

1. <u>Situation épidémiologique de la grippe A/H1N1 en Tunisie à la date du 28 décembre 2009</u>	1
2. <u>Séroprévalence du virus A (H1N1) 2009 chez les femmes enceintes</u>	5
3. <u>Comparaisons de la mortalité des gripes pandémique et saisonnière.</u>	5
4. <u>Commentaires recueillies sur le forum de ProMed.</u>	7
5. <u>Des formes, «rapidement fatale» de la maladie, à l'origine des décès, sous-tendues par des substratums anatomiques différents.</u>	9
6. <u>Les hospitalisations pédiatriques associées à la grippe pandémique A H1N1 2009 en Argentine</u>	10
7. <u>OMS : La mise à jour hebdomadaire N°80</u>	11

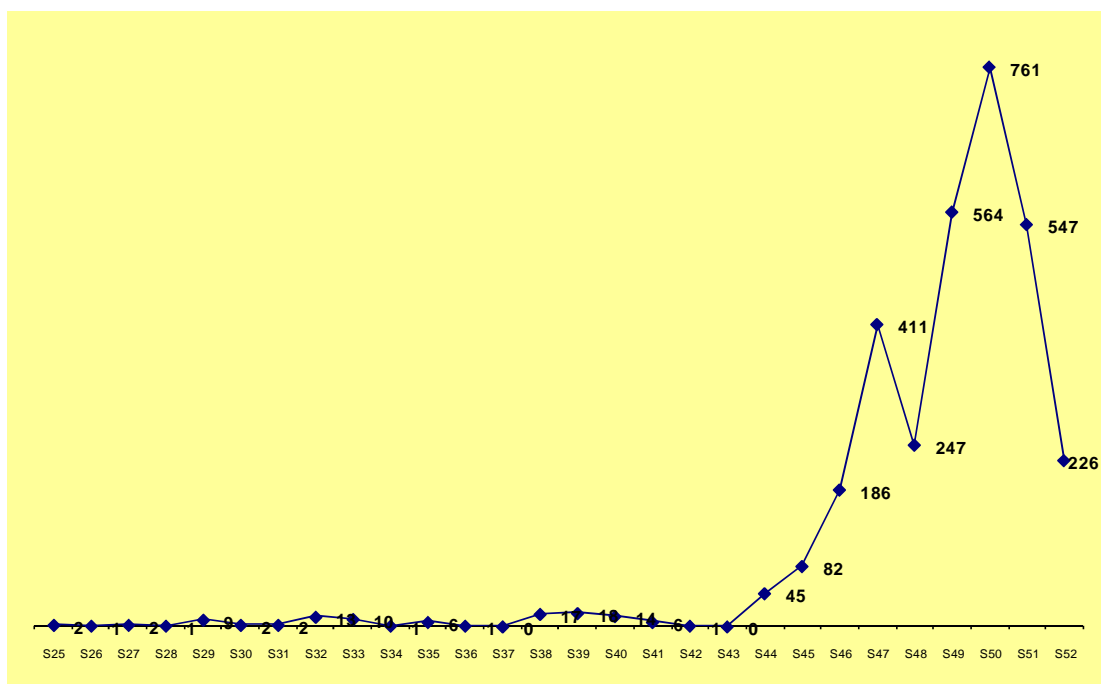
Situation épidémiologique de la grippe A/H1N1 en Tunisie à la date du 28 Décembre 2009

Nombre de cas testés positifs

3 175 cas se répartissant en :

- 1 095 cas confirmés en PCR
- 2 080 cas confirmés en TR

Évolution hebdomadaire du nombre de cas positifs

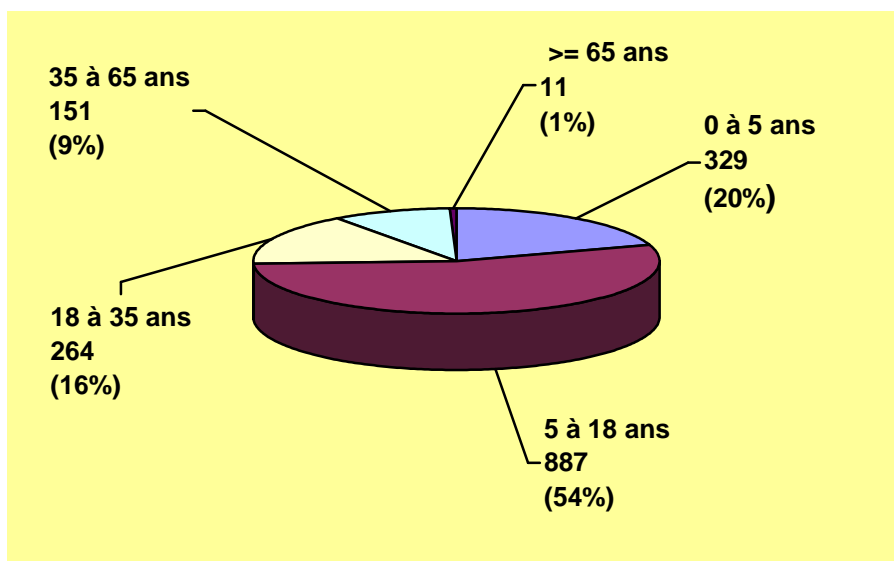


Depuis le début du mois de Décembre, nous remarquons une chute du nombre de cas confirmés. Cette diminution ne doit pas être, à cette date précise, interprétée comme un recul de l'intensité de l'épidémie. Elle est plus vraisemblablement en rapport, au début du mois avec le changement de pratiques en matière de confirmation de cas survenus à la fin du mois de Novembre (on n'a plus recours systématiquement au test de confirmation pour les cas bénins). Plus tard dans le mois, un recul du nombre de cas est possible auquel ont contribué plusieurs facteurs : les vacances de l'Aïd, la période des examens scolaires qui s'accompagne d'une présence moindre d'élèves dans leurs établissements et un réchauffement climatique inhabituel pour la saison, au cours du mois de Décembre).

