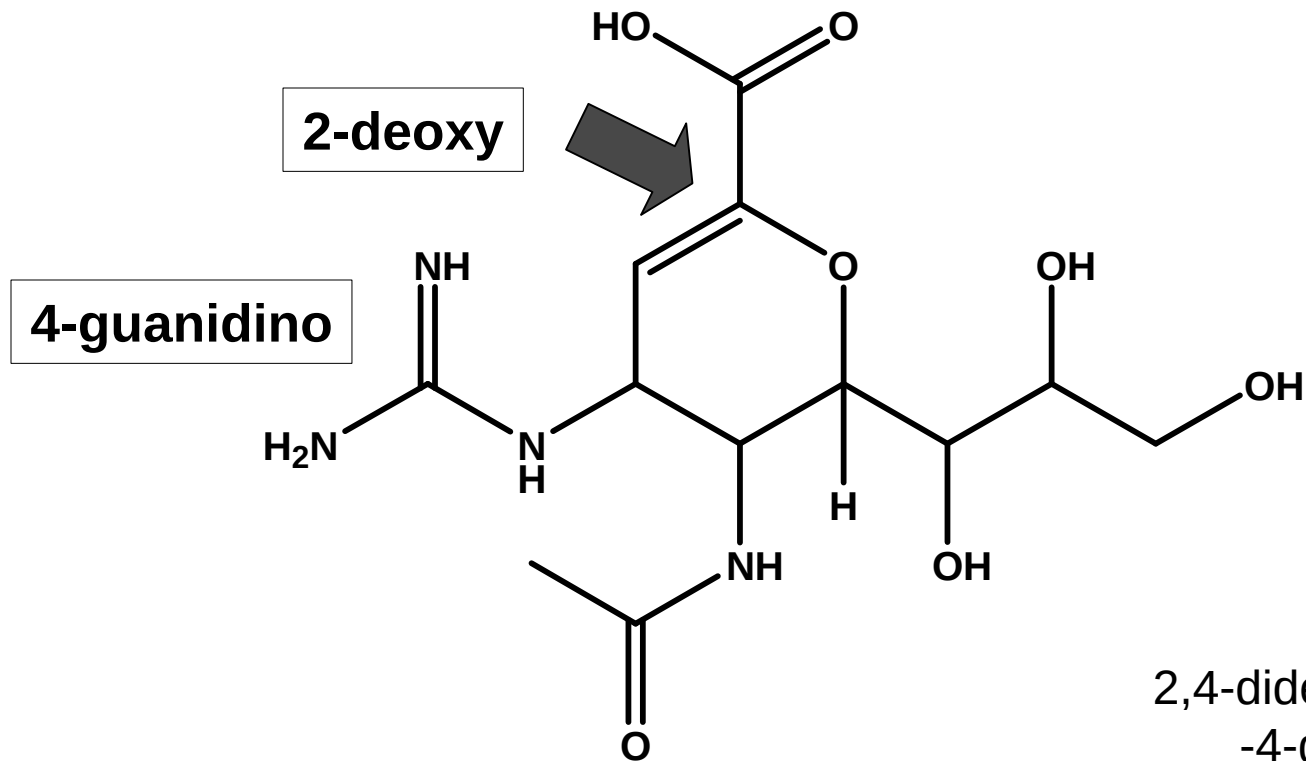


4-deoxy-4-amino ...

4-deoxy-4-guanidino...

