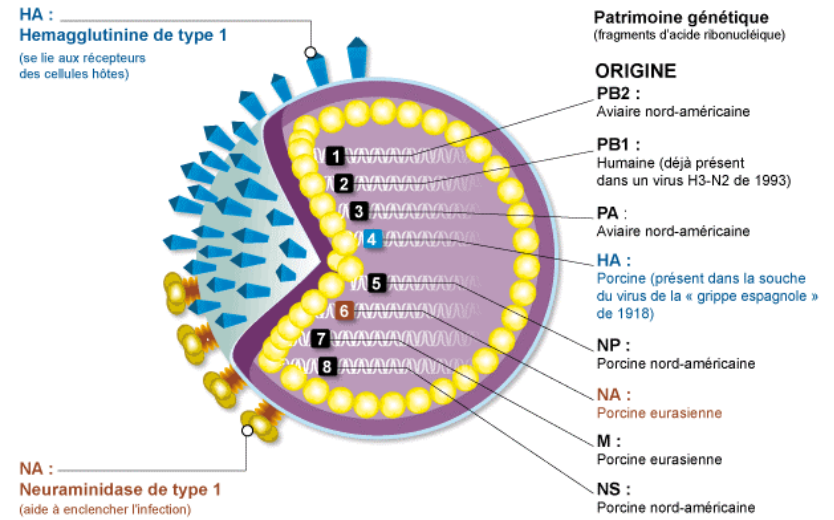


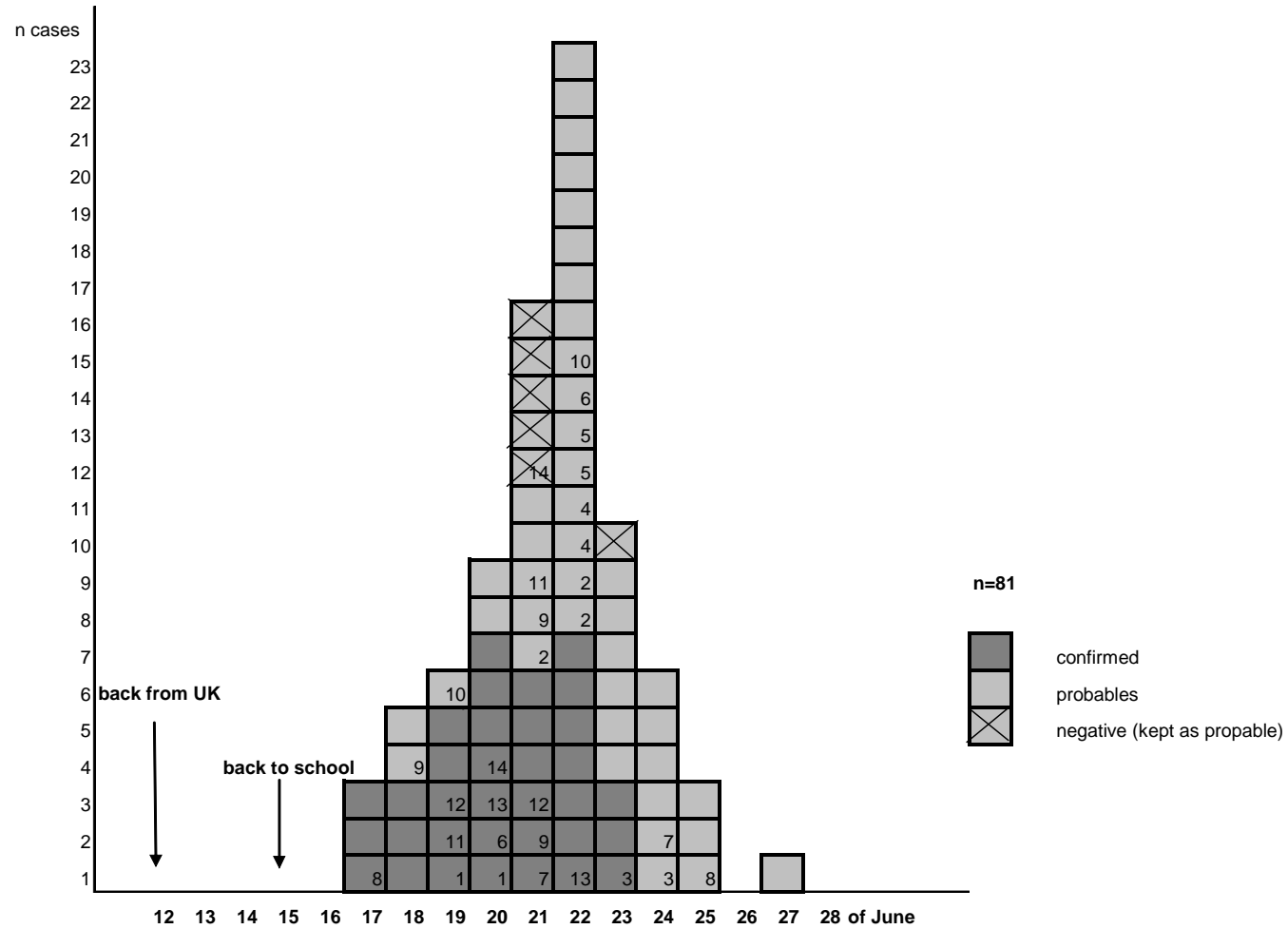
GRIPPE A H1N1

Ses **huit gènes** proviennent de virus apparus à des époques différentes, dans des zones géographiques variées, qui s'épanouissent chez le porc, les oiseaux et l'homme.