Répartition selon l'âge, des cas testés positifs

La répartition selon l'âge des cas confirmés (PCR+tests rapides) pour lesquels cette donnée est disponible, montre que les tranches d'âges les plus touchées sont celles : des 5 à 18 ans (54%), suivies des 0 à 5 ans (20%), puis des 18-35 ans (16%) et enfin celles des 35-65 ans (9%). Enfin, les sujets âgés de plus de 65 ans, ne représentent que 1%.

⇒ **90% des malades ont moins de 35 ans**



Répartition par régions, des cas testés positifs

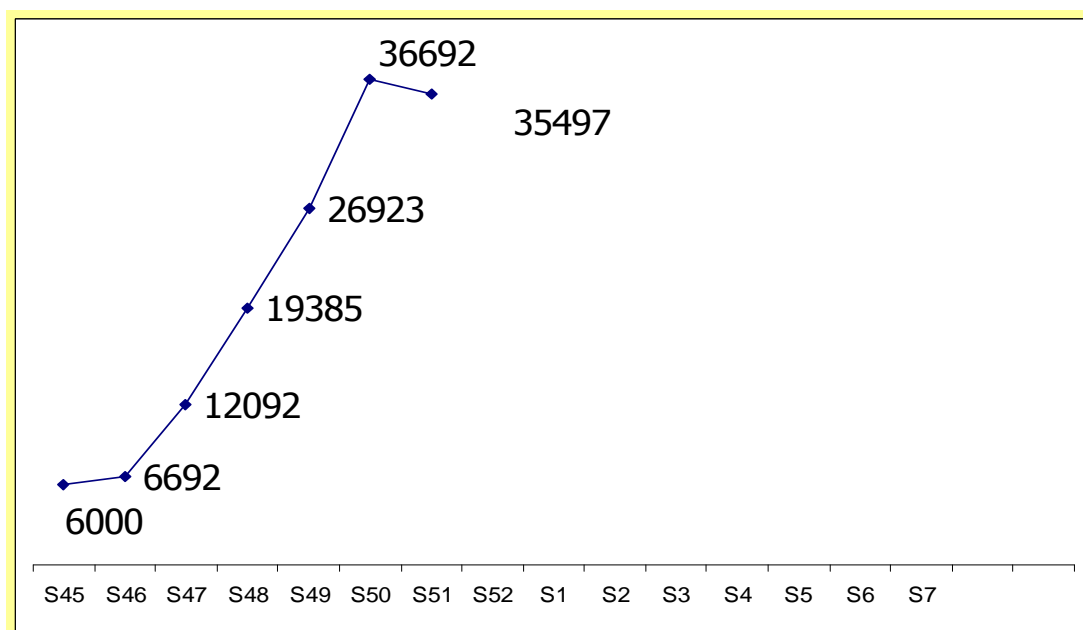
Régions	Positif en TR	Positif en PCR	Total
L'Ariana	572	75	647
Sfax	417	82	499
Tunis	62	402	464
Monastir	168	81	249
Ben Arous	205	18	223
Médenine	99	41	140
Le Kef	124	6	130
Kairouan	100	21	121
Nabeul	11	102	113
Bizerte	45	49	94
Sousse	7	86	93
Gafsa	67	1	68
Mahdia	25	42	67
Manouba	50	9	59
Zaghouan	43	2	45
Béja	38	3	41
Jendouba	9	25	34
Tozeur	14	4	18
Sidi Bouzid		17	17
Tataouine	11	6	17
Kebili	2	9	11
Siliana	4	6	10
Kasserine	3	5	8
Gabès	4	3	7
Total	2080	1095	3175

Nombre de cas estimés

L'estimation du nombre de cas de grippe A/H1N1 se fait à partir de la proportion de malades consultant pour syndrome grippal parmi le total des consultants dans environ 200 centres de santé sentinelles répartis à travers tout le pays, d'une part, et à partir du pourcentage de positivité des tests de recherche du virus A/H1N1 dans les prélèvements parvenus au Laboratoire National de Référence au cours de la semaine. Cette estimation donne donc le nombre hebdomadaire de cas symptomatiques de grippe ayant nécessité une intervention médicale et voici les chiffres à partir de la semaine 45 sur la courbe ci-dessous.

A partir de ces chiffres, il est possible d'estimer le nombre de personnes ayant été infectées par la grippe A(H1N1)2009 en tenant compte des hypothèses suivantes :

- environ 30 % des infections grippales sont asymptomatiques¹,
- environ 51 % des personnes présentant une grippe clinique ont consulté un médecin².



Les espaces grippe se vident, le pic est passé?

On constate qu'après une augmentation pendant six semaines consécutives, le nombre estimé de cas symptomatiques nécessitant une intervention médicale, s'est infléchi durant la 51^{ème} semaine (14 au 20 Décembre).