interaction avec 1 puis 2 résidus conservés

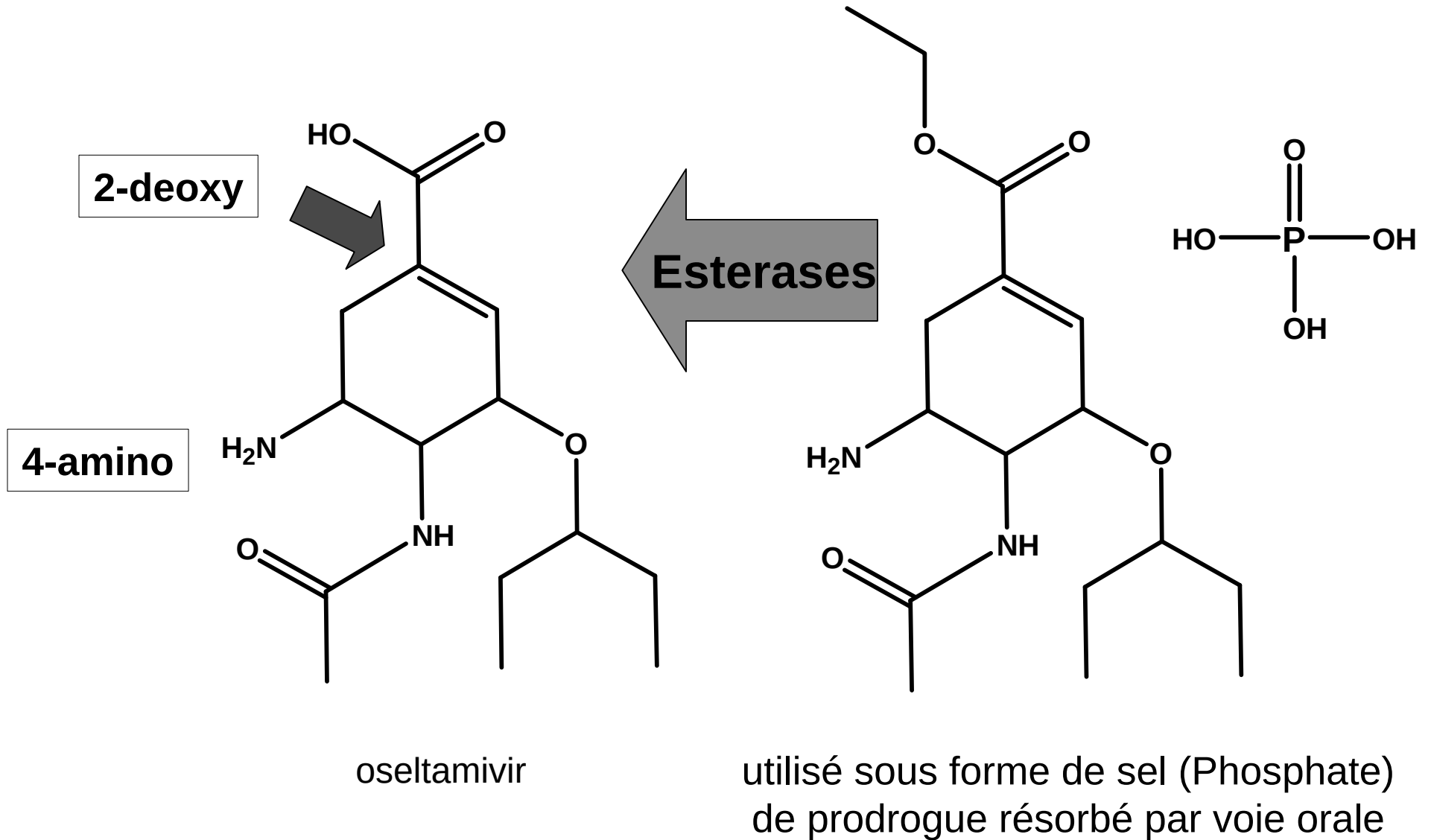
Le zanamivir

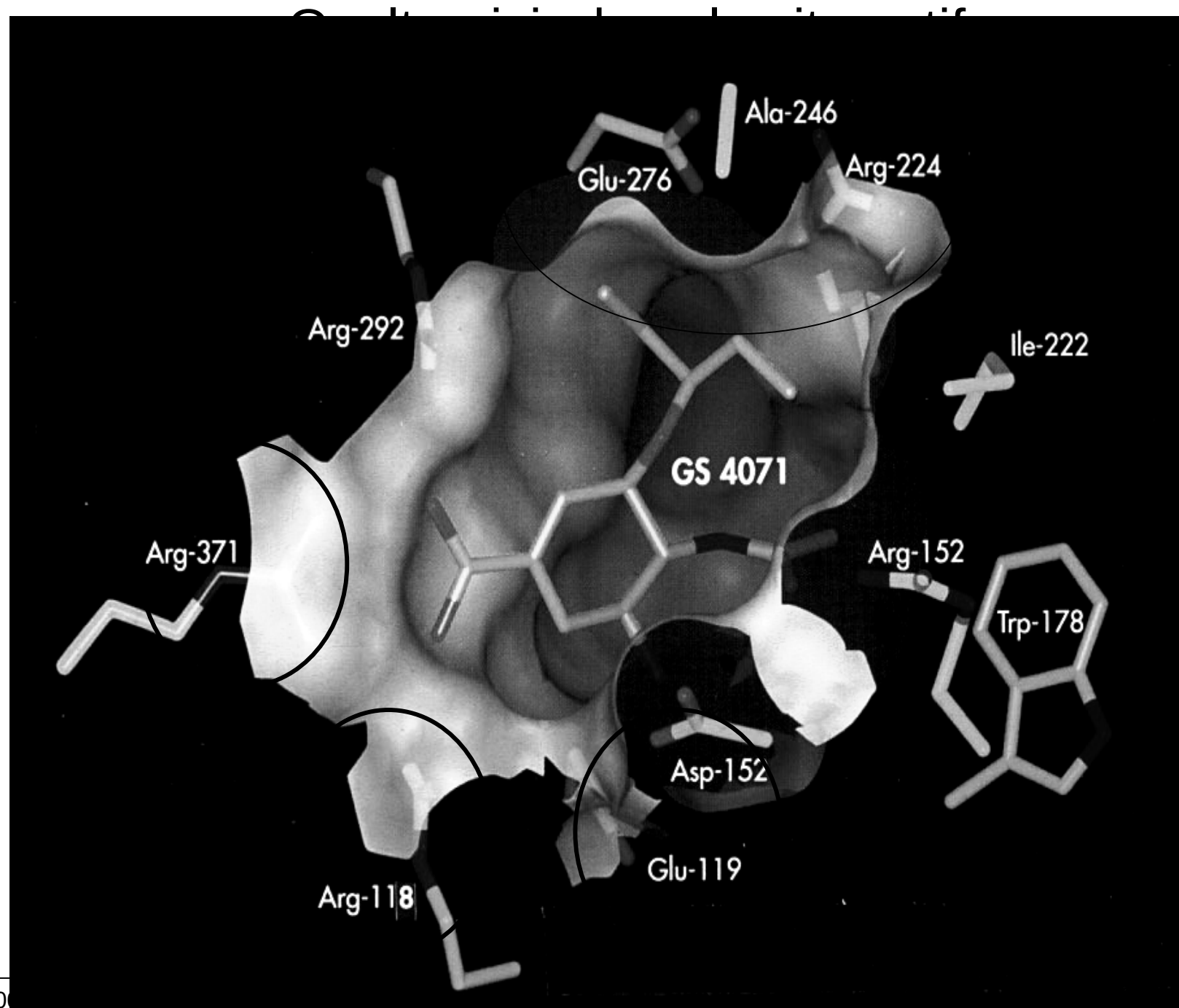


2,4-dideoxy-2,3-didehydro
-4-guanidino-D-N-
acetylneuraminic acid

von Itzstein et al., Nature (1993) 363: 418-423, 1993

L'oseltamivir





Résistance: mutation de la cible

Neuraminidase

119 Glu → Gly:

- Résistance au zanamivir
(Glu 119 interagit avec guanidinium)

292 Arg → Lys (R292K):

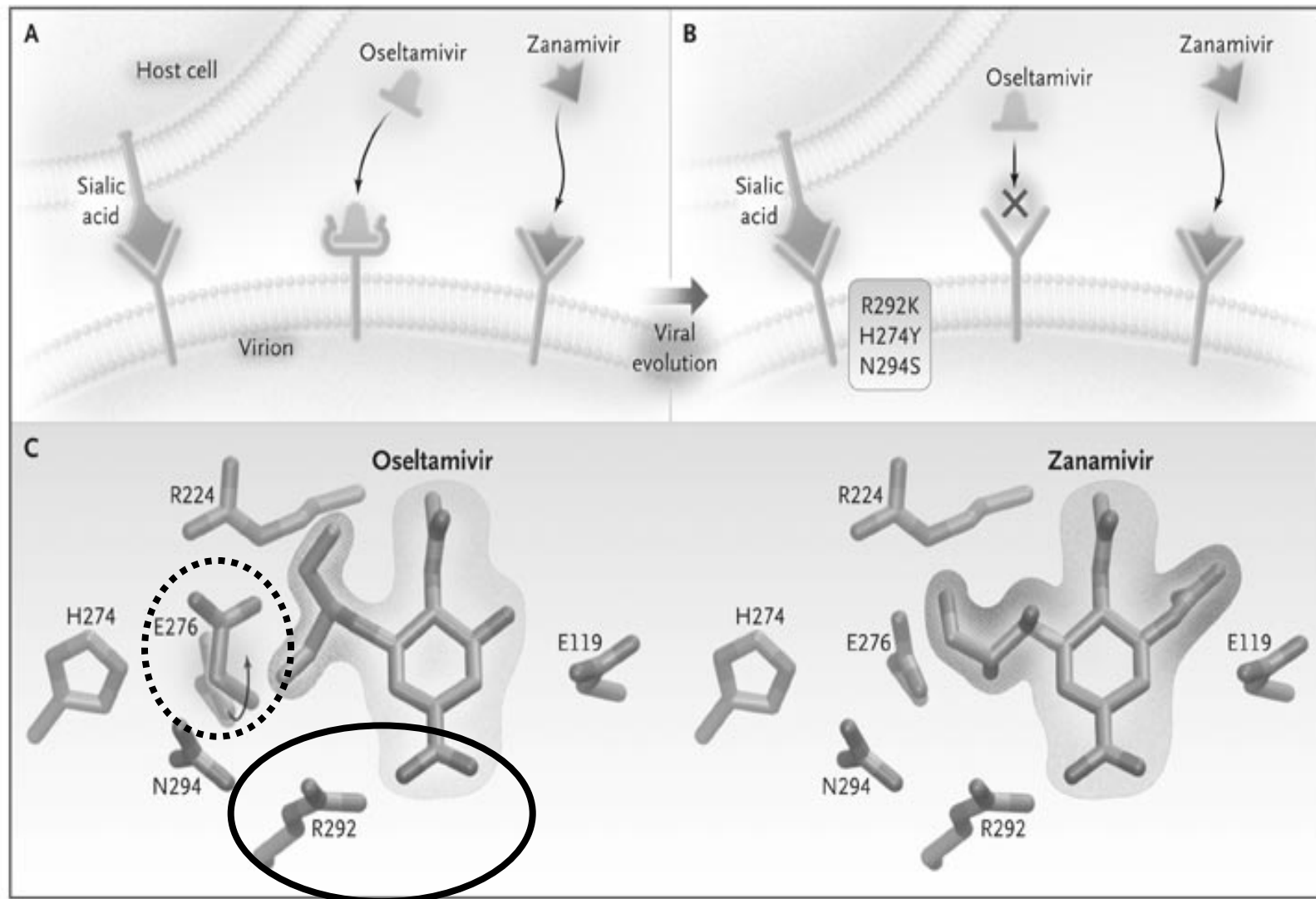
- Résistance à l'oseltamivir
(Arg 292 interagit avec acide carboxylique mais conformation de la poche enzymatique adhoc pour le zanamivir)

274 His → Tyr (H274Y) et 294 Asn → Ser (N294S)

- Résistance à l'oseltamivir

Hemagglutinine

Certaines mutations (198 Thr → Ile) diminuent l'affinité pour le récepteur



Moscona, A. *N Engl J Med* (2005)353:2633-2636

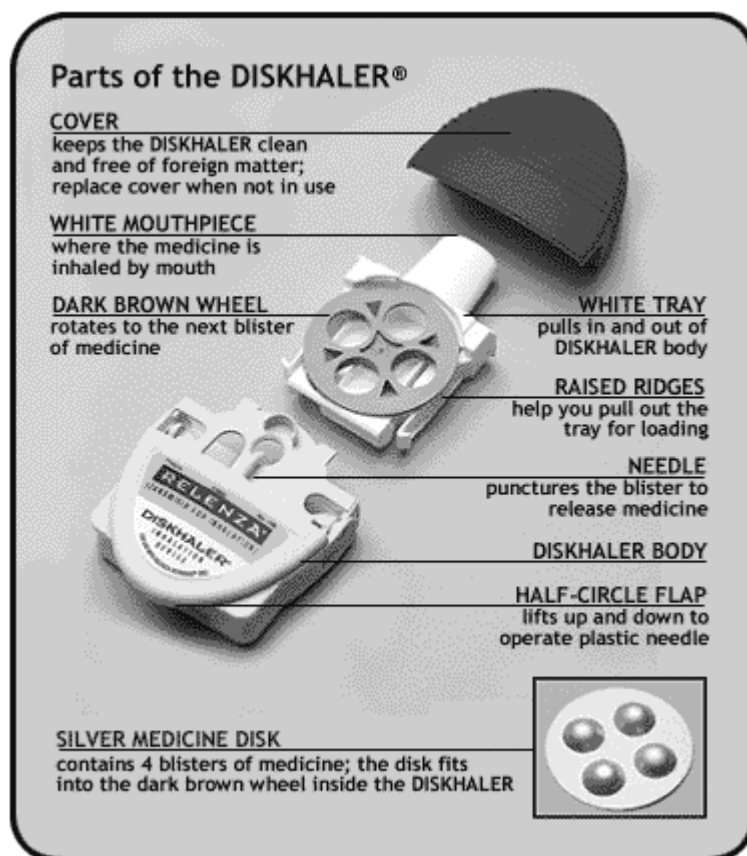
Mechanism of Resistance to Oseltamivir.

The neuraminidase active site changes shape to create a pocket for oseltamivir, whereas it accommodates zanamivir without such a change (Panel A). Any of several mutations may prevent the binding of oseltamivir by preventing the formation of this pocket (Panel B); the oseltamivir-resistant virus can nonetheless bind to the host-cell sialic acid receptor and to zanamivir. The pocket for oseltamivir, illustrated by key amino acids in Panel C, is created by the rotation of E276 and bonding of the amino acid to R224 — events that are prevented by the mutations R292K, N294S, and H274Y and therefore result in resistance to oseltamivir. An E119V mutation may permit the binding of a water molecule in the space created by the smaller valine, also interfering with oseltamivir binding. None of these mutations prevent the binding of zanamivir or of the natural sialic acid substrate.

Comparaison des inhibiteurs de neuraminidase

propriété	zanamivir	oseltamivir
spectre	Influenza A et B	
Voie d'administration	Inhalation 10 mg 2X/jour	Voie orale: 75-150 mg 2 X/jour
Traitement (5 jours)	↘ durée des symptômes – grippe saisonnière	
Prophylaxie	4 semaines: ↘ du nb de personnes malades	6 semaines: ↘ du nb de personnes malades
Activité sur H5N1	Peu efficace chez les patients contaminés	
tolérance	Bonne sauf path. respir.	bonne

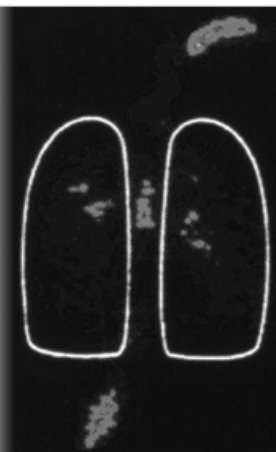
Zanamivir: voie d'administration



RELENZA Distribution to Respiratory Tract Case Study

- RELENZA
- Higher Concentrations of RELENZA

Adapted from Cass LMR et al.
Clin Pharmacokinet. 1999;36(suppl 1):21-31, with permission.