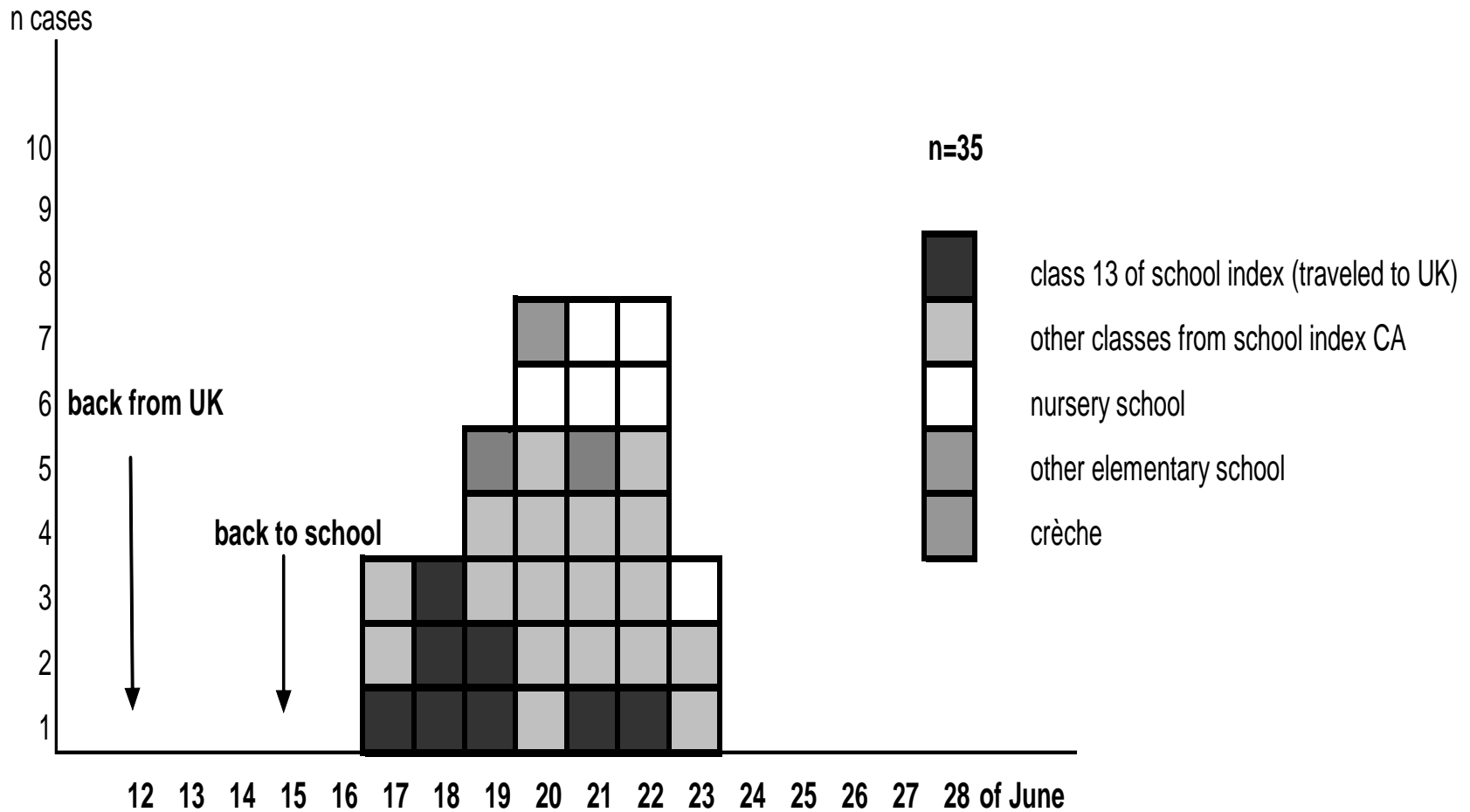


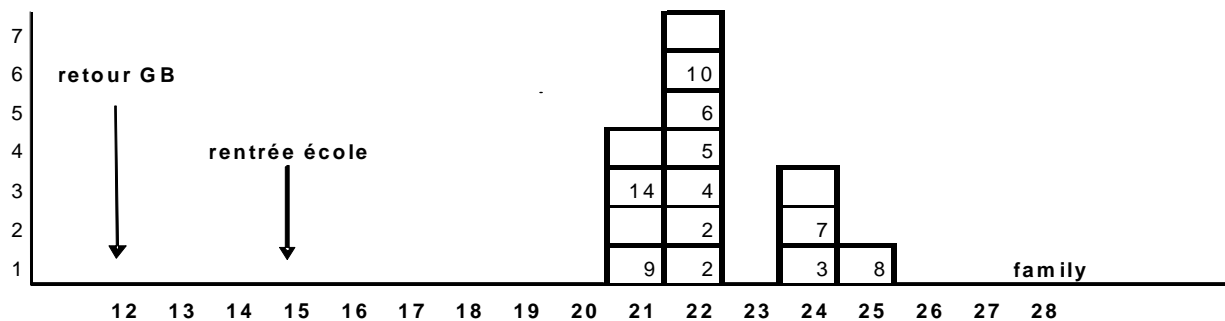
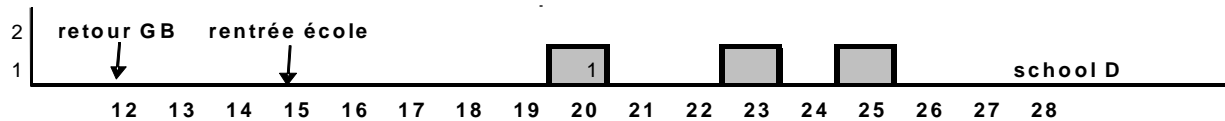
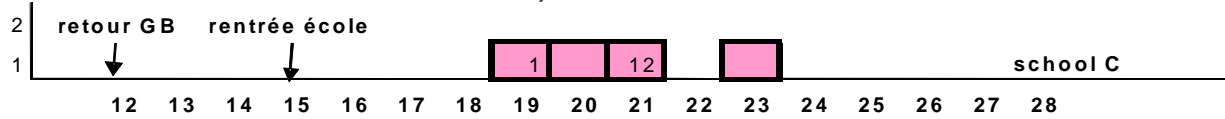