Le cumul des cas estimés entre le 2 Novembre et le 20 Décembre 2009 a atteint 143 281 cas, soit 1,4% de la population.

¹ Carrat F, Vergu E, Ferguson NM et al. Time Lines of Infection and Disease in Human Influenza: A Review of Volunteer Challenge Studies. Am J Epidemiol 2008;167:775-785

² Données préliminaires d'une enquête téléphonique menée par l'InVS et CSA en population générale.

Cette estimation ne prend pas en compte, bien entendu, les gripes très peu symptomatiques (pour ne pas dire asymptomatiques) et celles, modérées, au point de ne pas justifier une consultation médicale.

Affirmer le passage du pic épidémique exige le maintien et la confirmation de cette tendance à la baisse dans les prochaines semaines (notamment après la fin des vacances scolaires), mais en attendant, tout laisse à croire, que c'est bien le cas !

Dans ce cas, cette 1ère vague épidémique se terminerait vers la fin du mois de Janvier 2010.

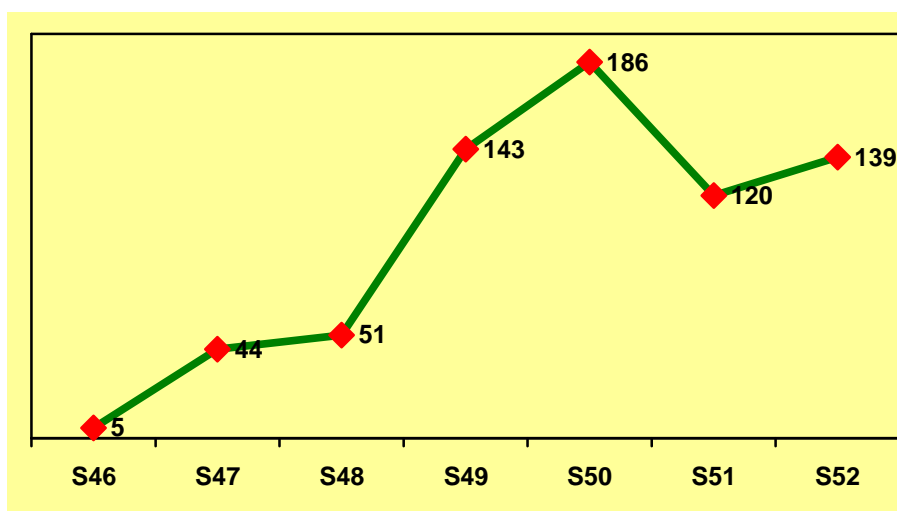
Une deuxième vague, en 2010, vers la fin de l'hiver- début du printemps, serait possible mais peu probable. On peut raisonnablement espérer qu'elle ne sera, qu'une épidémie résiduelle, sans grande portée, une bonne partie de la population, pouvant atteindre les 10%, étant déjà immunisée.

Les hospitalisations

Le total des hospitalisations pour prise en charge de suspicion de grippe A/H1N1, signalées depuis le début du mois de Novembre 2009, a atteint à ce jour 688 dont 50,4% ont concerné des patients qui avaient des facteurs de risques connus. 18,3% ont été hospitalisés dans des services de réanimation pour adultes et 1,5% dans des services de réanimation pédiatrique. Parmi ces malades hospitalisés en réanimation 33,3% ont nécessité une ventilation artificielle.

Notons que parmi l'ensemble des malades hospitalisés 8,2% sont des femmes enceintes et 13,8% sont des enfants (dont 5,2% ont moins de 1 an).

La courbe ci-dessous retrace l'évolution du nombre hebdomadaire d'hospitalisations, en signalant que les données relatives à la dernière semaine sont encore provisoires.



Les décès

18 décès liés à une infection par le virus de la grippe pandémique A/H1N1, testée en Laboratoires, ont été recensés entre le 10 Novembre et le 27 Décembre 2009.

Il s'agit de 11 personnes du sexe masculin et 7 du sexe féminin.

L'âge moyen étant de 36,8 ans, avec des extrêmes variant de 3 mois à 71 ans.

11% ne présentent aucun facteur de risque.

16,6% étaient des femmes enceintes.

72% avaient des facteurs de risques (FR). Les FR les plus fréquemment rencontrés étaient les Broncho-pneumopathies Chroniques et les affections cardiaques, notamment, les Valvulopathies.

La majorité des décès ont eu lieu dans les grandes villes ou les grands conglomérats urbains, là où se concentre une grande partie de la population du pays : à **Tunis** (27,7%), au **Sahel** (*Sousse, Monastir et Mahdia*) (38,8%) et à **Sfax** (16,6%).

15/18 soit 83,3% des décès sont survenus dans un tableau de SDRA et les 3 autres, suite à une aggravation ou à une complication de pathologies préexistantes.

Il faudrait savoir que les décès signalés ne représentent qu'une partie de la réalité, ce ne sont que les décès où le diagnostic de grippe a été confirmé au laboratoire, parce que le malade a été hospitalisé et souvent ceux où l'infection virale est au premier rang du tableau clinique au point d'être incriminé dans la survenue du décès, or ce n'est pas toujours le cas.

Le schéma : grippe => forme grave => hospitalisation=> exploration => cause de décès identifiée avec exactitude, n'est pas toujours réalisé. Beaucoup de gripes ambulatoires non étiquetées peuvent déboucher rapidement sur des décès qui seront souvent expliqués autrement que par la grippe ou elles débouchent sur des complications qui mènent à la mort sous un autre couvert.