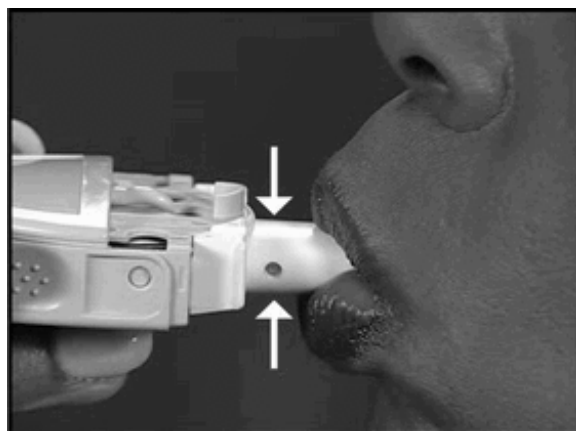
<http://www.relenza.com/how-to-use-diskhaler.jsp?languages=French>

Zanamivir: comment l'administrer correctement ?



<http://www.relenza.com/how-to-use-diskhaler.jsp?languages=French>

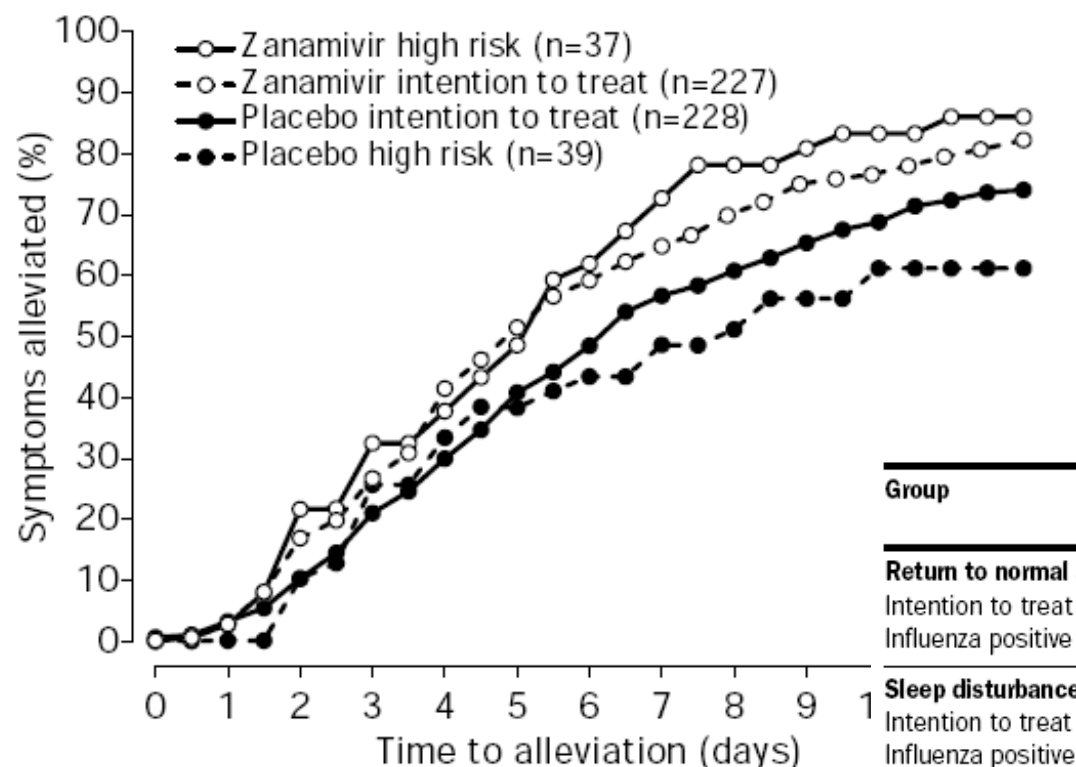
Zanamivir: comment l'administrer correctement ?



1 dose: = 2 cupules

<http://www.relenza.com/how-to-use-diskhaler.jsp?languages=French>

Zanamivir: efficacité clinique



On gagne 1-2 jours ...

Group	No of patients	Median	No of patients	Median	Difference (95% CI)	p
Return to normal activities (days)						
Intention to treat	228	9.0	227	<7.0	2.0 (0 to 4.0)	<0.001
Influenza positive	160	9.0	161	<7.0	2.0 (0.25 to 4.0)	<0.001
Sleep disturbance (days of 13)						
Intention to treat	228	3	223	3.0	0 (-1.0 to 1.0)	0.088
Influenza positive	160	3.0	159	2.0	1.0 (0 to 1.5)	0.047
Number of paracetamol tablets (days 1-4)						
Intention to treat	228	12	224	14.0	-2 (-6 to 0)	0.291
Influenza positive	160	13	159	14.0	-1 (-5 to 2)	0.854
Number of cough mixture spoonfuls (days 1-14)						
Intention to treat	228	9	224	7.0	2 (-3 to 5)	0.738
Influenza positive	160	12	159	7.0	5 (-1 to 9)	0.045

Table 3: Sleep disturbance, return to normal activities, and use of relief medications

The Lancet (1998) 352: 1877-1881

Zanamivir: efficacité en prophylaxie

Table 2. Efficacy of Zanamivir in Prevention of Influenza Infection and Disease*

Outcome	Frequencies in Study Groups, No. (%)		Odds Ratio (95% CI)	Estimated Risk Ratio (95% CI)	Efficacy, 1 – Risk Ratio (95% CI), %
	Placebo (n = 554)	Zanamivir (n = 553)			
Laboratory-confirmed clinical influenza	34 (6)	11 (2)	0.31 (0.14-0.64)†	0.33 (0.17-0.61)	67 (39-83)
Laboratory-confirmed influenza with fever	19 (3)	3 (<1)	0.15 (0.03-0.53)†	0.16 (0.06-0.45)	84 (55-94)
All febrile illnesses	58 (10)	33 (6)	0.54 (0.34-0.86)‡	0.57 (0.38-0.86)	43 (14-62)
Influenza infection with or without illness	77 (14)	53 (10)	0.66 (0.44-0.97)§	0.69 (0.50-0.96)	31 (4-50)

*CI indicates confidence interval.

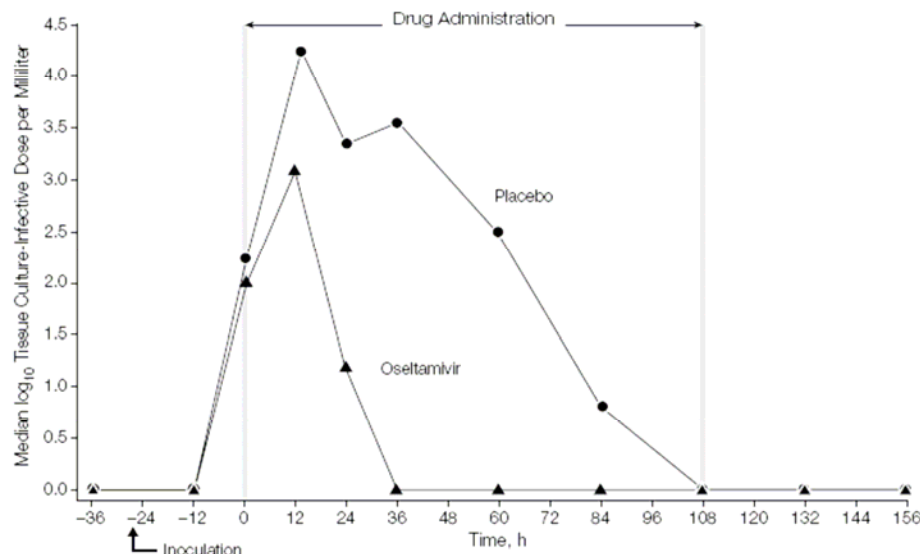
† $P \leq .001$.

‡ $P = .009$.

§ $P = .03$.

Et l'oseltamivir ?

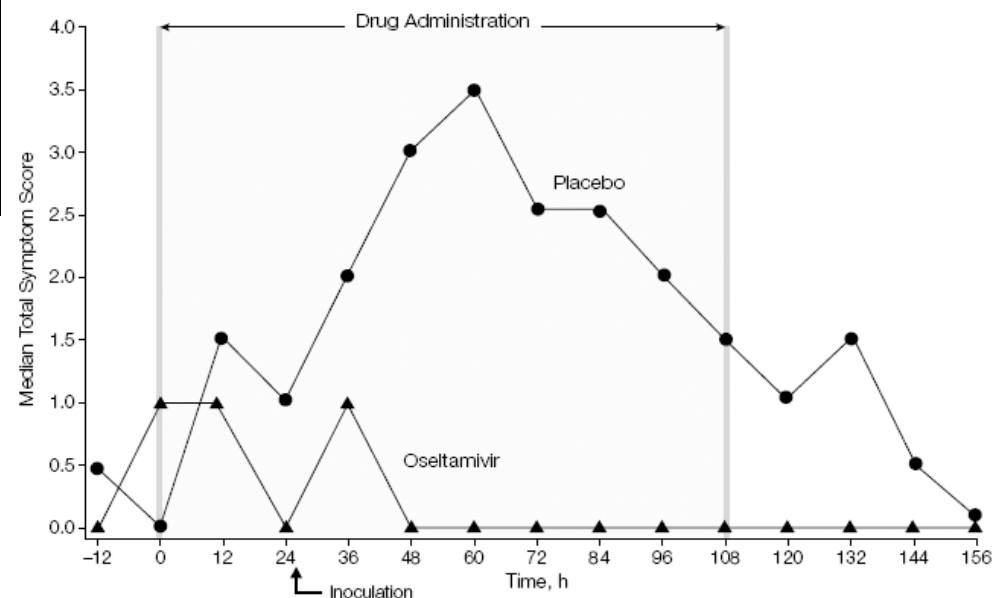
Figure 3. Effect of Oral Oseltamivir Treatment on Viral Titers in Nasal Lavages Following Experimental Influenza A/Texas/36/91(H1N1) Infection



Traitement :
On gagne 1-2 jours ...

