

1964

3^e journée d'étude



9 mars 1977

ETAT ACTUEL DE LA GRIPPE, DE L'ANEMIE INFECTIEUSE
ET DE LA RHINOPNEUMONIE EQUINES EN FRANCE

F. LUCAM Mme M. PERRIN
G. DANNACHER D. BESNOUIN

Laboratoire de Virologie Animale
69342 - LYON

Pour répondre aux préoccupations des organisateurs de cette journée d'étude, il ne sera fait état dans cette note que des données pouvant avoir un intérêt d'ordre pratique.

I - GRIPPE EQUINE

Il existe actuellement des vaccins contre la grippe équine. Il s'agit de vaccins à virus tués, bi-valents, parce que préparés à partir de diverses souches des deux types de virus connus actuellement = A₁ Prague et A₂ Miami. Leur efficacité est très grande vis-à-vis de A₁ Prague ; peut-être moins grande vis-à-vis de A₂ Miami. Parmi les raisons que l'on peut donner pour expliquer cette différence, il en est une qui a pu être vérifiée, savoir que l'action pathogène de A₂ Miami est beaucoup plus forte que celle de A₁ Prague. Le premier, en effet, provoque, expérimentalement, chez le cheval, par rapport au second, des symptômes beaucoup plus accusés et des lésions du parenchyme pulmonaire beaucoup plus fréquentes et plus graves.

Il n'en reste pas moins que ces vaccins confèrent une bonne protection moyenne, en ce sens qu'elle est quasi totale vis-à-vis de A₁ Prague et qu'elle réduit considérablement la gravité des symptômes et des lésions provoquées par A₂ Miami. Cette constatation est basée à la fois sur les observations faites dans la pratique et sur les résultats des contrôles officiels des vaccins effectués au laboratoire.

1964

La préoccupation actuelle du laboratoire est la détection de l'apparition éventuelle d'un nouveau type viral, susceptible de mettre en échec l'immunité provoquée par ces vaccins.

C'est pourquoi, nous souhaitons recevoir, chaque fois qu'une confirmation de diagnostic de grippe nous serait demandée, non seulement du sérum, mais encore et surtout du mucus nasal, parce que c'est là que le virus peut être mis en évidence.

Or en 1976, la grippe équine a très peu fait parler d'elle et nous en avons pour preuve le très faible nombre de prélèvements envoyés = au total 36. Au surplus, il ne s'est agit, dans tous les cas, que de sérum. Sur ces 36, seulement 8 se révélèrent positifs dont 7 vis-à-vis, à la fois de A₁ et A₂ et 1 vis-à-vis de A₂ seulement.

En supposant même que ces chevaux n'aient jamais été vaccinés, ces chiffres soulignent la faible incidence de la maladie. Malheureusement, ils ne nous donnent aucune réponse à la question posée, puisqu'aucune identification de virus n'a pu être réalisée. Néanmoins, nous pouvons dire, qu'en ce moment, la probabilité de l'existence en France d'un nouveau type est extrêmement faible, et qu'il y a tout intérêt à poursuivre les vaccinations avec les vaccins dont on dispose.

II - ANEMIE INFECTIEUSE

Nous ne disposons d'aucun moyen thérapeutique ou prophylactique pour guérir ou prévenir l'Anémie Infectieuse Equine. Pour cette raison, sur le plan national, la seule mesure à envisager pour éviter la diffusion de la maladie serait l'abattage et la destruction des chevaux atteints ou tout au moins leur isolement et leur séquestration illimités.

Le problème est donc réduit à celui du diagnostic de la maladie. Pendant longtemps ce diagnostic a soulevé bien des difficultés.

Or un progrès immense a été réalisé dans ces dernières années, par la mise en oeuvre d'un test sérologique, dit test de Coggins, dont la fidélité est quasi absolue en ce sens qu'il permet d'affirmer qu'un cheval montrant un test positif a été contaminé et héberge à coup sûr le virus de l'Anémie Infectieuse.