La vaccination

A la date du 28 Décembre 2009, la Tunisie dispose de 300 000 doses de Vaccins Adjuvantés (Focetria®) destinées à la vaccination de la population générale et de 30 000 doses de Vaccins non Adjuvanté (Panenza®), destinées aux femmes enceintes et aux enfants âgés de 6 à 23 mois présentant des FR et aux sujets porteurs d'un dysfonctionnement immunitaire.

A ce jour, un total de 141 425 doses a été utilisé :

- **52 915 doses** : des personnes porteuses de FR,
- **11 107 doses** : des personnes appartenant au secteur de la santé,
- **9 515 doses** : des femmes enceintes,

- **36 888 doses** : des personnes appartenant aux secteurs essentiels de l'état.

Une trentaine de milliers de doses sont en cours d'utilisation dans les officines privées.

Malgré cette disponibilité du vaccin, les quantités utilisées demeurent en deçà des attentes. Différentes causes ont été avancées pour expliquer ce phénomène, mais c'est surtout la campagne médiatique menée à l'étranger, discréditant ce vaccin, qui a entraîné, cette réticence, qu'on voit chez les professionnels de la santé, comme dans la population générale, et la fausse idée de bénignité, qui s'avère de plus en plus fausse, qui a été répandue en début de l'épidémie grippale.

Pour accélérer la campagne de vaccination, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a préconisé différentes mesures, dont les principales sont :

- La convocation de malades par divers canaux (CNAM, Médecins, Pharmacies des structures de santé),
- Mise du vaccin dans les polycliniques de la CNSS,
- Suppression de l'obligation de prescription médicale,
- Mobilisation du corps médical par :
 - ⇒ L'organisation de réunions dans les différentes régions,
 - ⇒ Le lancement d'appels par les Conseils de l'Ordre des Médecins et des Dentistes,
- Équipes de médecins prenant des contacts directs avec le personnel hospitalier, dans le but de le convaincre de l'intérêt de la vaccination,
- Intensification de la campagne médiatique et son adaptation à la situation.

Séroprévalence³ du virus A/H1N1 2009 chez les femmes enceintes

Une étude de séroprévalence (Enquête SéroGrippeHebdo, France, 2009-2010) est menée chez les femmes enceintes, afin d'estimer chez les adultes jeunes la proportion de personnes ayant été infectées depuis le début de la pandémie. Pour les semaines 49-50 (du 30 Novembre au 13 Décembre), le taux de séroprévalence dans l'échantillon de femmes enceintes non vaccinées contre le virus A/ H1N1 2009 était de **9,6%**, globalement stable par rapport au taux précédent.

Il n'est pas possible, à partir de ces données, d'estimer le nombre de personnes ayant été infectées dans les tranches d'âges, autres que 20-39 ans, de part les différences attendues de séroprévalence en

³ La séroprévalence correspond à la proportion de femmes enceintes ayant des anticorps vis-à-vis du virus A/H1N1 2009, c'est-à-dire aux femmes enceintes ayant été infectées qu'elles aient présenté ou non des symptômes.

fonction de l'âge. L'estimation du nombre d'hommes et de femmes de 20-39 ans ayant été infectés au moins 15 jours avant le prélèvement était de 1 561 400 (967 000 à 2 154 200) pour les semaines 49-50.

Comparaisons de la mortalité des gripes pandémique et saisonnière

OMS : Note brève N° 20 du 22 Décembre 2009

En recherchant à évaluer la sévérité de la grippe pandémique H1N1, on compare parfois, que ce soit au niveau national ou mondial, les chiffres des décès parmi les cas confirmés et ceux des décès estimés lors de la grippe saisonnière. Pour plusieurs raisons, de telles comparaisons ne sont pas judicieuses et peuvent induire en erreur.

Les nombres des décès par grippe saisonnière sont des estimations. Elles recourent à des modèles statistiques permettant de calculer la surmortalité qui se produit au cours de la période où les virus grippaux circulent largement dans une population donnée.

Les estimations utilisant la mortalité brute (toute cause confondue)

Les modèles utilisent des données, telles qu'elles sont rapportées dans les certificats de décès et les rapports médicaux, indiquant la mortalité toutes causes confondues, et comparent le nombre de décès pendant les épidémies de la grippe saisonnière aux données de la ligne de base des décès enregistrés pendant le reste de l'année. On suppose que les infections par les virus grippaux seraient à l'origine de la « sur mortalité » observée pendant la saison grippale.

Durant les épidémies de la grippe saisonnière, près de 90% des décès se produisent chez des personnes âgées, fragiles, qui souffrent le plus souvent d'une ou de plusieurs pathologies chroniques. Bien que la grippe puisse déséquilibrer et aggraver ces pathologies et contribuer au décès, on n'incrimine pas les virus grippaux, dans la plupart des cas, et les décès sont habituellement attribués à ces pathologies médicales sous jacentes.

Des méthodes pour l'estimation de la surmortalité ont été présentées au 19^{ème} siècle pour saisir ces décès liés à la grippe qui seraient autrement ignorés. De telles évaluations ont aidé à combattre la croyance répandue que la grippe est une maladie bénigne et peu mortelle.

Les décès parmi les cas confirmés au laboratoire

En revanche, le nombre de décès par la grippe pandémique, comme ils ont été notifiés par les autorités nationales sous forme de tableaux par l'OMS, sont les décès chez les cas confirmés au laboratoire et non pas des estimations. Pour plusieurs raisons, ces chiffres ne rendent pas une image réelle de la mortalité pendant la pandémie, qui est sans aucun doute plus élevée que celle donnée par le chiffre de décès chez les cas confirmés au laboratoire.