Prophylaxie :
efficace

Figure 2. Effect of Oral Oseltamivir Prophylaxis on Illness Following Experimental Influenza A/Texas/36/91(H1N1) Inoculation



The total symptom score area under the curve value was lower in the combined oseltamivir groups (n = 21) compared with placebo (n = 12); $P = .02$. Fourteen symptoms related to influenza were included in the score.

JAMA (1999) 282:31-36

Zanamivir: effets secondaires et contre-indications

Important Safety Information

RELENZA IS NOT RECOMMENDED FOR TREATMENT OR PROPHYLAXIS OF INFLUENZA IN INDIVIDUALS WITH UNDERLYING AIRWAY DISEASE (SUCH AS ASTHMA OR CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE).

- ♦ **Serious cases of bronchospasm, including fatalities, have been reported during treatment with RELENZA in patients with and without underlying airway disease. Many of these cases were reported during postmarketing, and causality was difficult to assess**
- ♦ **RELENZA SHOULD BE DISCONTINUED IN ANY PATIENT WHO DEVELOPS BRONCHOSPASM OR DECLINE IN RESPIRATORY FUNCTION; immediate treatment and hospitalization may be required**
- ♦ RELENZA has not been proven effective for treatment of influenza in individuals with underlying airways disease.
- ♦ If treatment with RELENZA is considered for a patient with underlying airway disease, the potential risks and benefits should be carefully weighed. If a decision is made to prescribe RELENZA for such a patient, this should be done only under conditions of careful monitoring of respiratory function, close observation, and appropriate supportive care including availability of fast-acting bronchodilators
- ♦ Common adverse events in treatment and prophylaxis studies with RELENZA were nausea, diarrhea, sinusitis, viral respiratory infections, headaches, nasal signs and symptoms. The incidence of these adverse events was similar in both groups for RELENZA and placebo-treated groups

Bénéfice potentiel des inhibiteurs de neuraminidase

Thérapeutique:

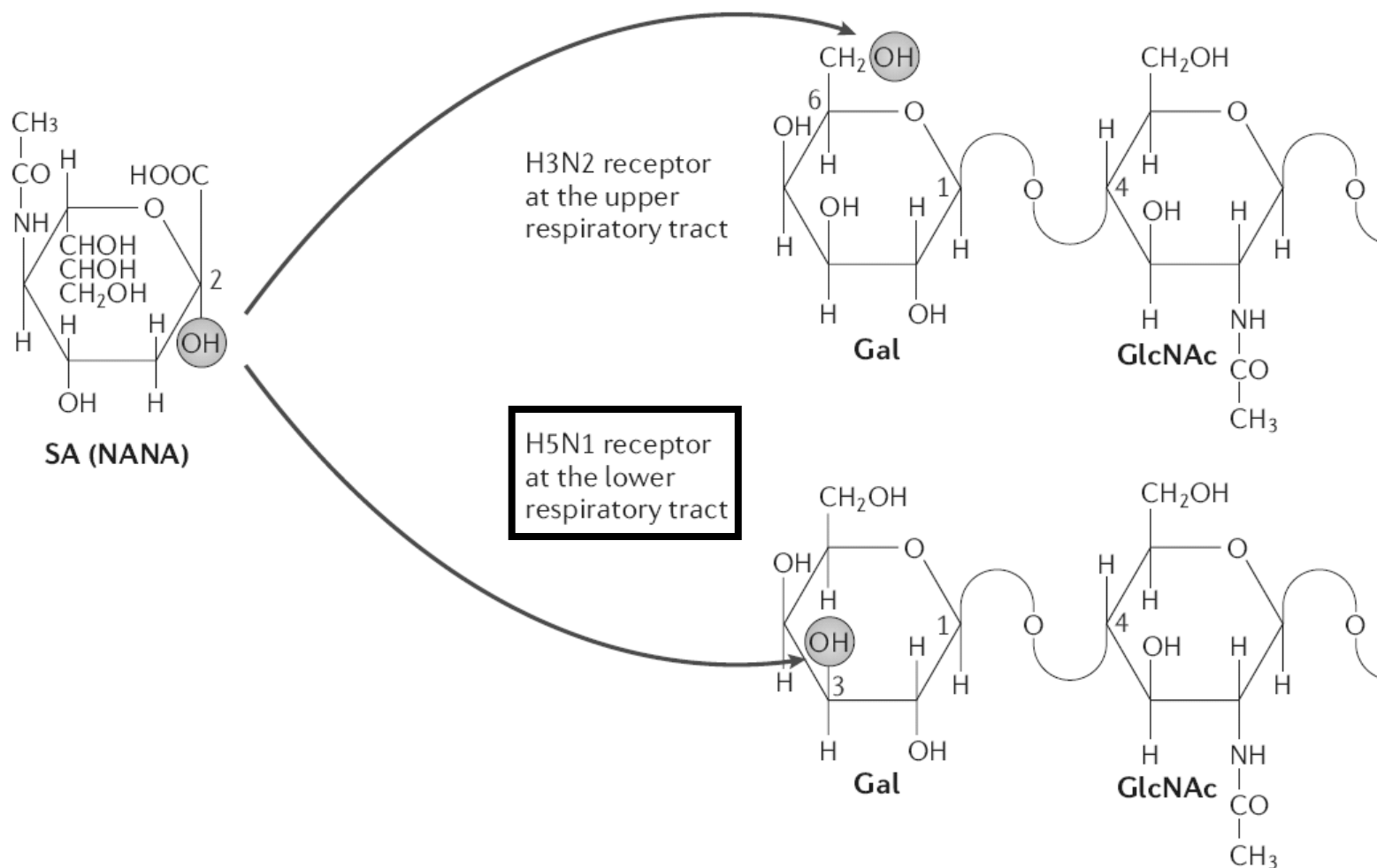
- ↘ durée des symptômes de 1-2 jours
- ↘ risque de transmission du virus
- ↘ risque de complications (sinusite, bronchite)
- ↘ usage d'antibiotiques

Prophylaxie:

- Prévention saisonnière de l'infection

Panique à bord: A quand la grippe aviaire ?

Pourquoi est-elle si redoutable ?



De Clercq, Nature Drug Discovery (2006) 5:1015-25

Panique à bord: A quand la grippe aviaire ?