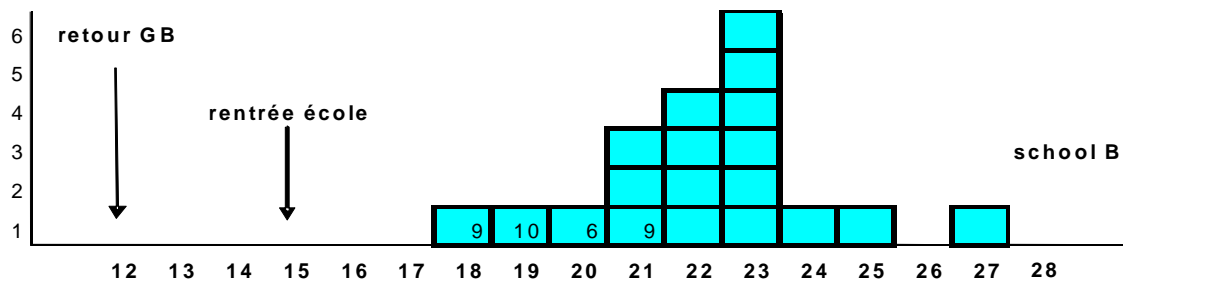
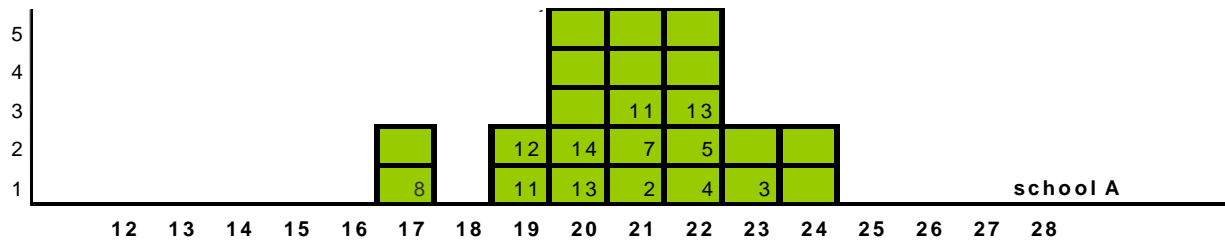
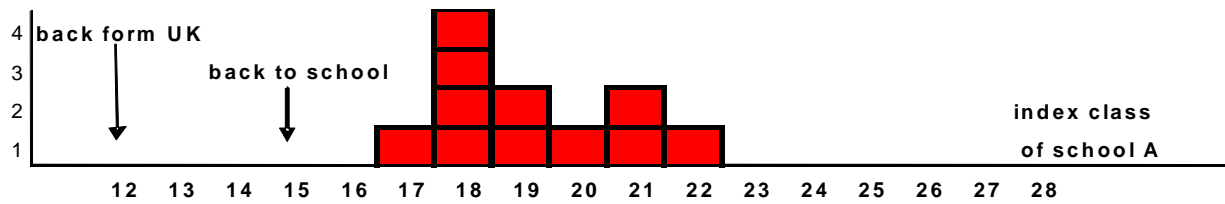
G Chéron