Étant donné que la grippe pandémique imite les signes et les symptômes de plusieurs maladies infectieuses communes, souvent les médecins ne soupçonnent pas l'infection H1N1 et ne demandent pas de test. C'est particulièrement vrai dans les pays en voie de développement, où les décès de maladies respiratoires, y compris la pneumonie, sont des éventualités fréquentes. D'ailleurs, le test de routine de confirmation de la grippe pandémique est coûteux, difficile, et hors de portée de la plupart des pays.

Quand le test a confirmé l'infection H1N1 chez des patients présentant des pathologies médicales sous-jacentes, beaucoup de médecins déclarent ces décès comme étant dus aux pathologies sous-jacentes, et non pas au virus pandémique. Ces cas ne sont pas également pris en compte dans des statistiques officielles.

Comme des études récentes ont montré, que certains tests diagnostics de l'infection H1N1 ne sont pas totalement fiables, et que les faux négatifs sont fréquents. Les résultats fiables de tests dépendent de la qualité et de la date du prélèvement. Même dans les hôpitaux les mieux équipés, les médecins ont rapporté avoir constaté que des patients présentant des profils typiques et pratiquement identiques de la maladie, ne sont pas tous testés positifs.

D'ailleurs, dans un grand nombre de pays en voie de développement, les systèmes d'état civil sont faibles ou inexistant, signifiant que la plupart des décès ni ne sont pas investigués ou déclarés en termes de cause du décès.

Des groupes d'âges plus jeunes

Les comparaisons des chiffres de décès par la grippe pandémique et saisonnière ne mesurent pas exactement l'impact de la pandémie pour une autre raison. Comparé aux virus de la grippe saisonnière, le virus H1N1 affecte une catégorie d'âges beaucoup plus jeune dans tous ses effets : catégories d'âges le plus souvent infectés, les hospitalisés, ceux exigeant des soins intensifs, et les décès.

L'OMS continue à évaluer l'impact de cette grippe pandémique comme modéré. Les évaluations précises de la mortalité et les taux de létalité ne seront probablement disponibles que deux ans après le pic pandémique, et se fonderont sur des méthodes semblables à celles employées pour calculer la surmortalité pendant des épidémies de grippe saisonnières.

Commentaires recueillis sur le forum de ProMed

1. Dr Julian W Tang

Date: : Le mardi 22 Décembre 2009

*Dr Julian W Tang PhD, MRCP, FRCPath
Consultant/ Virologist
Division of Microbiology/Molecular Diagnostic Centre
Department of Laboratory Medicine
National University Hospital
5 Lower Kent Ridge Road
Singapore 119074
<jwtang49@hotmail.com>*

Pour continuer la discussion au sujet de ce commentaire profitable de l'OMS, les lecteurs de ProMED-courrier doivent savoir que ce débat sur la comparaison entre la sévérité clinique réelle de la pandémie récente A/H1N1 2009 et celle de la grippe saisonnière⁴⁻⁵ est similaire au débat sur la mortalité réelle de la pandémie 1918⁶⁻⁷ qui s'est poursuivi longtemps. Il sera toujours difficile de trancher cette question à moins que les épidémies de grippe saisonnières ne soient à l'avenir investiguées et suivies comme le fut la grippe pandémique A/H1N1 2009 récente, car, en dehors de cette situation de pandémie les infections grippales saisonnières sont rarement investiguées et suivies exhaustivement (excepté, peut-être dans quelques unités pédiatriques).

Il y avait eu une courte occasion de le faire pendant les phases précoces de la pandémie (par exemple pendant les mois d'Avril et Mai 2009), dans les pays où une surveillance de la grippe/suivi clinique avait été intensifiée dès la réception d'informations concernant le démarrage de la pandémie dans le continent Américain, mais avant que le virus pandémique n'arrive en force, comme ce fut le cas dans certains pays

⁴ Influenza pandemic (H1N1) 2009 (13): comments. ProMED-mail archive number 20090722.2598.

⁵ Presanis AM, De Angelis D, Hagy A, et al: The Severity of Pandemic H1N1 Influenza in the United States, from April to July 2009: A Bayesian Analysis. PLoS Med. 2009 Dec; 6(12): e1000207 [available at <<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000207>>].

⁶ Tang JW: Pandemic influenza forecasting: does past performance indicate future performance? Am J Infect Control. 2008 Sep; 36(7): 466-7.

⁷ Morens DM, Taubenberger JK. Understanding influenza backward. JAMA. 2009 Aug 12; 302(6): 679-80.

du Sud-est asiatique (comme Hong Kong et Singapour) et peut-être, en Australie. Dans cet intervalle, les virus grippaux saisonniers circulaient encore dans la population, pendant que le prélèvement et les tests pour le dépistage du virus grippal pandémique ont été mis en place et intensifiés pour dépister le 1^{er} cas de grippe pandémique A/H1N1 dans ces pays.

Autrement, comme il a été précédemment débattu et signalé dans le commentaire de l'OMS ci-dessus, les comparaisons de sévérité entre grippe saisonnière et grippe pandémique ne sont pas possible parce qu'il y a un déséquilibre entre les données disponibles pour les deux, simplement parce que la plupart des équipes médicales pour adultes ne cherchent que rarement à identifier par des examens de laboratoires le virus respiratoire (dont la grippe), responsable de l'infection chez l'adulte et ne peuvent donc incriminer aucune infection virale précise dans un tableau clinique grave. Les équipes pédiatriques sont souvent meilleures à cet égard, étant donné que les infections respiratoires d'origine virales peuvent être plus graves chez l'enfant, en l'absence de toute exposition précédente à un virus et donc d'immunité préexistante.

Les commentaires concernant les évaluations utilisant la mortalité brute et celle reposant sur les décès confirmés au laboratoire, sont intéressants et semblent être les deux faces d'une même pièce de monnaie. Cependant, à la base, une question qui s'impose est : **à partir de quel niveau de participation, une infection grippale est-elle considérée comme la cause réelle du décès?**

Cette participation peut se voir attribuer plus ou moins de poids, selon la personne qui remplit le certificat de décès.

Par exemple, un vieux patient présentant un arrêt cardiaque et/ou un diabète et/ou un cancer chronique avancé, qui contracte une grippe, peut succomber aux complications de ces pathologies associées avec ou en l'absence de signes typiques de pneumonie virale ou de pneumonie bactérienne secondaire. En remplissant le certificat de décès, un médecin infectiologue citera la grippe comme la cause principale du décès avec participation des pathologies chroniques surtout si un test diagnostique pour la grippe a été fait et trouvé positif. Par contre un cardiologue, un endocrinologue, ou un oncologue qui remplira le certificat de décès citera certainement ces pathologies chroniques préexistantes comme cause du décès et la grippe ne sera citée qu'en tant que facteur participant, et cela d'autant plus si aucun test diagnostique pour la grippe n'a été fait.

Ainsi l'implication ou non de la grippe en tant que cause du décès dépendra de la qualité du médecin de garde et/ou de celui qui est responsable du patient à l'heure de la mort. De plus il est à noter que les règlements et procédures régissant les déclarations de décès sont très variables d'un pays à un autre.

Références

1. Influenza pandemic (H1N1) 2009 (13): comments. ProMED-mail archive number 20090722.2598.
2. Influenza pandemic (H1N1) 2009 (125): The mild pandemic. ProMED-mail archive number 20091209.4193.
3. Influenza A(H1N1) - worldwide (67): comments on the 1918 influenza virus. ProMED-mail archive number 20090618.2251.
4. Influenza A (H1N1) - worldwide (71): comments on the 1918 virus (02). ProMED-mail archive number 20090619.2262.
5. Influenza pandemic (H1N1) 2009 (30): assumptions. ProMED-mail archive number 20090813.2879.

2. Commentaires de David Thomson

Date: Le Mardi 22 Décembre 2009

Commentaire de : David Thomson <thomson.david48@gmail.com>

Je suis globalement d'accord avec la note brève de l'OMS. Il est également important d'identifier la particularité que peuvent avoir des virus grippaux comme le virus pandémique de la grippe A/H1N1 2009, d'avoir un modèle atypique de circulation au point de vue chronologique, comme de survenir sur une ou plusieurs vagues itératives printanno-estivale-automnale. Cette situation complique l'évaluation des surmortalités liées à la grippe, puisque durant le reste de l'année, l'image devient relativement plus compliquée que celle qui règne habituellement pour la grippe strictement saisonnière.

Il est également très important de ne pas perdre de vue le fait que la mortalité est loin d'être le seul impact significativement défavorable d'une maladie infectieuse comme la grippe. Malheureusement, la mesure objective de ces autres impacts défavorables aussi bien directs que lointains est habituellement plus compliquée et plus difficile que la mesure de la mortalité.

Les médias populaires tendent souvent à se focaliser uniquement sur les résultats extrêmes et les plus visibles (mortalité) de la grippe et les conséquences simples qui peuvent aisément être saisies par un public large.

Des formes, «rapidement fatales» de la maladie, à l'origine des décès, sous-tendus par des substratums anatomiques différents

Une étude a été menée sur 21 patients âgés de 01 à 68 ans ,qui avaient tous succombé à une infection A H1N1 confirmée, à Sao Paulo au Brésil, en Juillet et Août 2009 .Ces personnes décédées de la grippe H1N1 ont contracté une forme "rapidement fatale" de la maladie, mais le virus les a tué de différentes manières, selon cette étude publiée dans l'édition du 1^{er} Janvier de l'American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, le Journal de la Société Américaine des Maladies du Thorax (American Thoracic Society).

Cette étude réalisée par des chercheurs brésiliens serait une 1^{ère} de son genre, jamais réalisée auparavant. Ils ont pratiqué des autopsies, afin de déterminer les causes précises du décès de victimes de l'infection par le virus A H1N1 2009.

En effet, le manque d'informations sur la physiopathologie de cette maladie constitue un obstacle qui empêche une meilleure gestion clinique et retarde la mise en œuvre de la stratégie thérapeutique

La plupart des décédés étaient âgés entre 30 et 59 ans. Les trois-quarts (76%) d'entre eux avaient des affections sous-jacentes, comme des maladies cardiaques ou un cancer, mais il n'y avait pas de facteurs détériorant l'état de santé clairement rapportés chez le quart restant. Tous ont présenté une forme progressive et/ou rapidement mortelle de la maladie.

Alors que les données antérieures montraient que la plupart des patients atteints d'une infection non mortelle ont présenté un état fébrile, avec toux et courbatures (myalgies), la plupart des patients atteints d'une forme mortelle de la maladie avaient présenté des difficultés respiratoires (dyspnée), alors que la fièvre et les myalgies étaient moins fréquentes.

Tous ces patients sont décédés dans un contexte de maladie respiratoire aiguë, mais il y avait trois tableaux distincts de cette atteinte pulmonaire avec des lésions de trois types différents :

- Soit des lésions pulmonaires aiguës sévères isolées,
- Soit des lésions pulmonaires aiguës associées à une inflammation des petites bronches (bronchiolite nécrosante),
- Soit des lésions pulmonaires aiguës associées à une "tendance hémorragique".

Les patients atteints de bronchiolite nécrosante seraient plus susceptibles de développer une coïnfection bactérienne.

Les patients atteints de maladies cardiaques et de cancer seraient plus exposés à la forme hémorragique.

Le fait d'avoir des problèmes médicaux sous-jacents semble avoir favorisé la survenue d'une infection sévère par le virus de la grippe H1N1. Seize des 21 patients étudiés souffraient de problèmes de santé chroniques, comme des maladies du cœur ou des cancers. Chez ces patients, l'infection A H1N1 pourrait être une maladie potentiellement mortelle, nécessitant une prise en charge précoce et rapide en soins intensifs, y compris les stratégies de ventilation et une gestion hémodynamique préventive appropriée.

38% de ces patients avaient une infection bactérienne (broncho-pneumopathie) avec pour conséquence importante, la nécessité pour ces patients d'un traitement antibiotique, en plus du traitement antiviral.

Chez certains patients, les chercheurs ont également mis en évidence les stigmates d'une "réponse immunitaire aberrante": une réponse inflammatoire exagérée à l'infection virale qui détruit les tissus pulmonaires, provoquant des lésions sévères des poumons et une insuffisance respiratoire fatale. Il s'agit d'une «invasion de cytokine», qui serait impliquée de manière quasi certaine dans la pathogénie de ces cas mortels par l'infection A H1N1, cette réponse inflammatoire démesurée déclenchée par l'infection

virale, endommagerait les tissus pulmonaires, provoquant ainsi des lésions pulmonaires aiguës et une insuffisance respiratoire mortelle.

De plus amples recherches sur ces mécanismes pulmonaires seraient nécessaires, et pourraient déboucher sur de nouvelles approches thérapeutiques! ...

Source: Science Centric, American Thoracic Society report [edited]
<<http://www.sciencecentric.com/news/article.php?q=09122344-researchers-find-new-patterns-h1n1-deaths>>

Les hospitalisations pédiatriques associées à la grippe pandémique A H1N1 2009 en Argentine

Date: Le Mercredi 23 Décembre 2009
Source: New England Journal of Medicine (NEJM)
<<http://content.nejm.org/cgi/content/full/NEJMoa0907673>>

Contexte

Tandis que l'Hémisphère Nord est en train de subir les effets de l'infection par le virus de la grippe pandémique A H1N1 2009, les données récentes de la grippe saisonnière dans l'Hémisphère Sud peuvent fournir des informations importantes relatives à la charge de morbidité infantile.

Méthode

Nous avons mené une étude rétrospective sur des séries d'enfants présentant une infection aiguë des voies respiratoires inférieures ou une fièvre, chez qui la grippe pandémique AH1N1 2009 a été diagnostiquée par RT-PCR et qui ont été admis dans l'un parmi 6 hôpitaux pédiatriques desservant une population de 1,2 millions d'enfants. Nous avons comparé les taux d'hospitalisation et de létalité, chez eux à ceux observés pour des séries d'enfants ajustées sur l'âge, infectés par des souches virales de grippe saisonnière, lors des années précédentes.

Résultats

Entre les mois de Mai et Juillet 2009, un total de 251 enfants a été hospitalisé avec un diagnostic de grippe AH1N1 2009. Les taux d'hospitalisations ont doublé, par rapport à ceux de la grippe saisonnière en 2008. Parmi les enfants hospitalisés, 47 (19%) ont été admis en Unité de Soins Intensifs (USI), pour 42 (17%) d'entre eux, on a eu recours à la ventilation mécanique, et 13 (5%) sont décédés. Le taux global de létalité était de 1,1 pour 100 000 enfants, contre 0,1 pour 100 000 enfants, au cours de la saison de grippe saisonnière de 2007. Aucun décès pédiatrique en rapport avec une grippe saisonnière n'a été signalé en 2008. La plupart des décès ont été causés par une hypoxémie réfractaire chez des nourrissons de moins de un an (taux de létalité : 7,6 pour 100 000).

Conclusion

La grippe pandémique A/H1N1 2009 a été associée à des taux de mortalité infantiles 10 fois supérieurs à ceux associés aux gripes saisonnières, durant les années précédentes.

OMS : La mise à jour hebdomadaire N°80

A la date du 20 Décembre 2009, à travers le monde, plus de 208 pays et territoires ou communautés ont rapporté des cas confirmés en laboratoire de grippe pandémique H1N1 2009, dont au moins 11.516 décès.

Dans les zones tempérées de l'Hémisphère Nord

La circulation du virus grippal pandémique demeure importante et géographiquement étendue. Le pic épidémique est atteint ou dépassé dans de nombreuses régions, en particulier en Amérique du Nord. L'activité grippale continue à s'intensifier dans les zones touchées tardivement au Centre et au Sud-est de l'Europe, ainsi que dans certaines régions à l'Ouest, centre et Sud de l'Asie.

