

L'équipe Brésilienne a décrit les mêmes types d'anomalies sur une série de 20 patients dont 4 avaient pourtant des radiographies pulmonaires normales [5].

La majorité des patients hospitalisés (n=18) a été traitée par inhibiteur de la neuraminidase (oseltamivir, Tamiflu®) durant 5 jours. Un traitement antiviral précoce apparaît comme un facteur de bon pronostic dans la littérature [1-4]. Vingt patients ont reçu un traitement antibiotique associé (80 %) en raison de signes cliniques et/ou radiologiques et/ou biologiques compatibles avec une surinfection bactérienne.

La plupart des patients était hypoxique à l'entrée (PaO2 moyenne à l'admission = 66 +/-10 mmHg en air ambiant). Ces pneumopathies étaient le plus souvent sévères avec une évolution non prévisible. Trois patients (10%) ont nécessité une assistance respiratoire en réanimation. Une patiente de 34 ans, sans antécédent, est décédée. Dans une série de 272 patients en Californie, 25 % ont été admis en réanimation, 7 % sont décédés. 45 % avaient moins de 18 ans, 5 % avaient plus de 65 ans et 73 % avaient une co-morbidité (3).

Il faut bien garder à l'esprit que la grande majorité des cas de grippe dans la population s'est traduite par un syndrome grippal bénin, ne nécessitant ni hospitalisation, ni traitement antiviral. Les atteintes pulmonaires modérées et bien tolérées ont été probablement sous diagnostiquées.

Le nombre important d'hospitalisations pour pneumopathie grippale est en partie lié à des mesures de précaution accrues et à une re-

cherche étiologique plus systématique des infections respiratoires pendant la période épidémique. Cependant, l'atteinte pulmonaire était potentiellement grave, en particulier chez des patients plus jeunes et sans facteur de risque, incitant à réaliser une radiographie pulmonaire au moindre signe respiratoire évocateur afin d'hospitaliser les patients pour un traitement précoce et une surveillance rapprochée.

En fin d'année 2009, les mêmes aspects cliniques, radiologiques et évolutifs des pneumonies liées au virus A(H1N1)2009 ont été retrouvés chez nos confrères de métropole.

Références

- [1] Gómez-Gómez A, Magaña-Aquino M, García-Sepúlveda C et al. Severe pneumonia associated with pandemic (H1N1) 2009 outbreak, [San Luis Potosí, Mexico](#). *Emerg Infect Dis*. 2010 Jan;16(1):27-34.
- [2] Cao B, Li XW, Mao Y et al. [National Influenza A Pandemic \(H1N1\) 2009 Clinical Investigation Group of China](#). Clinical features of the initial cases of 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infection in China. *N Engl J Med*. 2009 Dec 24;361(26):2507-17. Epub 2009 Dec 9
- [3] Jain S, Kamimoto L, Bramley AM et al. Pandemic Influenza A (H1N1) Virus Hospitalizations Investigation Team. [Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April-June 2009](#). *N Engl J Med*. 2009 Nov 12;361(20):1935-44. Epub 2009 Oct 8
- [4] Chien YS, Su CP, Tsai HT et al. SC. Predictors and outcomes of respiratory failure among hospitalized pneumonia patients with 2009 H1N1 influenza in Taiwan. *J Infect*. 2009 Dec 29
- [5] Marchiori E, Zanetti G, Hochegger B et al. [High-resolution computed tomography findings from adult patients with Influenza A \(H1N1\) virus-associated pneumonia](#). *Eur J Radiol*. 2009 Dec 3

| Le point de vue des pédiatres |

Epidémie de grippe A H1N1 2009 à la Réunion : expérience du service de pédiatrie du CHR Felix Guyon, site de Saint-Denis

