

# La grippe en institution de personnes âgées



ARlin Provence-Alpes Côte d'Azur

Docteur JC DELAROZIERE

## Epidémiologie

Les IRA 1<sup>ère</sup> cause de mortalité d'origine infectieuse en EHPAD et 1<sup>ère</sup> cause de transfert vers l'hôpital.

Les virus *influenza* y occupent une place prépondérante. Le virus respiratoire syncytial y est aussi fréquent.

*Myxovirus influenzae* : virus à ARN non spécifique de l'homme.

## Epidémiologie de la grippe

En moyenne, 2,5 millions de personnes seraient concernées chaque année.

L'épidémie survient entre novembre et avril et dure en moyenne 9 semaines.

La grippe peut entraîner des complications graves chez les sujets à risque (personnes âgées ou sujets fragilisés par une pathologie chronique sous-jacente).

La mortalité imputable à la grippe saisonnière concerne essentiellement les sujets âgés (**plus de 90 % des décès** liés à la grippe surviennent chez des personnes de 65 ans et plus).

## Les virus de la grippe

Les Myxovirus influenzae sont des virus intra-cellulaires obligatoires.

Leurs caractères antigéniques permettent de les classer en 3 types majeurs : A, B, C distincts et sans immunisation croisée.

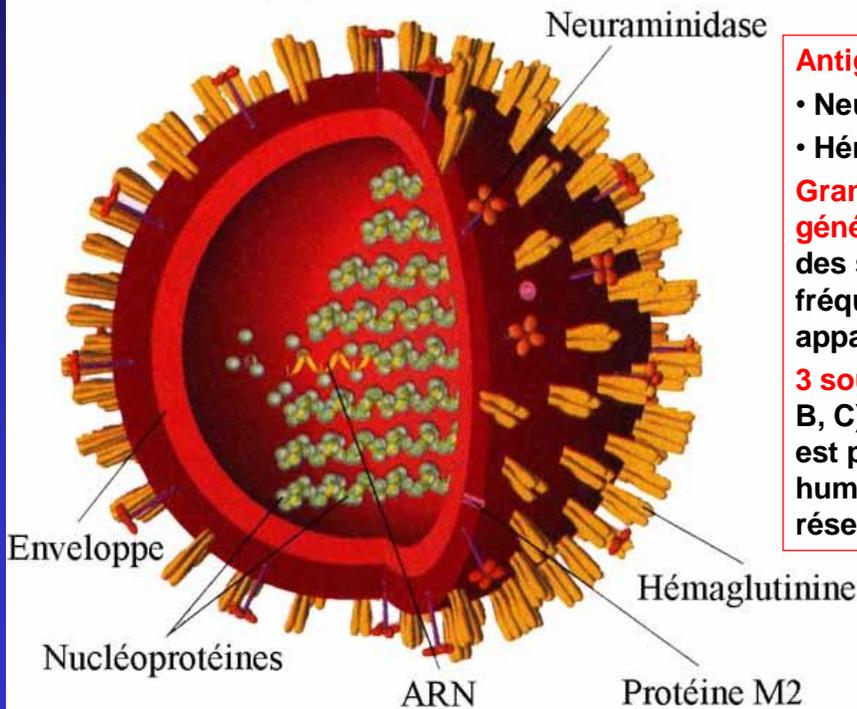
Seuls les types A et B entraînent des épidémies.

Le virus A est majoritaire. Ce virus peut infecter d'autres espèces animales (oiseaux, porcs...). Les virus A sont identifiés en fonction de leurs antigènes de surface (hémagglutinine et neuraminidase).

Le virus A de la pandémie 2009-2010 était le virus A (H1N1).

# Le virus de la grippe

## Virus de la grippe



### Antigènes de surface :

- Neuraminidase (N)
- Hémagglutinines (H)

**Grande variabilité génétique** : modification des souches très fréquentes (elles apparaissent en Asie)

**3 souches majeures** (A, B, C) dont le réservoir est principalement humain (existence réservoir animal).

## Pourquoi le virus grippal cause des épidémies ?

Virus très contagieux par voie aérienne inter-humaine.