Aux Etats-Unis et au Canada

L'activité grippale reste géographiquement étendue, mais les niveaux globaux de SG ont baissé de manière significative approchant du niveau de base aux USA et se situant en dessous de ce niveau au Canada. De même, le nombre d'hospitalisations et de décès est entrain de baisser progressivement après avoir atteint un pic il y'a 6 semaines. La mortalité spécifique par pneumonie et par grippe (P&I mortality) reste cependant élevée au-dessus du seuil, pour la 11ème semaine consécutive.

Au Canada, les taux de SG, le nombre de cas groupés et la proportion de prélèvements testés positifs pour la grippe ont considérablement baissé depuis le pic atteint il y a six semaines. Environ 53% des cas hospitalisés au Canada avaient une affection médicale sous-jacente. Les cas ayant une affection sous-jacente étaient plus âgés que ceux qui n'en avaient pas et étaient donc à risque plus élevé d'hospitalisations et de décès. Au Canada également une proportion plus petite de cas hospitalisés au cours de la saison hivernale de circulation virale, comparativement aux cas hospitalisés au cours de la saison estivale, étaient des personnes d'origine autochtone (3,9% vs 20,3%).

En Europe

Une extension géographique et une transmission active du virus pandémique continuent d'être observées à travers tout le continent. Mais l'activité globale de la pandémie de grippe semble avoir atteint son pic dans une majorité de pays. Au moins dix pays ont indiqué que 30% ou plus de leurs prélèvements respiratoires sentinelles ont été testés positifs pour la grippe. Plus de 98% des virus A sous-typés sont des virus de la grippe A H1N1 2009, cependant, les formes saisonnières (H1N1, H3N2, et le type B) continuent d'être détectés à des niveaux faibles.

Il est à noter que certains pays connaissent encore une augmentation de l'activité de la maladie et n'ont pas encore atteint leurs pics (La Hongrie et Le Monténégro), tandis que d'autres connaissent une résurgence de l'activité (La Serbie, L'Ukraine, La Géorgie et La Turquie). Les niveaux de consultation pour SG ont revenus à leurs niveaux de base saisonniers dans les zones touchées en premier en Europe de l'Ouest (Belgique, Pays-Bas, Irlande et Islande) et une baisse sensible de l'activité a été observée dans une grande partie de l'Europe du Nord au cours du mois écoulé.

En Europe du Sud et du Centre, où la transmission virale a été la plus active dernièrement, l'activité de la maladie a atteint son plateau dans plusieurs régions (Albanie, République tchèque, Estonie), ou a commencé à décliner (Autriche, Allemagne, Pologne, Lettonie, Croatie, Slovaquie et Grèce). Plus à l'Est, l'activité grippale reste variable, la Fédération de Russie a déclaré une baisse régulière des taux d'infections respiratoires aiguës, après le pic d'il ya trois semaines, tandis que plusieurs autres états font part d'une hausse des taux de SG/IRA (Ukraine et Géorgie).

En Europe, les taux les plus élevés de SG ont été enregistrés parmi les enfants âgés de 0 à 4 ans (dans 15 pays) et parmi les enfants âgés de 5 à 14 ans (dans 18 pays).

Les détections du virus SR, en Europe ont continué à augmenter au cours des six dernières semaines, expliquant en partie l'activité élevée de SG parmi les enfants en bas âge dans certains pays.

En Asie

A l'Ouest et au centre de l'Asie, des données partielles et limitées font état d'une circulation virale qui reste active à travers la région, toutefois la tendance de la maladie reste variable. Une activité des pathologies respiratoires a été signalée au Kazakhstan et en Egypte, tandis que plusieurs autres pays, tels qu'Israël et Oman, ont rapporté une tendance à la baisse des maladies respiratoires, après avoir enregistré des pics il y a près d'un mois.

En Asie de l'Est, la situation de transmission active semble se maintenir identique à la semaine précédente, mais apparaît comme étant globalement en déclin. L'activité SGIRA a récemment atteint son pic, mais continue à baisser au Japon, en Chine du Nord et du Sud, à Formose et en Mongolie. Dans le

Sud de l'Asie, l'activité grippale continue son ascension dans le Nord de l'Inde, au Népal et au Sri Lanka.

En Amérique du Sud

Dans les régions tropicales de l'Amérique Centrale et du Sud, ainsi qu'aux Caraïbes, la transmission grippale reste géographiquement répandue mais l'activité de la maladie est globalement en baisse ou demeure inchangée dans la plupart des zones sauf pour l'île de la Barbade et l'Equateur où de récentes augmentations de l'activité des IRA ont été rapportées.

Dans la région tempérée de l'Hémisphère Sud

Dans les régions tempérées de l'Hémisphère Sud, des cas sporadiques de grippe pandémique ontinuent à être signalés sans preuve de transmission communautaire soutenue.

Le Global Influenza Surveillance Network (GISN) continue de surveiller la circulation mondiale des virus grippaux, ceux de la grippe pandémique et saisonnière mais aussi celles d'autres virus infectieux ou à potentiel infectieux pour les humains.



2010

Bonne année

République Tunisienne
Ministère de la Santé Publique
Observatoire National des Maladies Nouvelles et Emergentes
5-7, Rue Khartoum. Tunis belvédère-1002.
Tel : 216 71894512 / 216 71894525. Fax : 216 71894533
E-mail : onmne@rns.tn