Dans ces conditions, la règle devrait être l'abattage et la destruction d'un tel animal ou du moins sa séquestration illimitée.

En France, il est apparu difficile d'adopter une attitude aussi radicale en raison de deux arguments principaux.

Le premier est d'ordre clinique et épidémiologique. L'observation a montré, à maintes reprises en effet, qu'un cheval à test positif, entretenu avec d'autres chevaux à test négatif, pouvait demeurer en parfaite santé pendant bien des années, sans montrer le moindre symptôme de la maladie, réussir au surplus de très honorables performances sportives tandis que, pendant le même temps, ses congénères ne révélaient aucune positivité de leur test.

Si donc il est indéniable qu'un cheval à test positif, mais en parfaite santé apparente, est "potentiellement dangereux", comme le sont d'ailleurs dans d'autres maladies les "porteurs sains" du contagion, il apparaît que, dans l'Anémie Infectieuse, cette potentialité ne se révèle que dans des cas assez rares.

Le second est d'ordre financier. Il répugnerait d'abattre et de détruire, sur la seule constatation d'un test positif, un cheval de sport ou de course qui conserve néanmoins ses qualités de champion, et, de ce fait, possède une valeur marchande parfois considérable.

Mais dans des cas bien déterminés, l'abattage ou la séquestration deviennent une obligation. Ce sont ceux où le cheval présente, en plus d'un test positif, des symptômes de la maladie. Parce qu'en effet, et là encore l'observation le démontre, le cheval est réellement contagieux pour ses congénères.

C'est sur la base de ces constatations que le Décret Ministériel n° 76 136 du 5 Février 1976 définit ce qu'est un cheval "atteint" d'Anémie Infectieuse et rend dans ce cas, obligatoires les mesures d'abattage ou de séquestration.

Dans certains pays cependant, la positivité de test, à elle seule, suffit pour l'application de règles analogues. Mais la raison en est que "l'anémie infectieuse maladie" est extrêmement répandue et à un point tel que la distinction entre chevaux "sûrement" ou "potentiellement" dangereux, n'a plus de sens au regard d'une prophylaxie nationale.

En est-il de même en France ?

Durant l'année 1976, le Laboratoire de Virologie Animale a disposé des sérums de 1 582 chevaux entretenus dans des régions et des élevages très divers. Parmi eux 1 539 n'avaient aucun antécédent clinique, et 43 avaient montré des symptômes que l'on pouvait peut-être rattacher à l'Anémie Infectieuse.

Les tests positifs furent au total de 11 sur les 1 582 chevaux dont 5 dans le groupe des 1 539 et 6 dans celui des 43.

Par conséquent, sur 43 chevaux suspects d'être atteints, 6 seulement l'étaient réellement. Cette différence s'explique : il n'y a là rien d'extraordinaire quand on sait le caractère si souvent imprécis des symptômes de cette maladie.

Ainsi donc nous n'avons pu dénombrer que 6 malades, réellement contagieux, sur 1 582 soit une proportion de 0,37%.

Nous sommes bien loin des chiffres donnés ailleurs qui, en l'absence malheureusement de statistiques bien précises, atteignent, dit-on, 15 à 20% dans certains pays du Continent américain et qui expliquent la sévérité des mesures de police sanitaire.

Certes nos résultats ne peuvent prétendre à donner une image exacte de l'état de tout le cheptel équin français. Il n'en reste pas moins qu'il y a là une indication rassurante qui justifie pleinement les dispositions du décret du 5.2.76.

III - RHINOPNEUMONIE EQUINE

La gravité économique de la Rhinopneumonie Equine tient principalement aux avortements qu'elle provoque.

Pour lutter contre cette maladie en l'absence de toute thérapeutique valable nous pouvons disposer de deux séries de mesures : mesure de prophylaxie sanitaire, mesures de prophylaxie médicale.