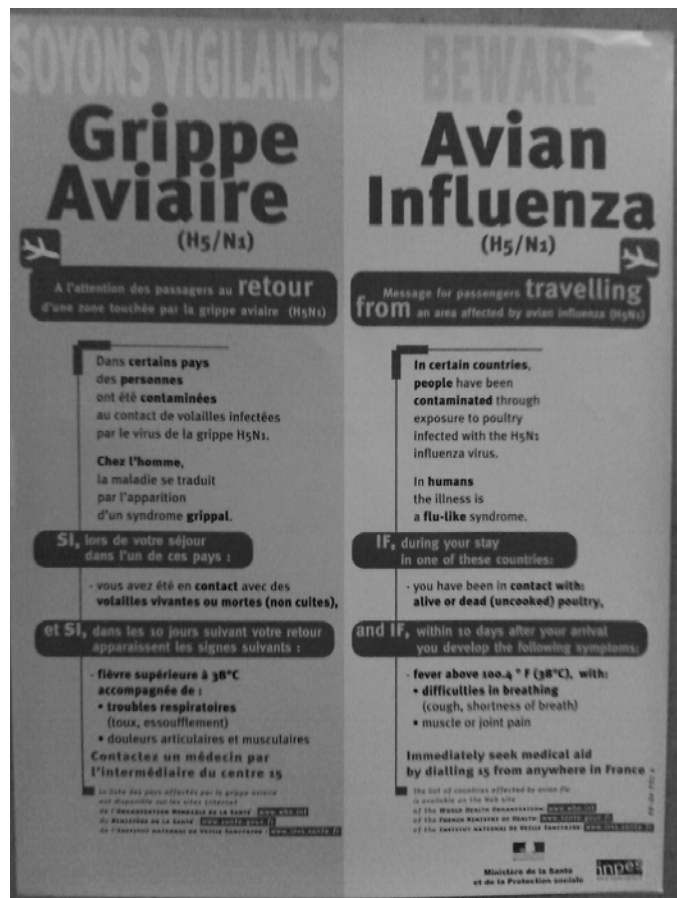
Stockpiling of Antivirals



Objectif :
30% de la population belge devrait
avoir accès au traitement dès 2008



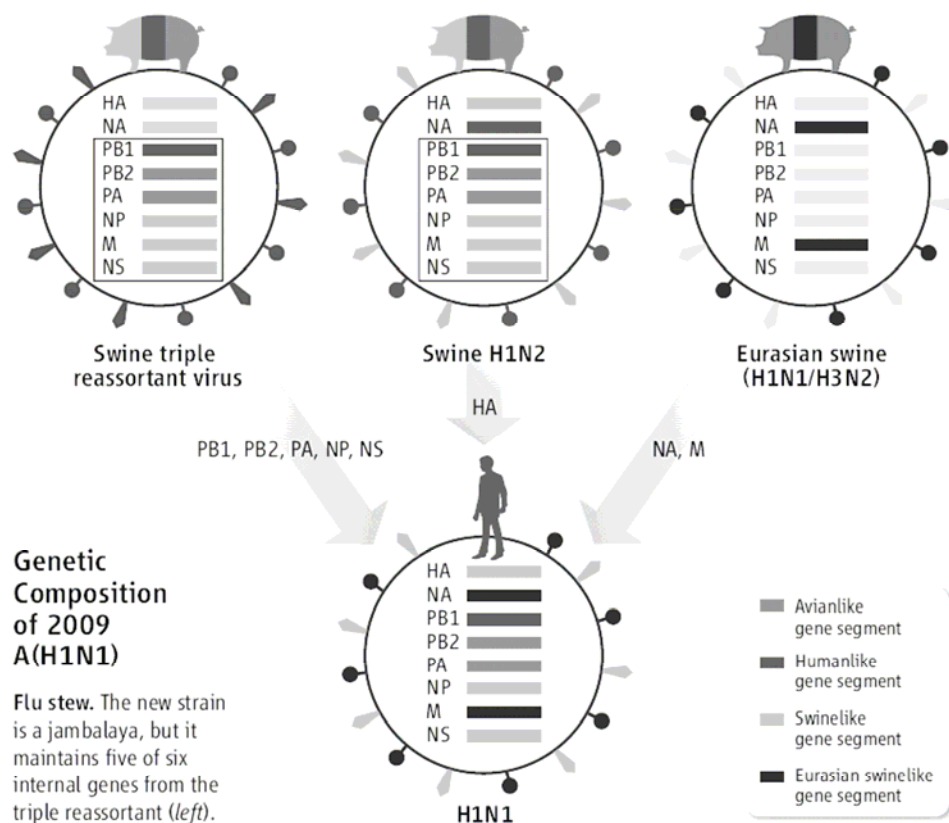
Panique à bord: A quand la grippe aviaire ?



Conseils aux voyageurs

- Vérifier la liste des pays concernés
- Éviter le contact avec la volaille
- Hygiène des mains en toutes circonstances
- Hygiène culinaire, dont la cuisson
- Pas d'antiviraux en préventif
- Consulter un médecin si fièvre < 7 jours après le retour

Nouvelle panique à bord: le H1N1



Science (2009) 325: 140 – 141
Nature (2009), 459: 931-939

Table 2 | Determinants of viral pathogenicity

Protein	Position	Pathogenicity		Swine-origin H1N1 viruses	Function
		Low	High		
PB2	627	Glu	Lys	Glu	Replicative ability in some mammals, including humans
	701	Asp	Asn	Asp	Nuclear import kinetics affecting replicative ability in mice
PB1-F2	66	Asn	Ser	Truncated (11 aa)	Induction of apoptosis
HA	Cleavage site	Single basic aa	Multiple basic aa	Single basic aa	HA cleavage
NS1	92	Asp	Glu	Asp	Unknown (interferon response?)
	C terminus	Arg-Ser-Glu-Val, deletion	Glu-Ser-Glu-Val	11 C-terminal aa truncated	Unknown

Nouvelle panique à bord: le H1N1

CDC Estimates of 2009 H1N1 Cases and Related Hospitalizations and Deaths from April-October 17, 2009, By Age Group

2009 H1N1	Mid-Level Range*	Estimated Range *
Cases		
0-17 years	~8 million	~5 million to ~13 million
18-64 years	~12 million	~7 million to ~18 million
65 years and older	~2 million	~1 million to ~3 million
Cases Total	~22 million	~14 million to ~34 million
Hospitalizations		
0-17 years	~36,000	~23,000 to ~57,000
18-64 years	~53,000	~34,000 to ~83,000
65 years and older	~9,000	~6,000 to ~14,000
Hospitalizations Total	~98,000	~63,000 to ~153,000
Deaths		
0-17 years	~540	~300 to ~800
18-64 years	~2,920	~1,900 to ~4,600
65 years and older	~440	~300 to ~700
Deaths Total	~3,900	~2,500 to ~6,100

Seasonal Influenza-Associated Hospitalizations in the United States

An average estimated 200,000 flu-related hospitalizations occur in the United States each year, with about 60 percent of these hospitalizations occurring in people 65 years and older.

Seasonal Influenza-Associated Deaths

Flu-associated mortality varies by season because flu seasons often fluctuate in length and severity. CDC estimates that about 36,000 people died of flu-related causes each year, on average, with 90 percent of these deaths occurring in people 65 years and older

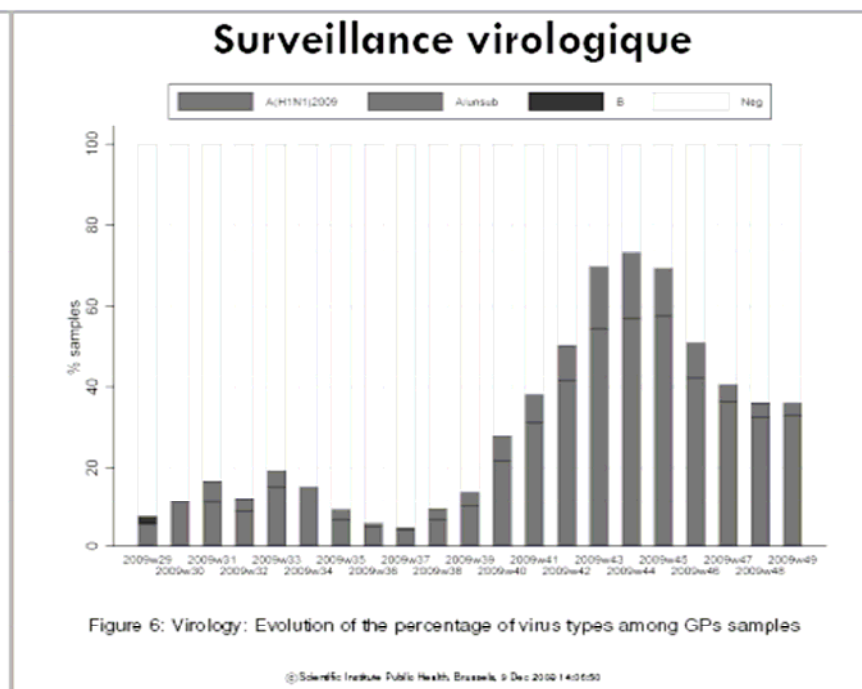
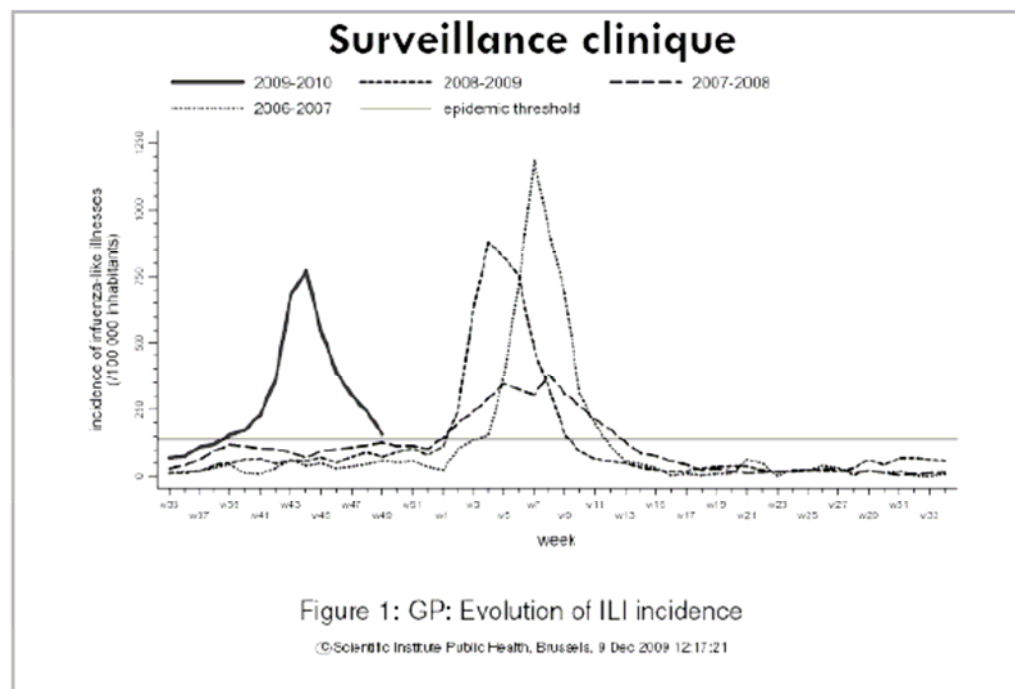
Nouvelle panique à bord: le H1N1

Mortality Associated with Influenza Pandemics and Selected Seasonal Epidemic Events, 1918–2009.*		
Years	Circulating Virus (Genetic Mechanism)	Excess Deaths from Any Cause <i>no. per 100,000 persons/yr</i>
1918–1919	H1N1 (viral introduction), pandemic	598.0
1928–1929	H1N1 (drift)	96.7
1934–1936	H1N1 (drift)	52.0
1947–1948	H1N1 A' (intrasubtypic reassortment)	8.9
1951–1953	H1N1 (intrasubtypic reassortment)	34.1
1957–1958	H2N2 (antigenic shift), pandemic	40.6
1968–1969	H3N2 (antigenic shift), pandemic	16.9
1972–1973	H3N2 A Port Chalmers (drift)	11.8
1975–1976	H3N2 (drift) and H1N1 ("swine flu" outbreak)	12.4
1977–1978	H3N2 (drift) and H1N1 (viral return)	21.0
1997–1999	H3N2 A Sydney (intrasubtypic reassortment) and H1N1 (drift)	49.5
2003–2004	H3N2 A Fujian (intrasubtypic reassortment) and H1N1 (drift)	17.1
2009	H3N2 and H1N1 (drift) and swine-origin H1N1 (viral introduction), pandemic	?

