Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du 2 novembre 2010

Deuxième heure:

H1N1: encore?

Oratrice Dr K. Posfay Barbe (HUG Genève)

La pandémie de H1N1 a généré beaucoup de discussion sur internet notamment, du genre " ce n'était rien du tout". Mais la pandémie a tout de même touché 48 à 88 millions de personnes, fait 18000 décès, a été à l'origine de 6693 articles sur PubMed...

L'épidémie est survenue 3 mois plutôt que d'habitude, a généré 2 x plus de demandes de consultation.

A Winnipeg (Canada) (1 million d'habitant), il y a eu plus de 100 admissions aux USI, Au Royaume Uni, la mortalité était surtout en dessous de 1 an (surtout chez les Bengali et les Pakistanais), dont 67% avaient une co-morbidité

A Genève, il y a eu 16 hospitalisation aux USI, 1 décès; sur 109 cas pédiatriques recensés, l'âge médian était de 7 ans, 95% avaient des symptômes respiratoires, 16 % ont été hospitalisés aux USI, aucun intubé, il n'y a pas eu de décès.

Les femmes enceintes ont présentés un risque accru de complication, dans le troisième trimestre et dans le post-partum immédiat (représentant 5% des décès aux USA). Un traitement antiviral précoce avait une efficacité.

Le virus circule moins lorsque 40% de la population ont des anticorps. Les études ont montré des séroconversions même lors de cas pauci-symptomatiques (et même asymptomatiques).

Les symptômes cliniques étaient fièvre (92-94% des cas), toux (72 à 92% des cas) fatigue, céphalées, sans différence avec les gripes classiques.

Co-infection bactérienne: en 1918, il y a eu beaucoup de co-infection à pneumocoques (pneumonie). Lors de la dernière épidémie, 1/3 des patients avaient une surinfection confirmée.

Les patients connus pour mauvaise réaction immune avaient une maladie plus forte.

Le virus de la grippe a sur sa surface une hémagglutinine responsable de la susceptibilité à un hôte et une neuraminidase. Cette épidémie avait peu d'immunité croisée avec les épidémies précédentes. Le virus de la grippe a un taux de mutation très élevé, sélectionnant les souches avec un avantage de virulence. Des échanges de gènes sont aussi possibles.

En 2010-2011, le H1N1 est devenu un virus saisonnier, sans changement de sévérité. Le H1N1 fait partie des composantes du vaccin anti-grippal de cette année, avec A(H3N2) et B. L'OMS le considère maintenant comme une grippe saisonnière. Actuellement, le taux de séroconversion dans la population est de plus de 40%. La circulation du virus devrait être plus difficile.

Le H1N1 reste un virus du porc, on peut craindre une fois une recombinaison avec H5N1 aviaire de haute virulence, pouvant occasionner une nouvelle pandémie.

Prise en charge:

Les recommandations de l'OMS changent selon la phase.

La dernière épidémie a montré que le public s'informe surtout à travers les médias, que l'information est souvent déformée.

La transmission de la maladie se fait par contact direct ou indirect, par gouttelettes ou par voie aéroportée.

Pour l'hygiène des mains, le savon et l'eau sont le plus efficace.

Masques: avec un bon lavage des mains, le port de masque ne semble pas modifier la transmission (mais la compliance du port du masque est douteuse); dans les 36 premières heures de la maladie, le port du masque pourrait diminuer la transmission. Une revue Cochrane semble montrer un avantage pour le masque spécial N95, mais d'autres études suggèrent que l'efficacité d'un masque chirurgical est tout aussi bonne. La compliance semble être le vrai problème. En cas de compliance surveillée, il n'y avait pas de différence dans la transmission de la maladie entre le masque spécial et un masque chirurgical.

Test rapide: la sensibilité est de l'ordre de 64 à 83% chez l'enfant. En période d'épidémie, la valeur prédictive négative est élevée.

Le traitement par oseltamivir diminue les complications, le taux d'hospitalisation, surtout chez la femme enceinte et chez les transplantés. Chez l'enfant, il n'y a pas de bonnes études.

Des effets secondaires ont été décrits: il y a 36% d'effet neurotropes (cauchemars, irritabilité, agitation), qui semble être liés à un polymorphisme génétique.

L'émergence de résistance existe, mais probablement liée à une baisse de la virulence.

La prophylaxie de l'entourage diminue la transmission, mais il y a un risque d'émergence de résistance.

Vaccins

Il y a beaucoup de refus par peur des effets secondaires, l'impression de ne pas en avoir besoin, que ce n'est pas sûr, de peur d'être un cobaye... En Angleterre, même 2/3 des enfants de médecins n'ont pas été vaccinés.

Il est vrai que le plan de vaccination a souvent changé, que la distribution a été compliquée...

La réponse immunitaire induite par la vaccination a été identique à celle induite par la maladie, avec un bon effet même chez les immunodéprimés

Les effets secondaires ont été la douleur locale dans 15 à 25% des cas, pas d'effet secondaire sévère.

A un niveau local, il paraît important de définir les critères de sévérité, d'expliquer la flexibilité des recommandations en fonction des informations obtenues sur la maladie, d'assurer une bonne communication (outils et structures d'information à déterminer), de résoudre les problèmes de stockage de matériel (antiviraux, gants, masques désinfection, matériel de laboratoire). L'épidémie a été très chronophage, pour les médecins installés et pour les infectiologues. Il n'y a pas eu de recommandations pour les lieux de soins non aigus

Ce qui a pu être appris:

- le H1N1 peut survenir hors saison, peut toucher des populations particulières à vacciner en priorité.
- la transmission se fait par gouttelettes et par voie aéroportée
- oseltamivir est efficace
- il existe une barrière à la vaccination reflétant un problème de communication
- le H1N1 touche plus les jeunes, avec risque d'atteinte pulmonaire, et 1/3 des patients décédés n'avaient pas de facteur de risque.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch