

Cinq patients ont été mis sous amines pressives pour hypotension sévère. Aucun ne reçut d'immunoglobulines. Deux patients ont présenté une excrétion virale prolongée (14 jours) dans le liquide du lavage broncho-alvéolaire.

4/ DISCUSSION

La cause principale d'admission (11/13) a été l'insuffisance respiratoire aiguë chez des adultes plus jeunes que ceux atteints par la grippe saisonnière, dont 2 patients jeunes et sans aucun antécédent. Par contre, contrairement aux autres séries, la grossesse n'a pas été un facteur favorisant, pas plus que la surcharge pondérale. Notre étude suggère que le maximum de charge pour les services de réanimation survient 4 à 6 semaines après le premier cas d'infection par le virus H1N1 2009 et dure plusieurs semaines. Le tau maximum d'occupation des lits de réanimation (10/million d'habitant) peut suffire à perturber l'activité de réanimation.

5/ CONCLUSION

Pendant une période de 5 semaines, l'infection à virus H1N1 2009 a entraîné une surcharge de travail dans le service de réanimation. Les défaillances respiratoires ont été le motif principal d'admission. Les patients, contrairement à la grippe saisonnière étaient principalement des adultes jeunes. Enfin, l'absence de comorbidité n'exclut pas la survenue des décès.

Malgré le faible effectif, nos données sont comparables aux données australiennes et néo-zélandaises. Considérant que la population française est de 65 millions et que le nombre de lits de réanimation adulte est de 4769, on peut estimer que le nombre de patients de plus de 15 ans admis en service de réanimation sera voisin de 1670 et que 400 pourraient décéder.

| Le point de vue des médecins réanimateurs |

Epidémie réunionnaise de grippe A(H1N1)2009 : formes graves hospitalisées en réanimation au CHR site sud

Parcevaux M, Winer A (arnaud.winer@chr-reunion.fr), Boisson V, Garcia C, Bugnon O, Thibault L, André H, Tixier F, Antok E
Service de Réanimation polyvalente, CHR Groupe Hospitalier Sud Réunion, Saint Pierre, la Réunion

Entre le 16 août et le 18 septembre 2009, notre service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Régional site Sud, qui draine un bassin de population de 400 000 personnes, a pris en charge 13 cas de grippe A(H1N1)2009 graves (diagnostic confirmé par RT-PCR ou sérologie).

Les patients étaient pour la plupart des sujets jeunes (âge médian 42 ans), 23% d'entre eux ne présentaient aucun antécédent médical particulier. Les données démographiques et les caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau 1.

Tous les patients ont été pris en charge devant un tableau de pneumopathie grave hypoxémiante : 9 (69,2%) ont présenté une défaillance pulmonaire isolée ; pour 4 (30,7%) patients, il était associé une décompensation d'une pathologie sous-jacente (BPCO ou insuffisance cardiaque). L'atteinte respiratoire était dans la majorité des cas inflammatoire ou virale pure puisque nous n'avons retrouvé que trois surinfections bactériennes, à *Legionella Pneumophila*, *Streptococcus Pneumoniae* et *Pseudomonas Aeruginosa*.

Les résultats des prélèvements virologiques à visée diagnostique ont été relativement hétérogènes : nous avons retrouvé une RT-PCR positive au virus A(H1N1)2009 chez 7 patients seulement (sur écouvillon nasopharyngé réalisé à l'entrée ou prélèvement profond après intubation orotrachéale) ; 2 RT-PCR sont rendues positives au virus A HxNx (typage impossible pour des raisons techniques) ; 4 patients ont présenté une sérologie positive au virus A (titre supérieur à 1/640 U) ou une séroconversion au cours de l'hospitalisation, signant une infection en cours ou récente.

Onze de nos patients ont nécessité la ventilation mécanique pour une durée de 6,2 jours \pm 6,6 : 6 (46,1%) ont été intubés (10,3 jours \pm 8) et 5 ont bénéficié de ventilation non invasive (VNI) (séances de plus de 12h par 24h). Parmi les patients intubés, 5 (83,3%) ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA). Deux patients ont requis une ventilation par Oscillation Haute Fréquence (HFO), l'un d'entre eux a également été placé sous oxygénation

extra-corporelle (ECMO) pendant une durée de 14 jours [1]. Cinq patients ont nécessité l'administration d'aminas vasopressives (noradrénaline ou dobutamine) pendant 8,2 jours (\pm 6,4), dont 2 devant un état de choc septique par surinfection bactérienne pulmonaire ; ces deux patients ont par ailleurs requis une épuration extra-rénale.

Nous avons eu à déplorer 3 décès, dont une femme de 38 ans sans antécédent.

| Tableau 1 |

Données démographique et caractéristiques des patients dans le service de réanimation au Groupe Hospitalier Sud Réunion, Saint-Pierre

Données démographiques des patients	
Age (années)	42 (22-69) [°]
Apache II	11,6 \pm 9,3 [*]
Score IGS II	29,4 \pm 16,4 [*]
Sexe Ratio Femme/Homme	0,54
Caractéristiques des patients	
Sans Antécédent	3 (23)**
HTA	6 (46) **
BPCO	3 (23) **
Cardiopathie grave	3 (23) **
BMI > 30	2 (15,4) **
Diabète traité	0 (0) **
Alcoolisme avec hépatopathie chronique	0 (0) **
Immunodéprimés	0 (0) **
Affections neurologiques invalidantes	0 (0) **
Néphropathies graves	0 (0) **
Grossesse (Diabète gestationnel) (33 SA)	1 (7,7) **

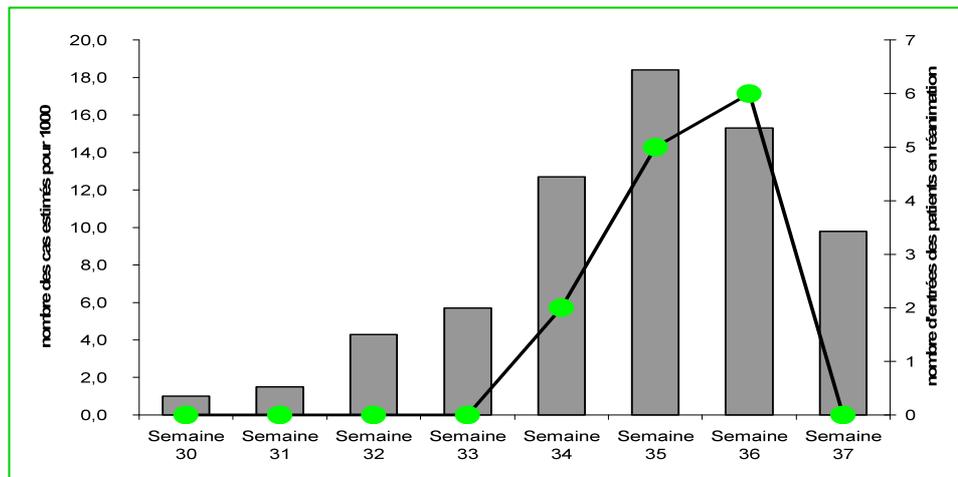
[°]Données sous forme médiane et extrêmes

^{*}Données sous forme moyenne \pm écart type

^{**}Données sous forme de nombre (%)

| Figure 1 |

Taux d'attaque de la pandémie régionale et nombre d'admissions dans le service de réanimation au Groupe Hospitalier Sud Réunion, Saint Pierre



Tous nos patients ont reçu à l'entrée dans le service une antibiothérapie probabiliste d'infection pulmonaire communautaire sévère ainsi qu'un traitement par oséltamivir à la dose de 75 mg deux fois par jour per os comme préconisé par l'OMS dans les formes graves de grippe A(H1N1)2009 [2], dès la réception des résultats des prélèvements virologiques ou d'emblée si la suspicion clinique était forte, et ce pour une durée de 5 jours au minimum.

Cette épidémie s'est traduite par une augmentation considérable de notre activité, avec un taux d'attaque maximal de 6 patients hospitalisés pour grippe A(H1N1)2009 en réanimation durant la semaine 36 (Figure 1). Les patients grippés se sont répartis sur 4 semaines avec une moyenne de 0,46 entrée par jour. Le nombre maximal de patient grippés présents en même temps dans le service était de 7.

Les soins d'urgence vitale ont dû être réorganisés puisqu'en l'espace de 5 jours, nous avons ouvert 4 lits de réanimation supplémentaires (soit une augmentation de 26%), et transformé 5 lits d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) en unité de soins continus (USC). Notre service de réanimation a été scindé en deux unités de «forte» et «basse densité virale». Une nouvelle ligne de garde a également été mise en place, un médecin supplémentaire étant dédié à soutenir les urgentistes à l'USC et au service d'accueil des urgences vitales. La déprogrammation partielle de l'activité chirurgicale réglée a permis le détachement de 2 anesthésistes par jour pour assumer cette ouverture de lits ainsi que la ligne de garde supplémentaire. De façon ponctuelle, la salle de surveillance interventionnelle permettait également d'absorber les patients non grippés qui ne pouvaient être admis en réanimation faute de place.

L'afflux brutal de cas de SDRA sévères ne répondant pas aux traitements usuels a nécessité de devoir proposer rapidement d'autres thérapeutiques inhabituelles pour notre service. Nous avons pu grâce à la collaboration des équipes du SAMU, de la réanimation et de chirurgie cardiaque du CHR site Nord, implanter pour la première fois chez nous une assistance circulatoire par ECMO (transférée ensuite à Saint Denis) [1]. Le service de réanimation pédiatrique de notre hôpital, ainsi que le CHU de Toulouse, nous ont prêté en urgence des respirateurs permettant la ventilation par Oscillation à

Haute Fréquence (HFO), et nous avons pu acquérir notre propre appareil par la suite.

De notre expérience de l'épidémie réunionnaise de grippe A nous retiendrons les points forts suivants : tout d'abord, le nouveau variant du virus A(H1N1)2009 semble être responsable d'une toxicité pulmonaire particulièrement virulente, comme le confirment les grandes séries internationales récentes [3-4], et touche des sujets jeunes sans comorbidité. Nous serons à l'avenir plus sensibilisés à rechercher une étiologie grippale et proposer un traitement antiviral probabiliste devant des tableaux de détresse respiratoire aiguë aspécifiques chez ce type de patients. D'autre part, l'hétérogénéité des résultats retrouvés nous incite à suggérer de multiplier les prélèvements à visée diagnostique, sur aspiration du tractus respiratoire par exemple, si la suspicion clinique est forte. Ensuite, l'ampleur de l'épidémie à notre niveau même paraît justifier la mise en place de moyens suffisants comme le développement de réseaux de soins, et de plans de réorganisations des structures de soins suffisamment rodés pour faire face aux pandémies grippales futures. Enfin, une collaboration de tous les acteurs hospitaliers (Administration, Urgences, Anesthésistes, Réanimateurs, Infectiologues) est primordiale pour organiser l'offre de soins nécessaire et adapter non seulement les locaux, mais aussi le personnel médical et paramédical qualifié.

Références

- [1] Parcevaux M, Acute respiratory distress due to Influenza A(H1N1) S-OIV and extracorporeal oxygenation: The benefit of a multidisciplinary care network. *Ann Fr Anesth Reanim*, 2010. [in press]
- [2] WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1)2009 Influenza and other Influenza Viruses. WHO: 20 August 2009, 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_guidelines_pharmaceutical_mngt.pdf.
- [3] Perez-Padilla R., et al., Pneumonia and respiratory failure from swine-origin influenza A(H1N1) in Mexico. *N Engl J Med*, 2009. 361(7): p. 680-9.
- [4] Rello J., et al., Intensive care adult patients with severe respiratory failure caused by Influenza A(H1N1)v in Spain. *Crit Care*, 2009. 13(5): p. R148.