* Mortality data include deaths associated with all influenza A and B viruses combined. Many of these data have been calculated with the use of differing methods and may not be strictly comparable.^{1,2} The 1934, 1951, and 1997 data span 2 years.

NEJM (2009) 361:225-229

Nouvelle panique à bord: le H1N1 en Belgique



Mesures d'impact :

- *Absentéisme au travail* : Stable.
- *Absentéisme à l'école* : Stable
- *Admissions à l'hôpital* : En diminution
- *Suivi de la mortalité* : Pas d'excès de mortalité attribuable à la grippe.

<http://www.iph.fgov.be/flu/FR/22FR.htm>

Nouvelle panique à bord: le H1N1 en Belgique

a) **Evolution générale :**

En Belgique, l'épidémie de grippe A(H1N1)2009 a commencé à la semaine 40 (début du mois d'octobre). L'activité grippale a progressé jusqu'à la semaine 44 (fin du mois d'octobre) et diminue depuis la semaine 45. A la semaine 49, l'activité grippale répond tout juste aux critères épidémiques. Le virus circule toujours modérément dans la population et une réactivation de l'épidémie reste possible.

Pour rappel, les trois critères épidémiques sont :

- 1) taux de consultation $> 141/100.000$ habitants
- 2) $> 20 \%$ d'échantillons positifs collectés par les médecins vigies
- 3) Activité grippale dans les pays limitrophes $\geq$ activité moyenne

b) **Surveillance clinique :** Le taux de consultations pour syndromes grippaux a diminué pour atteindre $157/100.000$ habitants [IC 95% : $135/100.000 - 182/100.000$] sur la population générale. Notons que le seuil épidémique, estimé à $141/100.000$ habitants, est inclus dans l'intervalle de confiance, ce qui confirme que nous sommes à la limite pour ce critère de l'épidémie.

c) **Surveillance virologique :** 36% [IC 95 % : $24 \% - 48 \%$] des échantillons prélevés par les médecins vigies sont positifs pour un virus Influenza A. Ce résultat, identique à la semaine précédente, est légèrement supérieur à la limite du critère épidémique qui est de 20% . Le virus Influenza continue donc à circuler modérément dans la population.

Le virus Influenza circulant est toujours le virus A(H1N1)2009. Parmi les autres virus respiratoires, le VRS (virus respiratoire syncytial) présent parmi les enfants de 0 à 5 ans explique le taux d'infections respiratoires (ARI) dans ce groupe.

<http://www.iph.fgov.be/flu/FR/22FR.htm>

Nouvelle panique à bord: le H1N1 en Belgique

Table 1: Consultation rates per 100,000 inhabitants at three times: the peak of the last seasonal outbreak (week 4), the first peak of the current outbreak (week 44) and the week of reporting (49)

	Week 4 (2009)	Week 44 (2009)	Week 49 (2009)
Agegroup	<i>A(H3N2) seasonal peak</i>	<i>A(H1N1)2009</i>	<i>A(H1N1)2009</i>
< 5 years	1,268	1,328	340
5 - 14 years	1,192	2,076	278
15 - 64 years	934	662	141
≥ 65 years	363	153	65
Total	881	774	157

Table 1 shows that during this epidemic, the consultation rate among adults remained lower than in the last seasonal epidemic. An important group of adults remains potentially susceptible to contract and disseminate the disease.

Table 2 shows that, in week 49, the mean number of ILI consultations at GPs practices continues to decline, reflecting the decrease in the epidemic in the last 4 weeks.

Table 2: Mean number of cases reported per sentinel GPs during the A(H1N1)2009 epidemic at the start of the epidemic (week 40), at the first peak (week 44) and in the last 4 weeks.

Week	Number of reporting GPs	Number of ILI reported	Mean number of ILI per GP	Number of ARI reported	Mean number of ARI per GP
40 (start)	154	254	1.6	2,538	16
44 (peak)	153	1124	7.3	3,071	20
46	141	522	3.7	1,953	14
47	140	403	2.9	1,934	14
48	140	324	2.3	1,810	13
49	122	183	1.5	1,558	13

<http://www.iph.fgov.be/flu/FR/22FR.htm>

Nouvelle panique à bord: le H1N1 en Belgique

Figure 5: Weekly hospitalization rates per age groups

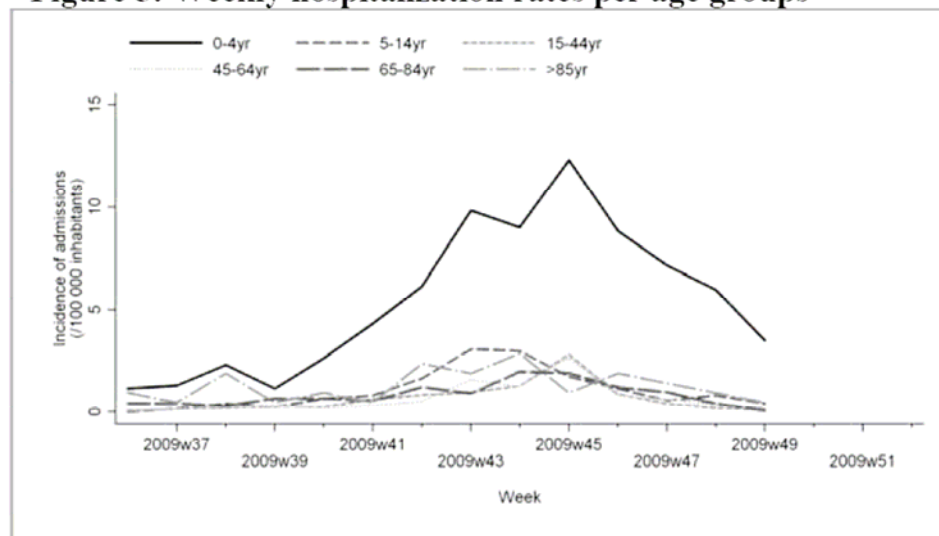


Figure 13: Absenteeism in Schools French-speaking community

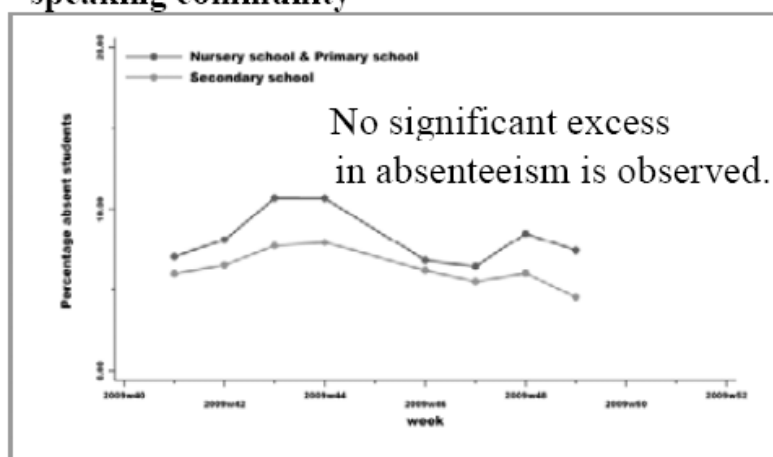
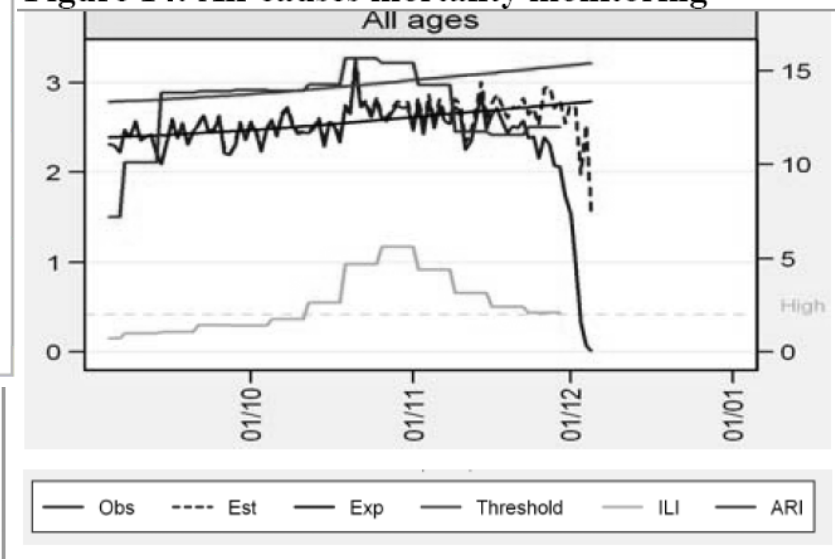


Figure 14: All-causes mortality monitoring



In November, no excess of mortality attributed to Influenza has been detected.

<http://www.iph.fgov.be/flu/FR/22FR.htm>

Nouvelle panique à bord: le H1N1

Comment éviter la propagation de la grippe ?

La grippe (ou influenza) est causée par un virus qui contamine le système respiratoire (nez, gorge, bronches et parfois les poumons). Il se transmet d'individu à individu par contact direct ou indirect. L'infection peut durer plus d'une semaine et se limiter à quelques symptômes. Mais elle peut aussi engendrer des complications.

Les symptômes de la maladie sont : une forte fièvre soudaine, douleurs musculaires, maux de tête et malaise général. D'autres symptômes possibles sont fatigue, toux, éternuements, congestion et irritation du nez, des yeux, de la gorge et des oreilles.

Les principaux groupes à risque sont les personnes âgées et les malades chroniques.