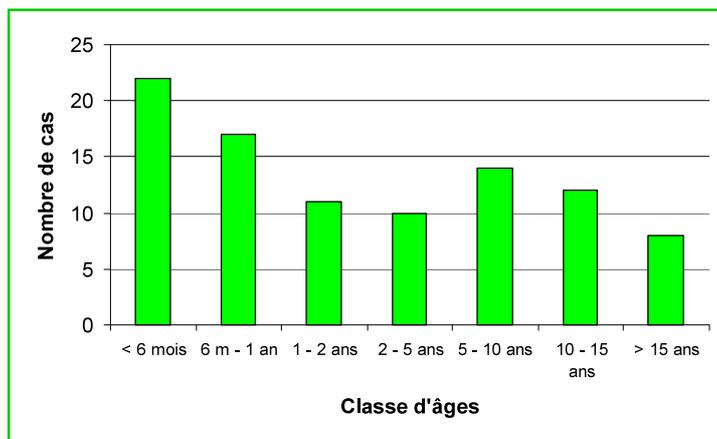
Bué M, Chevalier J, Pigeon-Hkerchiche P (p.pigeonk@chr-reunion.fr)
Unité de pédiatrie, CHR, site Félix Guyon, Saint Denis, Réunion

L'épidémie de grippe A H1N1 a touché l'île de la Réunion durant l'hiver austral 2009. Le 1er cas pédiatrique aux urgences pédiatriques du centre hospitalier régional Félix Guyon de Saint-Denis a été déclaré le 1er août 2009. Entre le 1er août et le 30 septembre 2009, nous avons recensé 94 enfants atteints de la grippe A H1N1 diagnostiquée sur un prélèvement naso-pharyngé positif. Cette cohorte comprend 51 garçons pour 43 filles, âgés de 6 semaines à 17.7 ans. Plus de la moitié des enfants sont âgés de moins de 2 ans. Nous avons classé cette cohorte par tranche d'âge : moins de 6 mois (n=22), 6 à 12 mois (n=17), 12 à 24 mois (n=11), 2 à 5 ans (n=10), 5 à 10 ans (n=14), 10 à 15 ans (n=14), 10 à 15 ans (n=12), et plus de 15 ans (n=8) (Figure 1).

La majorité des enfants avaient des facteurs de risque (82%) : le principal étant l'asthme (42.8%), le second étant l'âge inférieur à 6 mois (28.5%), puis la prématurité (18 %), la bronchodysplasie (5.2%), cardiopathie (11.7%), encéphalopathie (5.2%), pathologie chronique (6.5%), immunosuppression (2.6%). Les principaux symptômes sont la fièvre (86 sur 94) et les signes respiratoires (85 sur 94) avec deux tiers des patients présentant une toux associée à une rhinorrhée, la dyspnée étant moins fréquente et touchant surtout les enfants asthmatiques. Les signes digestifs ne sont pas négligeables concernant

| Figure 1 |

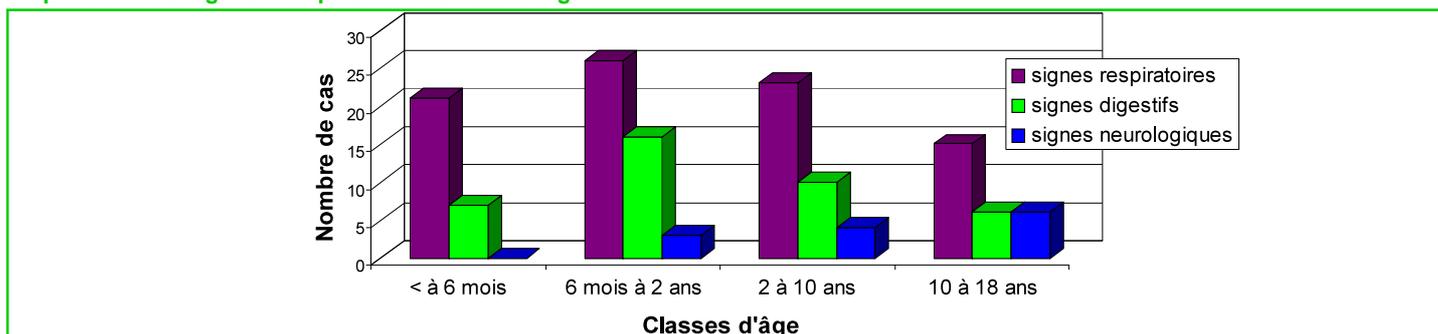
Répartition par tranche d'âge



41.5 % des patients prédominant dans le groupe 6 mois – 2 ans et dans le groupe 2 ans – 10 ans. Sur 94 enfants, 31 ont présenté des complications : 5 cas de pneumopathies dont 2 compliquées d'insuffi-

| Figure 2 |

Répartition des signes cliniques en fonction de l'âge.



