

Les cas graves de grippe A(H1N1) : expérience du service de Réanimation Polyvalente du CH de Mayotte

P. Durasnel, L. Valyi, T. Galas, L. Mallembeti, M. Voegeli, A. Bouger, J. Fargier

Service de Réanimation Polyvalente, Centre Hospitalier de Mayotte, Mamoudzou, Mayotte, France

1/ INTRODUCTION

Les cas graves de grippe A(H1N1) sont précisément définis [1] : la situation est potentiellement dangereuse dès que la saturation en oxygène du sang artériel (SaO₂ ou SpO₂) est inférieure à 92%. La SpO₂ est facilement mesurée par un oxymètre de pouls, disponible dans tous les services hospitaliers. En l'absence de ce matériel une tachypnée (fréquence respiratoire supérieure à 20/min) a la même valeur d'alerte. Chez l'enfant de moins de 2 ans, des signes moins spécifiques doivent également être pris en compte (état de conscience, signes de lutte).

La rapidité de l'évolution de ces cas graves a été constatée dans tous les pays touchés par la pandémie[1], avec une moyenne de 24h entre l'arrivée à l'hôpital et l'admission en réanimation. Les profils des patients susceptibles de développer une forme grave sont bien décrits dans la littérature :

- chez l'enfant, la gravité est le plus souvent liée à l'existence d'affections antérieures pulmonaires, cardiaques, neurologiques, ou à une immunodépression ;
- chez l'adulte jeune par contre, les formes graves surviennent volontiers en l'absence de toute maladie antérieure ou existante ;
- il existe quand même certaines catégories d'adultes « à risque » : obésité, grossesse, ainsi que, comme chez l'enfant, en cas de maladie cardiaque pulmonaire, ou d'immunosuppression ;
- les sujets âgés de plus de 55 ans paraissent « protégés », de la grippe A(H1N1) comme de ses formes graves, sans doute en raison d'une immunité résiduelle.

Les cas graves, hospitalisés en réanimation à Mayotte, illustrent assez bien ces populations « à risque ». Ils ont tous été hospitalisés en Septembre (1 cas) et en Octobre 2009 (4 cas). Les cas graves retenus sont ceux pour lesquels une RT-PCR était positive, les prélèvements étant répétés en cas de forte suspicion clinique.

2/ DESCRIPTION DES CAS

Premier cas

La première patiente positive H1N1 avait 54 ans. Asthmatique sévère en rupture thérapeutique, elle a dû être intubée en urgence à son admission. Elle a bénéficié d'une ventilation mécanique de courte durée (48 heures). L'évolution a été rapidement favorable après remise en route d'un traitement de fond bronchodilatateur, et elle a pu regagner son domicile après 8 jours d'hospitalisation. Dans son cas, la grippe A(H1N1) a été le facteur de déstabilisation d'un asthme mal soigné, mais la maladie grippale elle-même a évolué simplement.

Deuxième cas

La seconde patiente était une enfant de 1 an, admise aux urgences pour convulsions hyperthermiques, évoluant vers l'état de mal convulsif imposant l'intubation. Elle présentait une pneumopathie bilatérale, qui a évolué rapidement vers un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) gravissime. La ventilation mécanique a duré 1 mois et a nécessité une thérapeutique maximale : monoxyde d'azote, ventrilation, curarisation prolongée. La ventilation par oscillation à haute fréquence, non disponible dans notre service, n'a pas été utilisée mais cette technique ne fait pas l'unanimité. L'enfant a développé une surinfection broncho-pulmonaire nosocomiale acquise sous respirateur. En métropole elle aurait peut être pu bénéficier d'une oxygénation par circuit extracorporel (ECMO), même si cette technique est difficile et peu répandue à cet âge. Quoiqu'il en soit elle n'a pas été retenue car l'enfant était intransportable sur une longue distance (conditions critiques pendant les 10 premiers jours). L'évolution a été malgré tout favorable, mais l'enfant a dû séjourner en pédiatrie plusieurs semaines avant de regagner son domicile. Aucun facteur de risque n'a été identifié. En dehors des infections nosocomiales, les surinfections broncho-pulmonaires sont une des complications majeures de la grippe (H1N1 ou non). Les germes les plus souvent en cause sont le pneumocoque et le staphylocoque, comme le démontre le cas suivant.

Troisième cas

Ce troisième patient était également un très jeune enfant de 7 mois. Chez lequel une grippe H1N1 avait été diagnostiquée une semaine avant son admission en réanimation, sur un terrain débilisé (dénutrition, hypotrophie). Le séjour en réanimation était motivé par une surinfection pleuro-pulmonaire grave à *staphylococcus aureus* METI-S. L'évolution a été favorable après drainage pleural et antibiothérapie prolongée. L'intubation n'a pas été nécessaire, mais l'enfant a eu quelques séances de ventilation non-invasive au masque.

Quatrième cas

La quatrième patiente sort des critères d'âge habituels. Agée de 74 ans, elle présentait une immunodépression profonde due à une récurrence de cancer (myélome multiple) et à son traitement par chimiothérapie. En raison de l'absence de réponse à la chimiothérapie (échappement thérapeutique), un arrêt de ce traitement était en discussion par le comité oncologique. C'est dans ce contexte difficile qu'elle a développé une pneumopathie grippale évoluant rapidement vers le syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA). Mise sous ventilation assistée, elle n'a pas répondu à un traitement conventionnel, et il a été décidé de ne pas pratiquer d'escalade thérapeutique en raison du pronostic fatal à court terme de son cancer. C'est le seul décès de notre courte série.