Confirmed, probable and negative cases of influenza A(H1N1) by date of onset, complex of schools in Paris, June 2009



Confirmed cases of influenza A(H1N1) by date of onset and school attended. Complex of schools in Paris, June 2009





Cases of influenza A(H1N1) by date of onset and school, complex of schools in Paris, June 2009

Table 1. Symptoms reported by the confirmed, probable and negative cases of influenza A(H1N1), complex of schools in Paris, June 2009 (n=35, n=81 and n=6).

Symptoms	Confirmed Cases N=35		Symptomatic cases N=81		Negative cases N=6	
	n	%	n	%	n	%
Fever	34	97	75	93	6	100
Cough	23	66	51	63	5	83
Asthenia	17	49	23	28	1	17
Headache	16	46	29	36	3	50
Rhinorrhoea	10	29	21	26	1	17
Sore throat	6	17	15	19	0	0
Abdominal pain	5	14	5	6	0	0
<i>Vomiting</i>	2	6	3	4	0	0

Hackett S et al. Clinical characteristics of paediatric H1N1 admissions in Birmingham, UK. *The Lancet* 2009;374:605

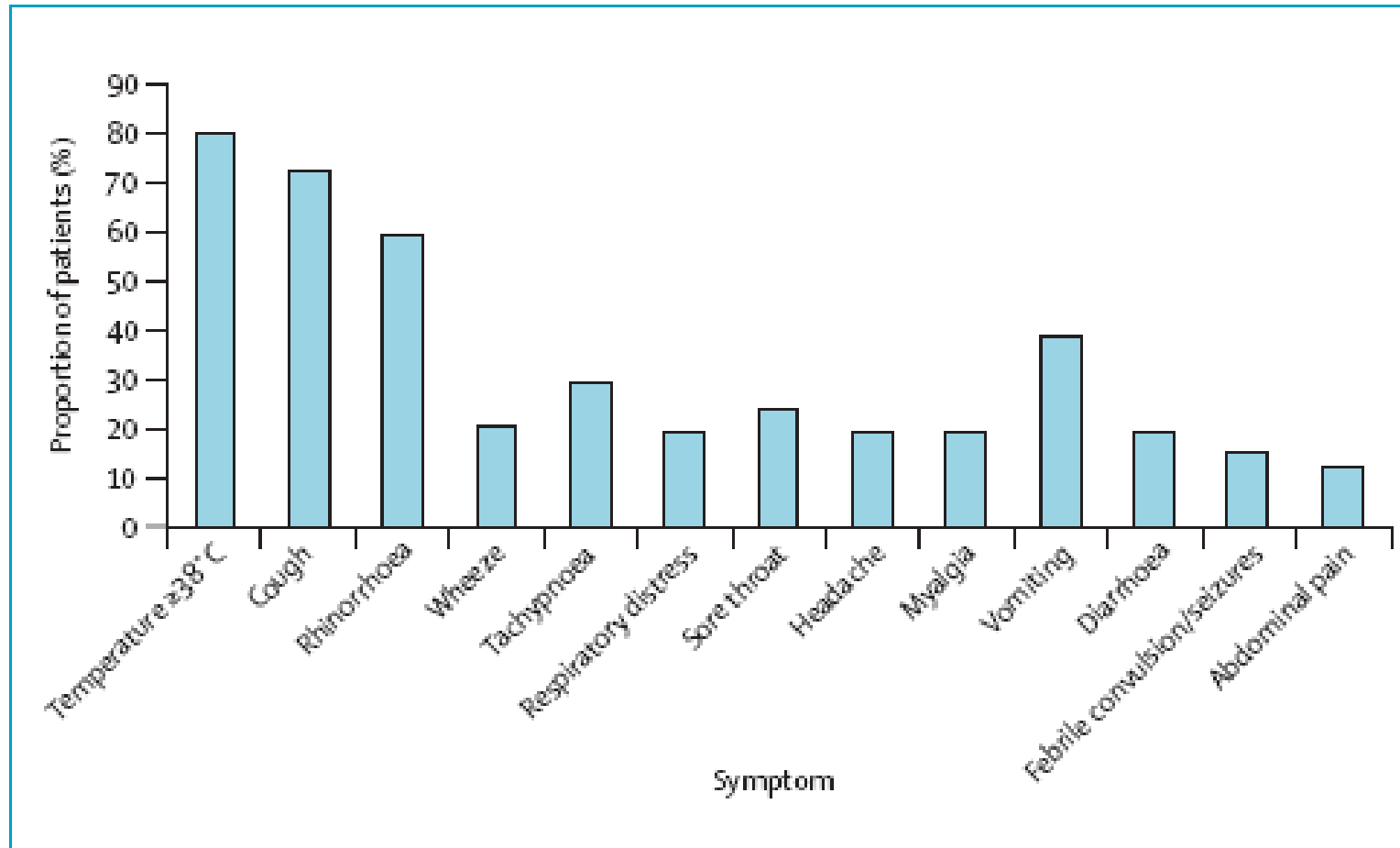


Figure: Proportion of patients with each symptom

Caractéristiques cliniques H1N1. Lancet 2009.

- 5 juin – 4 juillet 2009
- 89 PCR + dont 78 dossiers analysés
- Age médian 5.7 ans
- 29/71 ne répondent pas à la définition d'un cas probable (fièvre $> 38^{\circ}\text{C}$, signes respiratoires, courbatures ou frissons)
- 12/64 ont moins de 38°
- 31/77 ont une affection chronique (asthme, I Resp chronique, retard psycho moteur, maladie neuro musculaire, déficit immunitaire, maladie métabolique ou endocrinienne)
- Durée médiane d'hospitalisation : 24 h
- 10/63 ont une surinfection bactérienne possible
- 6 enfants en soins continus ou en réa (affection chronique)

Que retenir ?