Que peut-on attendre aujourd'hui de ces mesures ?

① La prophylaxie sanitaire est extrêmement contraignante = désinfection des locaux ; ~~isolement~~ et désinfection des juments ayant avorté ; vêtements spéciaux et douches pour le personnel ; récipients étanches pour l'enlèvement des avortons, etc... ceci dans les effectifs contaminés.

Mais prenons le cas le plus simple d'un effectif indemne que l'on veut protéger. Notons qu'il sera reconnu indemne lorsqu'aucune manifestation clinique de la maladie ne se sera manifestée et qu'un examen sérologique de tous les chevaux se sera révélé négatif.

Pour éviter l'introduction du virus dans l'effectif, il suffirait théoriquement de disposer d'une station de quarantaine très nettement éloignée où seraient effectués les examens cliniques et sérologiques qui permettraient de ne laisser entrer dans l'établissement que des animaux sûrement indemnes.

Encore faudrait-il que certaines règles soient appliquées par le personnel de cette station (vêtement spéciaux, douches, etc...) et que, même pour certains objets, tel que la paille, leur introduction ne se fasse qu'après un certain temps de stockage à l'extérieur de l'établissement pour permettre l'autodestruction du virus.

Il paraît bien douteux que de telles règles puissent être mises en oeuvre complètement et à plus forte raison étendues à de nombreux haras.

Cependant, nous avons eu la possibilité de le faire, une fois, dans un établissement où, au début de l'observation, sur 20 à 30 juments, aucun cas d'avortement n'était apparu et où les tests sérologiques étaient tous négatifs. Or, six mois plus tard, la moitié environ des juments fournissaient des réactions sérologiques positives. Bien qu'aucune manifestation clinique n'ait été notée, force était de conclure que le virus avait été introduit dans cet effectif, malgré toutes les précautions qui avaient été prises.

Cet échec n'a rien de surprenant pour la simple raison que quoique l'on fasse, les animaux d'un effectif se trouvent fatalement, à un moment donné, en contact avec des sujets d'autres établissements qui ne sont pas indemnes, soit parce que les juments sont saillies par un étalon venu de l'extérieur, soit parce que les poulinières sortent du haras pour aller à la saillie.

C'est pourquoi si certaines mesures d'hygiène doivent, néanmoins, être prises, en cas d'avortement dans un établissement, pour diminuer, dans une certaine mesure, les risques de contamination de juments pleines du même effectif, la prophylaxie sanitaire visant à la protection des effectifs indemnes, basée sur l'isolement et l'installation de stations de quarantaine, est d'efficacité douteuse et ne justifie guère l'ampleur des contraintes qu'elles entraîne.

La prophylaxie médicale met à notre disposition deux types de vaccin = vaccin à virus vivant modifié ; vaccin à virus tué.

D'après les informations recueillies dans divers pays (Etats-Unis, Allemagne Fédérale, Suisse, Italie, Tchécoslovaquie), les premiers seraient plus efficaces que les seconds, quant au critère "avortement", mais ne seraient pas absolument dépourvus d'un certain pouvoir pathogène, inconvénient que ne présentent pas les seconds.

L'utilisation, pour la prophylaxie médicale d'une maladie donnée, d'un vaccin à virus vivant modifié, se justifie lorsque la maladie revêt une extension jugée importante. Les cas de maladie post-vaccinale étant en effet toujours peu nombreux, sont largement compensés par la solide immunité conférée à un très grand nombre de sujets. C'est faire à juste titre, comme l'on dit "la part du feu". Encore que la possibilité d'un réveil de virulence du virus vaccinal, par passage d'un animal à l'autre ne puisse être absolument éliminée. Mais si la maladie est très peu répandue, le risque existe, cette fois, de la voir s'étendre.