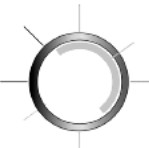
- **Lavez-vous les mains régulièrement**
En vous lavant les mains, vous vous protégez contre tout contact, direct et indirect, avec le virus de la grippe. Par contact direct, on entend par exemple le fait de serrer la main à une personne infectée qui s'est touchée la bouche ou le nez. Ou qui, en toussant ou en éternuant, s'est couvert la bouche ou le nez avec la main. Par contact indirect, il faut comprendre le fait de toucher par exemple une poignée de porte, un robinet ou un mouchoir usagé qui a été manipulé par une personne infectée.
- **Couvrez-vous la bouche et le nez avec un mouchoir en papier lorsque vous éternuez**
Les gouttelettes sont projetées sur une courte distance, de sorte que les personnes les plus susceptibles d'être infectées sont celles situées à proximité (moins d'un mètre) de personnes infectées qui toussent ou éternuent sans se couvrir la bouche ou le nez.
- **Débarrassez-vous de vos mouchoirs correctement**
Le virus de la grippe peut survivre temporairement hors de l'organisme. Il peut donc aussi être transmis par des objets inanimés récemment contaminés tels que des mouchoirs. Il est donc important de toujours jeter les mouchoirs utilisés dans une poubelle (si possible avec couvercle).
- **En l'absence de mouchoir, couvrez-vous la bouche et le nez**
Si vous n'avez pas de mouchoir, placez votre main sur votre bouche et votre nez lorsque vous éternuez ou que vous toussiez. Cela aidera à éviter la propagation du virus. Lavez-vous ensuite directement les mains.
- **Si vous êtes malade, restez à la maison**
La personne contaminée est la plus contagieuse dès l'apparition des premiers symptômes. Il est donc conseillé de rester à la maison. Si votre état empire, prenez contact avec votre médecin.





www.influenza.be

Commissariat interministériel Influenza

 Commissariat interministériel Influenza

0800/99.777

Brochure d'information à la population

Vaccination contre la grippe pandémique A/H1N1

Pourquoi une campagne de vaccination ?

La grippe A/H1N1 est provoquée par un nouveau virus contre lequel personne n'est protégé. C'est pourquoi cette nouvelle grippe touche le monde entier et que l'on parle d'une pandémie. Le vaccin utilisé contre la grippe saisonnière n'offre aucune protection contre la grippe A/H1N1. Un nouveau vaccin a donc été développé. Ce vaccin est important car certaines personnes courent un risque de complications ou même décèdent après avoir contracté la grippe. La vaccination peut donc sauver des vies. La vaccination sert avant tout à se protéger, mais aussi à protéger les personnes les plus fragiles qui nous entourent.

La vaccination, pour qui ?

La vaccination contre la grippe A/H1N1 est uniquement conseillée à certains groupes de la population :

- les **médecins et le personnel soignant**. Parce qu'ils sont en contact avec de nombreux patients, il est préférable qu'ils ne propagent pas la grippe aux personnes déjà affaiblies.
- les **personnes atteintes d'une maladie chronique**, pour éviter des complications graves en cas de grippe, voire un décès.
- toute **personne travaillant dans l'enseignement, dans l'accueil d'enfants ou dans une profession en lien avec des enfants**, pour protéger les enfants et garantir une disponibilité.
- les **femmes enceintes et les femmes en programme de fécondation assistée** parce qu'elles présentent temporairement moins de résistance.
- les **parents d'enfant de moins de 6 mois**, afin de protéger leur enfant contre la maladie.

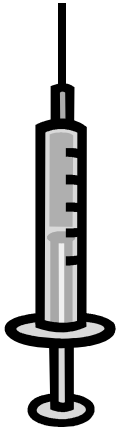
S'ils le souhaitent, tous ces groupes peuvent recevoir **gratuitement** la vaccination. Mais la vaccination n'est pas obligatoire.

www.influenza.be - info@influenza.be

Pharmacothérapie de la grippe

- Traitement symptomatique
 - antipyrétiques
 - éviter aspirine chez les enfants (syndrome de Reye)
 - selon les symptômes: décongestionnants, antitussifs
- Traitement antiviral
 - intérêt assez limité en traitement ...
 - commencer < 36 heures après le début des symptômes
 - prophylaxie de l'environnement familial ?
- Suivre la survenue de complications (personnes à risque!)
- Vaccination !

Recommandations de vaccination (grippe saisonnière)



- Personnes à risque de complication:
 - > 65 ans
 - personnes vivant en institutions
 - co-morbidités
- Personnes susceptibles de transmettre la maladie à des personnes à risque (personnel médical, ...)

Recommandations de vaccination (grippe H1N1)

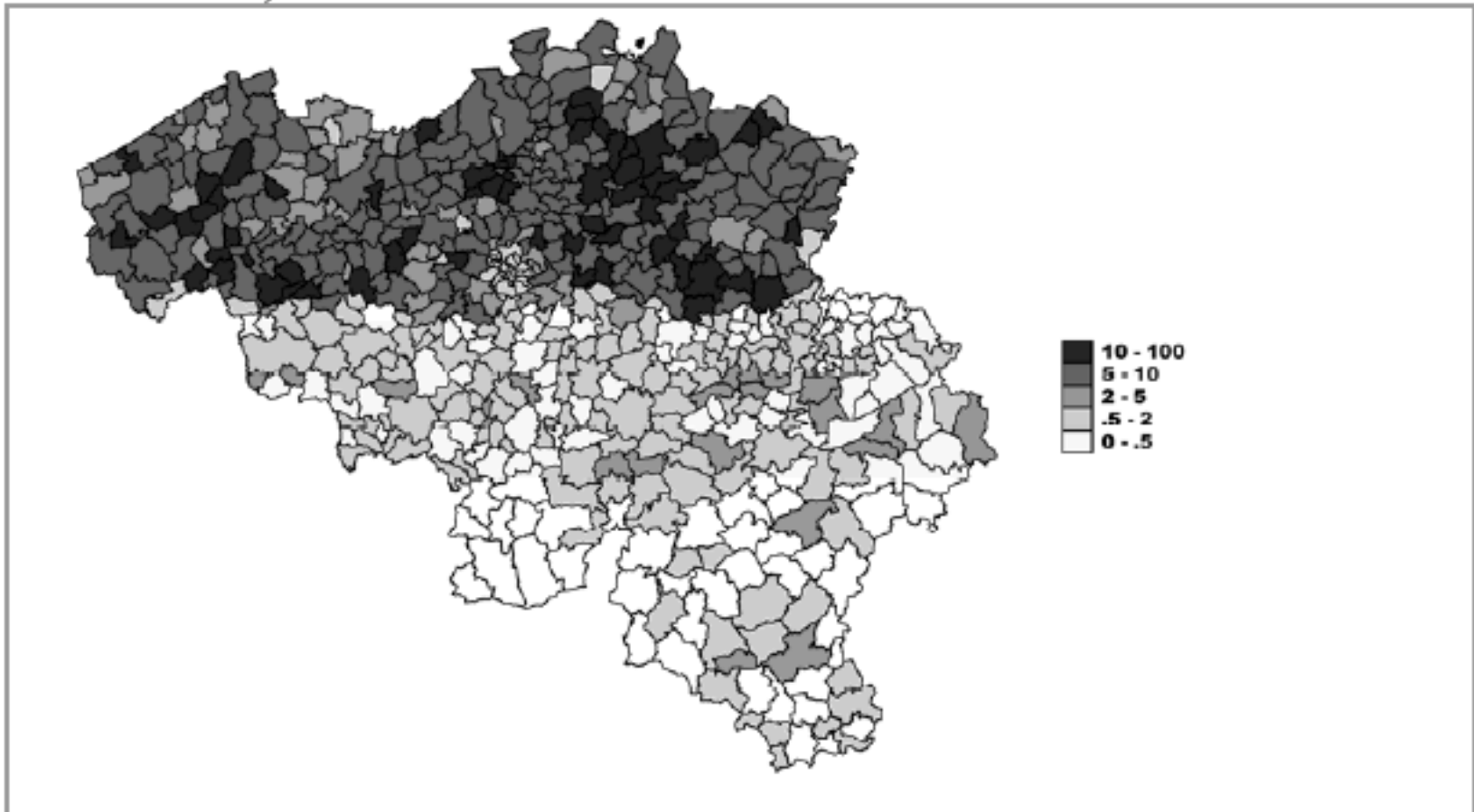
- médecins et les professionnels de santé
- personnes de plus de 6 mois qui courent un risque médical
- toute personne travaillant dans l'enseignement, dans l'accueil d'enfants ou dans une profession en lien avec des enfants
- femmes enceintes et femmes en programme de procréation médicalement assistée
- parents ayant des enfants de moins de 6 mois



Plus d'information sur <www.influenza.be>

Recommandations de vaccination (grippe H1N1)

Figure 15: Map of the proportion of vaccinated populations as reported per communes (24 November 2009)