-sance respiratoire aiguë, 13 cas de crises d'asthme dont 2 compliquée d'une pneumopathie, 2 cas de myocardite aiguë, 1 cas d'encéphalite. Les enfants âgés de 6 mois à 2 ans ont fait le plus de complications (Figure 2).

Trente huit enfants sur 94 ont eu un bilan sanguin une numération formule sanguine, un dosage de la CRP associé ou non à un dosage de la procalcitonine. La CRP était positive (> 10 mg/L) chez 17 patients (soit 18%). Le taux d'hospitalisation était de 39.4% avec une durée moyenne de séjour 3.2 jours. La majorité des enfants hospitalisés était âgée de moins de 2 ans (34 sur 37). Cinq enfants ont été hospitalisés en réanimation et une enfant est décédée. On note une enfant âgée de 6 mois ancienne prématurée hospitalisée pour insuffisance respiratoire aiguë sur crise d'asthme, un enfant âgé de 13 mois hospitalisé pour état de mal convulsif sur encéphalite, un enfant de 12 ans avec une cardiopathie sous-jacente hospitalisé pour choc cardiogénique sur myocardite aiguë en post-opératoire d'un dérivation mésentérico-cave d'un cavernome portal, un enfant de 14 ans ayant une encéphalopathie convulsivante secondaire à une encéphalite néonatale à cytomégalovirus hospitalisée pour détresse respiratoire aiguë dans un contexte de myocardite aiguë et de surinfection bronchique à pyocyanique, et une enfant de 5 ans ayant une encéphalopathie sévère liée à une hydrocéphalie congénitale qui est décédée d'une décompensation respiratoire aiguë sur pneumopathie.

Nous avons traité 64 enfants sur 94 par Oseltamivir dont la majorité présentait des signes cliniques depuis 48 heures au moins. Il n'y avait pas d'écart significatif entre les tranches d'âge. Un tiers des patients ont été traités par antibiotiques (Figure 3), principalement les enfants âgés de 6 mois à 2 ans pour cause de pneumopathie (n = 8), crise d'asthme sévère sans foyer pulmonaire, otite (n = 6), cardiopathie sous-jacente (n = 2), immunosuppression sous-jacente (n = 2), myocardite (n = 1).

Discussion :

L' épidémie de grippe A H1N1 a rapidement progressé dès fin juillet 2009 à l'île de la réunion touchant les adultes et les enfants. La population pédiatrique est connue pour être particulièrement à risque d'être affectée par la grippe quelque soit le sérotype et de faire des formes sévères. Lors des épidémies de grippe saisonnière, le taux de consultation aux urgences pédiatriques et d'hospitalisation a tendance à augmenter. Le nombre de consultation aux urgences pédiatriques du centre hospitalier régional Félix Guyon a doublé entre le 1er août et le 30 septembre 2008 (n = 1372 patients) et le 1er août et le 30 septembre 2009 (n = 2670 patients). Cependant le taux d'hospitalisation n'a pas augmenté proportionnellement avec 373 enfants hospitalisés sur 1372 soit 27% contre 476 enfants hospitalisés sur 2670 soit 17%. Dans notre cohorte, les enfants les plus touchés étaient globalement les moins de 5 ans comme pour la grippe saisonnière (7, 8). La majorité des enfants infectés par le virus de la grippe A(H1N1) avait des facteurs de risque, les enfants asthmatiques étant les plus à risque. La symptomatologie clinique touchait essentiellement les voies respiratoires hautes avec l'association toux fébrile et rhinorrhée sauf pour les enfants asthmatiques qui présentaient le plus souvent une dyspnée. Le tableau clinique a pu parfois mimer une gastro-entérite fébrile. Les enfants avec des formes graves présentaient pour la plupart des co-morbidités importantes.

Cette épidémie de grippe A H1N1 a eu des conséquences sur le taux de consultation aux urgences pédiatriques mais pas sur le taux d'hospitalisation. Deux-tiers des patients ont reçu un traitement par Oseltamivir selon les critères de prescriptions de l'OMS. Cette épidémie a certainement eu une incidence sur la prescription d'antibiotique en pédiatrie puisque un tiers des patients a reçu des antibiotiques.

| Figure 3 |

Indications de traitement antiviral et antibiotique par tranche d'âge