Pour qu'une décision soit prise rationnellement quant à l'utilisation de tels vaccins, il conviendrait de connaître assez exactement, d'une part, la grandeur du risque vaccinal, c'est-à-dire le pourcentage de cas où le vaccin provoquera l'apparition de la maladie, et d'autre part, l'importance de la maladie naturelle, c'est-à-dire le nombre des animaux atteints, à un moment donné.

Avec les vaccins à virus tué, le problème de leur utilisation est différent, puisque le risque vaccinal est théoriquement nul. Il a cependant un point commun avec le précédent. Si en effet la maladie est très répandue, la vaccination apportera peut-être une amélioration malgré son peu d'efficacité. Par contre, si la maladie est peu répandue, cela vaut-il la peine de vacciner, si l'efficacité du vaccin est douteuse ?

Ainsi, dans la prophylaxie médicale de la Rhinopneumonie en France, deux questions sont posées pour orienter le choix de l'un ou l'autre type de vaccin.

La première qui est relative au vaccin à virus vivant modifié, est celle de la détermination du risque post-vaccinal, risque qui doit être établi bien entendu, sous l'angle des avortements.

A notre connaissance, aucune détermination de ce genre n'a été faite en France. A l'étranger, des chiffres ont été donnés, qui montreraient que le risque est minime puisque le pourcentage des avortements provoqués par ces vaccins n'atteindrait seulement que quelques unités pour mille.

La seconde question est celle de l'importance de la maladie et tout particulièrement de la fréquence des avortements dus, incontestablement, au virus.

Pour tenter de s'en faire une idée, un premier travail a été entrepris en 1975, qui avait pour but de suivre l'évolution de la maladie dans une quinzaine de haras français où, dans les années précédentes, d'assez nombreux avortements avaient été signalés. Au total 398 juments ont été prises en charge et ont fait l'objet de prises de sang périodiques, aux fins de tests sérologiques.

Toutes les dispositions étaient prises, par ailleurs, pour que tout avorton arrive au laboratoire dans les meilleures conditions permettant la détection du virus. Nous pensions pouvoir établir de cette manière le rapport entre les avortements rhinopneumoniques et ceux qui ne l'étaient pas.

Le résultat a été le suivant, qui malheureusement ne nous a permis de tirer aucune conclusion : sur les 898 juments, 238 soit 26% ont révélé au cours de l'année une sérologie positive, mais aucun avortement ne s'est produit !

Un second travail est alors entrepris en 1976, sensiblement analogue au précédent, quoi qu'il en soit conduit sur une moindre échelle, puisqu'il n'a porté que sur 274 juments. Sur ce total, 74 ont avorté et 200 ont mis bas normalement.

Les tests sérologiques positifs ont été de 33 dans le groupe des 74 et de 70 dans le groupe des 200.

Cette première constatation n'apporte aucune réponse à notre question. Elle ne fait qu'illustrer un fait bien connu, savoir qu'une jument qui a été infectée, n'avorte pas nécessairement.

Au surplus sur les 74 avortements, 10 avortons ont pu être examinés au Laboratoire et chez aucun, le virus n'a pu être révélé ! ce qui bien entendu ne signifie nullement qu'il n'était pas en cause !

La conclusion de ces deux années de travail est donc bien décevante. D'un côté nous ne pouvons pas attendre de résultats spectaculaires de la prophylaxie sanitaire ; d'un autre, la méconnaissance de l'importance réelle des avortements rhinopneumoniques rend bien difficile une prise de position rationnelle quant à l'utilité de vacciner ou non. Dans ces conditions, la décision appartient au propriétaire du Haras. Et s'il décide de vacciner, le seul conseil que nous pourrions lui donner serait, afin d'éviter tout risque post-vaccinal, de n'utiliser que des vaccins tués. Pour ceux-ci en effet, le laboratoire a les moyens de vérifier leur innocuité. Mais dans l'état actuel de nos connaissances, il lui est impossible de garantir leur efficacité.

°
° °