- Des formes d'expression clinique frustrée en grand nombre
- Un traitement préventif ayant peu de chances d'être efficace
- Un traitement préventif posant le problème d'apparition de résistances
- Une surveillance épidémiologique clinique, les prélèvements étant réservés aux formes graves et aux patients à risque

Morbidity and Mortality Weekly Report

September 4, 2009 / Vol 58 / N°34.

- Au 8/8/2009 : 477 décès recensés par les CDC dont 36 enfants < 18 ans
- Décès 1 à 28j (médiane 6 j) après le début de la maladie
- 7 (19%) ont moins de 5 ans
- 24 (67%) ont une ou plusieurs maladies chroniques
 - 22/24 ont un retard psycho moteur
- 23 résultats d'autopsie
 - 10/23 ont une coinfection bactérienne (Staph Aureus, S pneumoniae, S Pyogenes)
 - 8 enfants sans comorbidité > 5 ans décèdent. Six des huit ont des prélèvements: 6/6 ont une surinfection bactérienne

Propositions

- **Un enfant est symptomatique grippe si il a "FIEVRE + TOUX + soit FRISSONS, soit COURBATURES". Il faut trois signes et non deux**
-
- Une forme grave est une forme avec détresse respiratoire (cf le cours EPLS de l'ERC ou RANP) donc nécessitant de l'oxygène

Propositions pédiatriques

Enfants symptomatiques

- **Pour les enfants âgés de plus de 6 mois :**
- - Formes simples : Pas de prélèvement ni de traitement .
- - Formes simples avec facteurs de risque : prélever et traiter si positif
- - Pour les formes graves : Prélèvement + traitement d'emblée + hospitalisation

Propositions pédiatriques

Enfants symptomatiques

- **Pour les nourrissons âgés de 3 à 6 mois**, en l'absence d'autre diagnostic (+++):
 - - Forme simple sans facteur de risque: pas de traitement. Prélever si but épidémiologique et si le labo peut suivre
 - - Forme simple avec facteurs de risque : prélever et traiter si positif
 - Forme grave (oxygéno-dépendante): traiter sans attendre le résultat du prélèvement.

Propositions pédiatriques

Enfants symptomatiques

- **Pour les nourrissons âgés de moins de 3 mois :**
 - Forme simple sans autre facteur de risque: prélever et traiter **si** positif.
 - Forme simple avec autre facteur de risque (cf infra) : prélever et traiter
 - Forme grave (oxygéo-dépendante): prélever, hospitaliser et commencer le traitement

Propositions pédiatriques

- **Facteurs de risque** : les mêmes que pour la bronchiolite (+ le diabète chez les grands, les néphroses) (l'obésité ?)
 - une bronchodysplasie
 - une insuffisance respiratoire restrictive ou obstructive connue
 - une mucoviscidose
 - une cardiopathie congénitale ou acquise
 - une encéphalopathie
 - un déficit immunitaire connu
 - les hypotrophes ayant un rapport Poids / Taille < 2
 - les anciens prématurés âgés de moins de trois mois en âge corrigé

Propositions pédiatriques

- **Pour les contacts asymptomatiques mais à risque au domicile**
 - prélever l'enfant symptomatique, prendre les mesures de protection, attendre le résultat
 - si prélèvement positif ne traiter que les contacts à risque.
- Le contact à risque est
 - un enfant : voir son pédiatre. CNG demande de ne pas faire de traitement préventif mais de prescrire un traitement préemptif (l'équivalent d'un traitement curatif bien que le contact ne soit pas malade)
 - Un adulte voir son médecin traitant

