

Mots clés :

Grippe
Pandémie
Epidémiologie
Mortalité

Grippe A(H1N1) : quelques données, beaucoup d'incertitudes

La grippe A/H1N1 fait la une de tous les médias. Les plans de prévention et de prise en charge se succèdent. Les généralistes, habitués à soigner sans difficultés les gripes saisonnières, sont un peu étonnés par tout ce tintamarre. Quelles sont les spécificités de cette grippe nouvelle, sa sévérité, les populations atteintes ? Beaucoup d'incertitudes persistent dans ces domaines¹, qu'il s'agit de comprendre pour adapter notre réponse. Des études et des synthèses, anglo-saxonnes en majorité, apportent quelques données.

Le virus actuel est apparenté avec celui de 1918

Les virus grippaux ont de nombreuses variations possibles entre les gènes codant les hémagglutinines (H) et les neuraminidases (N) des protéines de surface. Parmi les 144 combinaisons possibles, seulement trois ont été trouvées dans les virus transmissibles à l'homme : H1N1, H2N2, H3N2². Pour chacune de ces combinaisons, des variations génétiques régulières sont constatées. La première pandémie à virus A(H1N1) connue est celle de 1918, apparue chez le porc et transmise à l'homme, avec 40 à 50 millions de morts. Depuis 1918, ce virus a persisté chez le porc, et seulement de façon intermittente chez l'homme, entraînant des pandémies passagères, notamment en 1957, 1968 (« Hong Kong »), 1977 et 2009. Les mécanismes conduisant de la grippe porcine à sa transmission interhumaine ne sont pas connus. On connaît par contre la rapide immunité apparaissant chez l'homme, sans doute responsable des phases silencieuses, mais aussi les capacités permanentes de mutations du virus, favorisant les nouvelles épidémies².

Des incertitudes sur l'importance et la sévérité

L'épidémie de 1918 a eu un très haut taux de mortalité, probablement par complications bactériennes avant l'ère des antibiotiques. Les épidémies suivantes ont été bien moins sévères. Les premières données sur l'épidémie actuelle semblent en faveur d'une faible sévérité, avec peu d'hospitalisation et une mortalité autour de 0,5%, similaire à la grippe saisonnière. Ces données sont incertaines³, notamment par surestimation du taux des cas fatals du fait de la méconnaissance des très fréquentes formes légères et asymptomatiques. Le taux global de mortalité semble comparable à celui de

Que conclure pour notre pratique ?

Beaucoup d'incertitudes persistantes, et quelques aspects nouveaux¹.

Le virus de la grippe A/H1N1 2009 semble voisin de celui des pandémies antérieures et différent de celui des gripes saisonnières habituelles, expliquant sans doute le risque d'un nombre absolu de patients plus élevé, et l'atteinte préférentielle d'enfants et adultes jeunes qui ne sont pas immunisés, ce sous type H1N1 ayant été peu important depuis 1957.

La sévérité de cette grippe ne semble pas globalement supérieure à celle de la grippe saisonnière, avec deux différences : les complications respiratoires ne sont plus liées à des surinfections, mais à une atteinte virale directe. A côté des habituels sujets à risque, la femme enceinte semble présenter un risque particulier.

Nous analyserons les conséquences pour la pratique dans un prochain numéro.

la grippe saisonnière. Le nombre absolu de patients risque d'être plus élevé que pour une grippe saisonnière, la plupart des personnes ayant un certain degré d'immunité contre les virus de la grippe saisonnière les patients n'ayant pas d'immunité contre ce nouveau virus, et pas contre le nouveau virus³. Le nombre réel est difficile à établir ; seul le diagnostic sérologique des sujets, symptomatiques ou non, en contact avec les patients atteints peut aider à l'établir³.

Qui risque des formes sévères ?

Sur 2155 cas de maladies respiratoires sévères liées à la pandémie au Mexique, il y a eu 821 hospitalisations et 100 morts, concernant avant tout des personnes de 5 à 59 ans : 71% des cas et 87% des morts, contre 32% et 17% dans les trois dernières gripes saisonnières où étaient atteints surtout des patients de moins de 5 ans et de plus de 60 ans⁴. Cette différence serait due à une immunité acquise par les plus de 60 ans lors de la pandémie de 1957⁴.

Les femmes enceintes semblent présenter un risque particulier (déjà constaté dans les pandémies de 1918 et 1957). Une étude récente aux USA sur 34 cas de grippe A(H1N1) chez des femmes enceintes note 11 hospitalisations (32%, taux plus élevé que dans la population générale), et 6 morts par insuffisance respiratoire aiguë liée à une pneumopathie virale et non bactérienne.

Cette fréquence des pneumopathies virales par H1N1, la rareté des surinfections bactériennes représentent la grosse différence avec les autres pandémies. Cette atteinte paraît cause, en l'état actuel des données, de la mortalité chez les jeunes et les femmes enceintes.

Références

- 1- Lipsitch M et al. Managing and reducing uncertainty in an emerging influenza pandemic. *N Engl J Med.* 2009; 361(2): 112-5.
- 2- Zimmer SM, Burke DS. Historical perspective. Emergence of influenza A/H1N1 viruses. *N Engl J Med.* 2009; 361(3): 279-85.
- 3- Garske T et al. Assessing the severity of the novel influenza A/H1N1 pandemic. *BMJ.* 2009; 339(2840): 220-2.
- 4- Chowell G et al. Severe respiratory disease concurrent with the circulation of H1N1 influenza. *N Engl J Med.* 2009; 361: 674-9.
- 5- Jameson DJ et al. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *Lancet.* 2009; 374: 451-8.