

Mots clés :

Grippe
Pandémie
Prévention
Traitement

Grippe A(H1N1) : prévention et prise en charge

Les particularités du virus A(H1N1) responsable de la pandémie actuelle semblent *a priori* justifier des attitudes spécifiques de prévention et de traitement¹. Les autorités sanitaires de divers pays proposent, à partir des recommandations de l'OMS, des mesures de santé publique de plus ou moins grande ampleur, entre la crainte d'en faire trop peu par rapport aux mesures de précaution indispensables et trop, au risque de créer la panique et le sur-remplissage des hôpitaux². Ces mesures, fondées sur l'extrapolation d'études antérieures, ont toutes un double objectif, individuel et de santé publique.

Mesures de protection non pharmacologiques

La fermeture des écoles - pour réduire le nombre de cas et leur propagation - ne saurait être systématique³. Ses bénéfices s'additionnent efficacement aux autres mesures, pharmacologiques ou non, mais se trouvent réduits si les enfants ont été largement vaccinés. Les coûts économiques et sociaux induits ne sont justifiés que si la pandémie est sévère.

Les mesures de protection physiques largement proposées sont liées à la transmission avant tout aérienne, dès l'incubation et durant 4 à 5 jours. Une revue Cochrane (51 études, de faible qualité) montre l'efficacité de fréquents lavages des mains avec ou sans antiseptiques, du port de masques, gants, blouses, qui réduirait de 50 à 70% la diffusion des viroses respiratoires. Mais il faut une éducation du public⁴.

Place des antiviraux

Une revue Cochrane⁵ confirmée en 2009 a repris les études effectuées sur la grippe saisonnière. L'efficacité des inhibiteurs de la neuraminidase (IN : oseltamivir et zanamivir) y apparaît modeste (cf *Bibliomed* 317). L'amantadine est déconseillée en raison de ses effets secondaires et de l'apparition de résistances.

En curatif, chez l'adulte sain, les IN réduisent la durée des symptômes d'un peu plus d'1 jour si le traitement est commencé dans les 48 h, avec quelques effets secondaires surtout digestifs. A dose double (150 mg) le traitement est efficace pour prévenir les complications respiratoires. L'usage en routine des IN n'est donc pas justifié dans la grippe saisonnière. Ils peuvent

être utiles en association aux autres mesures dans les cas sévères. L'application à la pandémie actuelle reste incertaine⁵.

En curatif, chez l'enfant de moins de 12 ans, les IN réduisent la durée des symptômes (- 1 jour), l'incidence des complications (notamment des otites, avant 5 ans), et l'usage des antibiotiques. Il y a peu de données pour les enfants à risque et la pandémie actuelle⁶. Les incertitudes sur les risques neuropsychiatriques de l'oseltamivir chez les adolescents⁷ n'ont pas été levées.

En prophylaxie, le traitement après exposition chez l'adulte réduit de 50% environ la survenue de la maladie dans l'entourage familial⁵, de 8% chez l'enfant : il faut traiter 13 enfants pour éviter un cas⁶.

Vaccination : personnes vulnérables ou à risque / soignants en contact avec eux

Selon l'ensemble des 12 références du site Cochrane, la vaccination réduit la mortalité et les hospitalisations de la grippe saisonnière par atteinte respiratoire chez la personne âgée (45% en institution, 25% à domicile), de même que les exacerbations de BPCO. Chez l'enfant de plus de 2 ans le vaccin inactivé paraît moins efficace que le vaccin en spray nasal. On a peu de données pour le nourrisson.

L'efficacité immunologique du vaccin adapté au virus actuel semble confirmée, sa tolérance immédiate ne pose pas de problèmes. La pharmacovigilance reste nécessaire : la vaccination de masse aux USA lors de la pandémie de 1977 avait été associée à de nombreux cas de Guillain-Barré, conduisant à son arrêt.

Que conclure pour notre pratique ?

Les mesures de santé publique préconisées évoluent dans le contexte incertain actuel. Selon les données disponibles, le rôle des professionnels ne semble guère différent de celui de la grippe saisonnière :

- **Ne pas inquiéter** : les mesures de protection physiques peuvent être conseillées sans obsession... La protection des personnes à risque (personnes âgées, femmes enceintes) relève du bon sens ; l'hospitalisation ne concerne pas la plupart des cas de grippe confirmée...

- **Limiter la prescription des antiviraux aux situations à risque classiques**, auxquelles il faut ajouter les grands obèses, les femmes enceintes, peut-être les enfants de moins de 5 ans.

- **Insister sur la vaccination dans les mêmes groupes**. La vaccination des femmes enceintes est actuellement recommandée en cas de pandémie. Il ne semble pas y avoir de risque pour le fœtus⁸. Nous reviendrons sur les différents problèmes posés par cette vaccination.

Références

- 1- Collectif. Grippe A/H1N1 : quelques données, beaucoup d'incertitudes. *Bibliomed* 2009 ...
- 2- The Lancet. Avoiding panic in a pandemic. *Lancet*. 2009; 373:2084.
- 3- Cauchemez S et al. Closure of schools during an influenza pandemic. *Lancet Infect Dis*. 2009; 9: 473-81.
- 4- Jefferson T et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. *BMJ*. 2008; 336: 77-80.
- 5- Jefferson T et al. Antivirals for influenza in healthy adults: systematic review. *Lancet*. 2006; 367: 303-13.
- 6- Shun-Shin M et al. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review. *BMJ*. 2009; 339: 449-57.
- 7- Maxwell SRJ. Tamiflu and neuropsychiatric disturbance in adolescents. *BMJ*. 2007; 334: 1232-3.
- 8- Mangtani P et al. Pandemic infection in pregnant women in the USA. *Lancet*. 2009; 374 : 429-30