Cinquième cas

La cinquième et dernière patiente admise en réanimation était une femme enceinte de 28 ans (21 semaines de grossesse) présentant une pneumopathie grippale bilatérale, avec hypoxémie modérée. Elle a pu regagner le service d'obstétrique après 3 jours de surveillance et une évolution favorable.

3/ DISCUSSION

Tous nos patients ont été traités par oseltamivir (TAMIFLU®), qui reste indiqué même si son intérêt dans les formes graves est discuté [1]. Les experts s'accordent toutefois sur l'importance de la mise en route du traitement le plus tôt possible.

Ces 5 patients ne représentent pas tous les cas graves de Mayotte : une fillette de 12 ans est décédée sans avoir été admise en réanimation. Un enfant mahorais de 7 mois a été hospitalisé en réanimation à La Réunion sans être passé par notre service. D'autres patients sans doute présentaient des critères de gravité mais n'ont pas été adressés en réanimation, n'ont pas été recensés comme tels, et ont évolué favorablement... Il est possible aussi que des décès ou des atteintes graves aient été dus au virus H1N1 sans que le diagnostic ne soit posé.

En France en 2009, 1175 patients ont séjourné en réanimation pour grippe H1N1 [4]. On estime globalement que 20% des patients hospitalisés nécessitent une admission en réanimation, et 15% une ventilation mécanique. L'âge moyen des cas graves est d'environ 30 ans, avec autant d'hommes que de femmes. Les femmes enceintes représentent 6 à 10% de ces cas graves. Plus de 8 patients sur 10 admis en réanimation présentent par ailleurs des facteurs de risque (problème pulmonaires, cardiaques, immunodépression...). La mortalité des patients admis en réanimation est selon les séries de 15 à 30%⁽¹⁾.

L'Australie et la Nouvelle-Zélande[2] ont été à la fois parmi les premiers pays développés touchés, et ceux qui ont signalé un grand nombre de cas graves (722, soit 28,7 par million d'habitants). A Mayotte comme à La Réunion, la fréquence des cas graves semble voisine de celle de ces pays. Si l'expérience australienne a été à l'origine d'inquiétudes graves, elle a aussi permis aux réanimations des pays européens de se préparer. Les techniques d'oxygénation extracorporelles (ECMO) étaient ainsi disponibles en France lors de l'arrivée de l'épidémie, et un grand nombre de patients a pu en bénéficier (jusqu'à 40 patients la même semaine au plus fort de l'épidémie). Les cas graves signalés en France sont à ce jour significativement moins fréquents que dans l'hémisphère sud (19/million d'habitant[5]).

Neuf cas graves, au moins dont 4 décès à Mayotte, 7 décès à La Réunion, 300 décès pour tout le pays [6]. La pandémie de grippe A (H1N1) a été responsable à ce jour d'environ 15 500 morts dans le monde. C'est beaucoup et peu à la fois... Beaucoup parce qu'être jeune, vivre en bonne santé dans un pays évolué, et mourir au XXI^e siècle d'une grippe, cela paraissait impensable il y a encore quelque mois. Peu parce que 17 500 morts c'est beaucoup moins qu'au cours d'une banale épidémie de grippe saisonnière comme nous en vivons une tous les ans depuis des décennies. C'est beaucoup moins que les décès dus au paludisme, qui sévit toujours à Mayotte, ou que d'autres maladies infectieuses qui touchent encore notre île.

La pandémie de grippe H1N1 a mis en évidence des faiblesses dans nos systèmes de santé, mais surtout a mis au jour les limites d'une information globalisée, débridée et aussi bien irraisonnablement alarmiste qu'irraisonnablement rassurante. De chaque expérience des bénéfices peuvent être recueillis : les réanimations des pays développés ont sans doute amélioré à cette occasion la prise en charge des patients en situation de détresse respiratoire grave : uniformisation des techniques de ventilation artificielle, démocratisation des techniques d'oxygénation extracorporelle et développement de la coopération entre les établissements [3]. Le service de réanimation dispose ainsi depuis cette année du matériel nécessaire pour pratiquer une oxygénation extracorporelle transitoire et transportable (« pumpless »), qui pourrait permettre de transférer un patient critique dans le seul service de la région capable de mettre en œuvre une ECMO (service de chirurgie cardiaque du CHR de La Réunion).

Références

- [1] Wiramus S, Martin C *Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in intensive care unit over the world, epidemiological assessment in January 2010*. Ann Fr Anesth Reanim 2010 feb;29(2):87-90
- [2] ANZ ECMO Influenza Investigators *Extracorporeal membrane oxygenation for 2009 influenza A(H1N1) acute respiratory distress syndrome*. JAMA 2009 Nov;302(17):1888-95
- [3] Parcevaux M, Antok E, Boisson V et al *Acute respiratory distress syndrome due to influenza A(H1N1) S-OIV and extracorporeal oxygenation : the benefit of a multidisciplinary care network*. Ann Fr Anesth Reanim 2010 Feb;29(2):145-8
- [4] Bulletin de veille Sanitaire n°3/2010
http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/reunion_mayotte/2010/bvs_rm_03_2010.pdf
- [5] Institut National de Veille Sanitaire INVS : Point de la situation au 12 Janvier 2010
http://www.sfar.org/_images/phototheque/bulletin_grippe_12_01_10.pdf
- [6] Institut National de veille Sanitaire INVS : Point de la situation au 16 Mars 2010
http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/grippe_dossier/point_grippe/grippe_170310/index.html