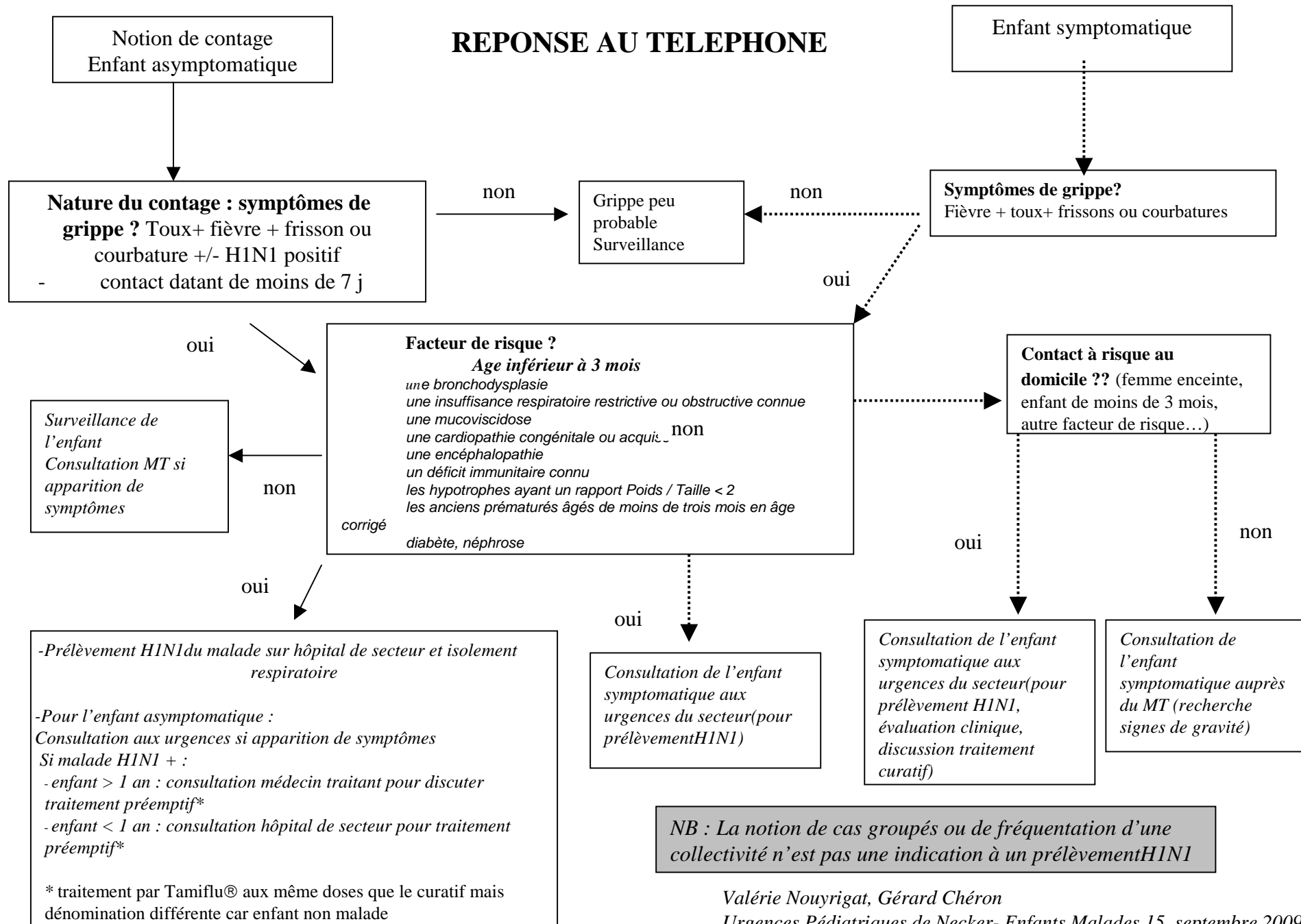
Propositions pédiatriques

- Cas particulier de l'enfant symptomatique dont la mère est enceinte.
- Prélever l'enfant, prendre les mesures de protection (masques, lavage des mains...) et attendre le résultat pour décider ce qu'il convient de faire pour la mère.
- Si la mère devient symptomatique, lui demander de consulter
- Faut il un traitement préventif de la femme enceinte ?
A partir de quel stade de la grossesse ?

Propositions pédiatriques

- Cas particulier du parent H1N1 documenté (ou avec TDR positif) dont l'enfant devient symptomatique
- L'enfant a une grippe. Le prendre en charge en fonction de la gravité, de l'existence ou non de facteurs de risque, de son âge

REPONSE AU TELEPHONE



NB : La notion de cas groupés ou de fréquentation d'une collectivité n'est pas une indication à un prélèvement H1N1