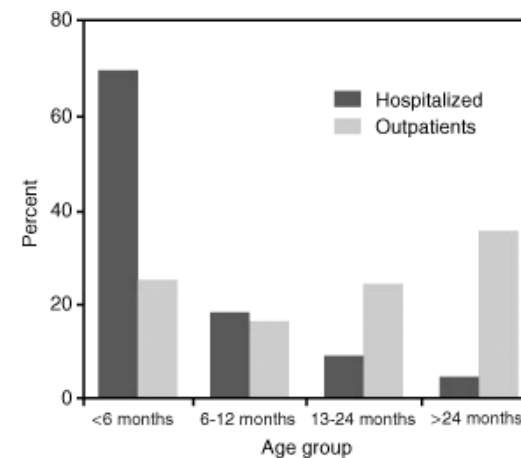
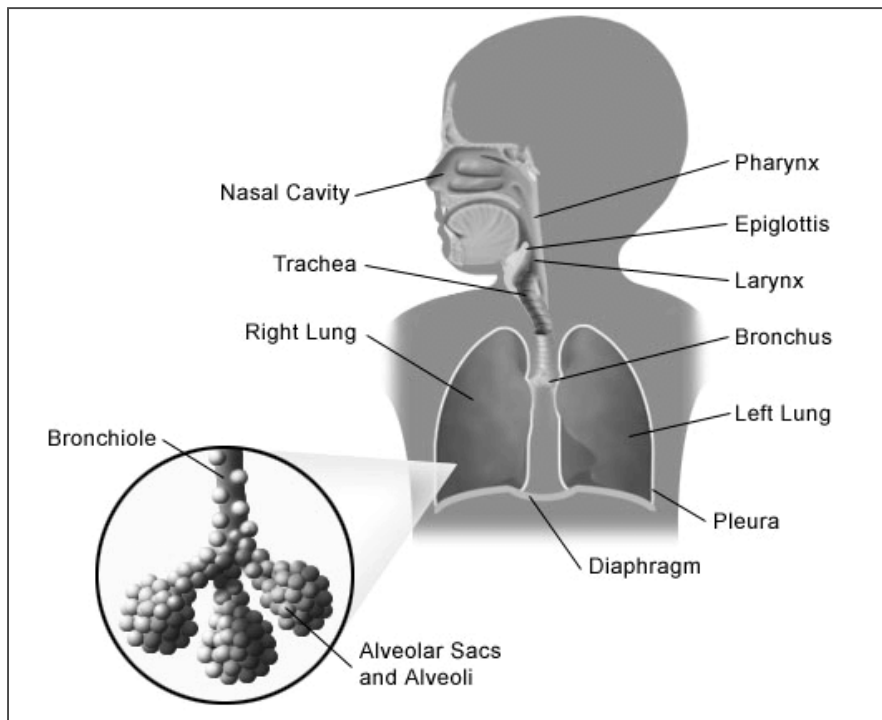


ANTIVIRAUX ACTIFS SUR RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS (RSV)

Infections respiratoires à RSV

Respiratory Illnesses Caused by Respiratory Syncytial Virus (RSV)

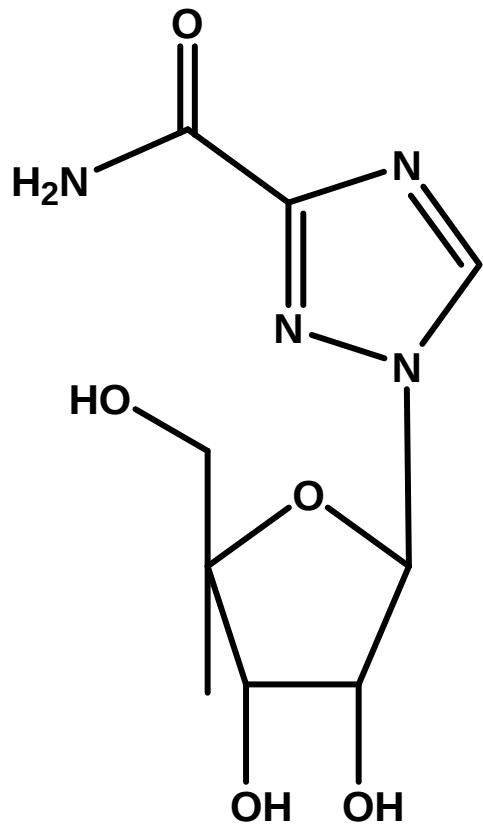
Syndrome	Percentage Caused by RSV
Bronchiolitis	43-90
Pneumonia	5-40
Tracheobronchitis	10-30
Croup	3-10
Asymptomatic	0.3



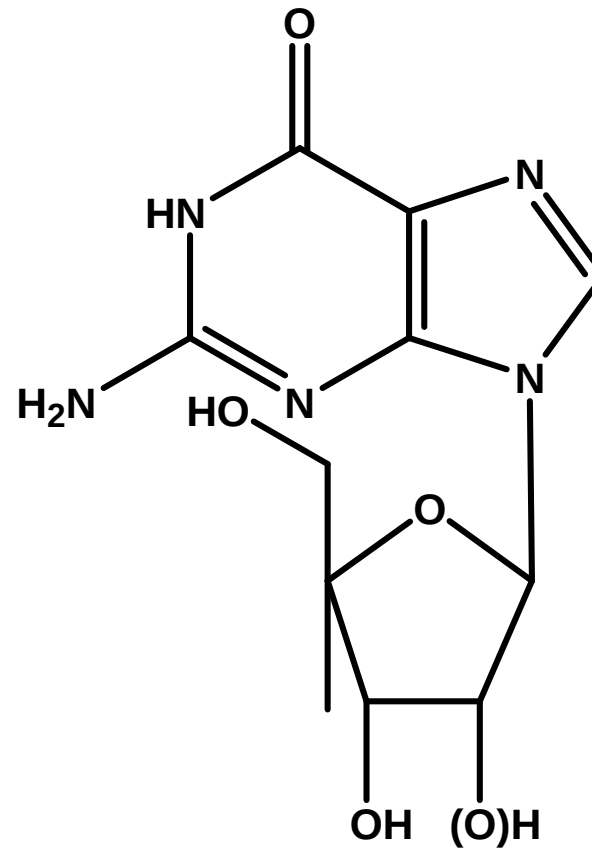
Difference in age distribution of inpatients and outpatients with respiratory syncytial virus infection in Rochester, NY.

Of infants requiring hospitalization, 70% were younger than 6 months. In comparison, 25% of the children treated as outpatients were younger than 6 months and 38% were older than 2 years.

la ribavirine, un analogue de la guanosine

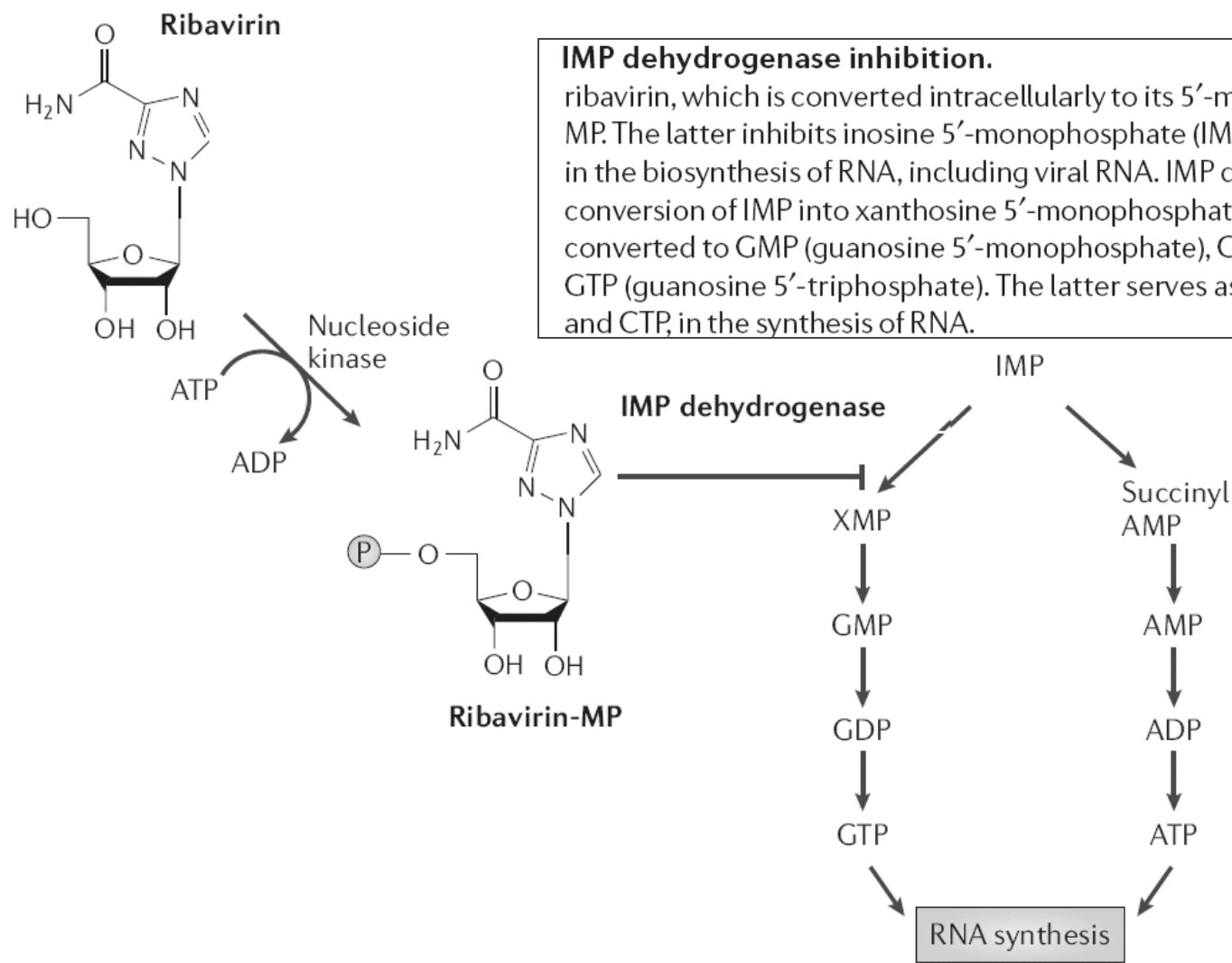


RIBAVIRINE



(deoxy)GUANOSINE

Mode d'action de la ribavirine



De Clercq, Nature Drug Discovery, 2006

Indications et propriétés pharmacologiques

Aérosol : traitement des infections à RSV
mais peu utilisé ... affection bénigne

Voie générale: adjuvant dans le traitement de l'hépatite C

Effets secondaires:

- Détérioration de la fonction respiratoire
- Anémie hémolytique + hypoplasie médullaire
(Concentration dans les globules rouges)

Traitement des infections à RSV

Traitement symptomatique

- antipyrétique
- apport de fluides
- oxygène si nécessaire

- bronchodilatateurs
- cortocôïdes

Traitement antiviral

(ribavirine)