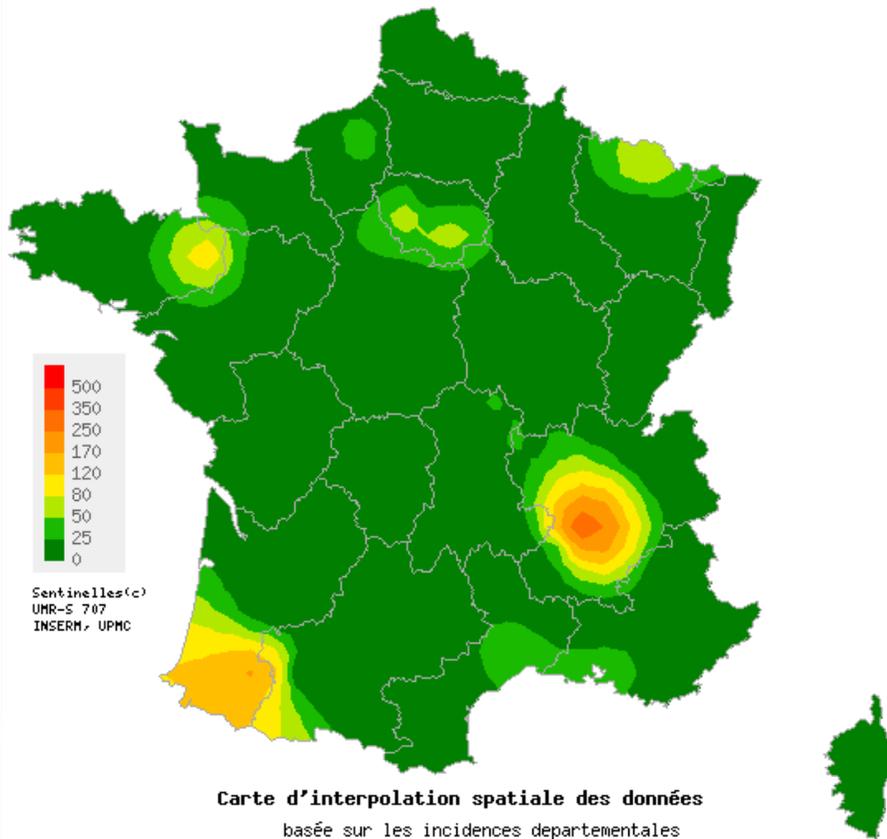
**Variabilité antigénique** +++, surtout virus A (absence immunisation durable) :

- Modification majeure (cassure) : pandémie (tous les 20-30 ans environ)
- Modification mineure (glissement) : épidémie saisonnière

Rappels :

- Epidémie = survenue de cas groupés
- Pandémie = épidémie mondiale

Syndromes grippaux Semaine 201242  
en nombre de cas pour 100 000 habitants



C

## Clinique

**Incubation** : 24 à 72 heures.

Le malade excrète le maximum de virus le 1<sup>er</sup> jour de l'infection (mais le virus peut se retrouver jusqu'à 7 jours après).

**Phase d'invasion** : Symptômes brutaux : malaise, frissons, fièvre, céphalées, myalgies.

**Phase d'état** :

- Syndrome infectieux (fièvre, tachycardie, frissons...)
- Syndrome respiratoire : rhinorrhée, dysphonie, toux sèche...
- Syndrome algique : arthralgies, myalgies, céphalées

**Guérison** spontanée chez la personne en bonne santé en 4 à 7 jours.

Parfois complications : grippe maligne, surinfection bactérienne, troubles digestifs, méningite lymphocytaire...

## Diagnostic

Le diagnostic de la grippe commune peut être fait facilement en période épidémique grâce à la clinique, mais il existe des tests biologiques pour un diagnostic de certitude : isolement du virus sur culture cellulaire, sérologie, biologie moléculaire mais aussi les **tests rapides** de détection antigénique.

## Réalisation des TDR

En période de circulation grippale et de cas groupés. Effectués sur au moins 3 cas et rapidement (au plus tard dans les 48 heures suivant le début des signes).

Si l'ensemble des TDR (au minimum trois) sont négatifs, des étiologies autres que la grippe devront être envisagées et recherchées si possible mais l'usage de tests moléculaires, **plus sensibles**, est également indiqué.

La rapidité d'un diagnostic virologique est importante pour limiter l'usage de traitement antibiotique et mettre en œuvre une prophylaxie des contacts selon les recommandations nationales en cours (grippe et antiviraux).

Afin de confirmer l'étiologie d'un cas groupé, il n'est pas nécessaire de prélever tous les cas.

## Signes cliniques chez le patient âgé

Le tableau clinique est souvent trompeur chez le sujet âgé. La fièvre et la toux sont absentes dans un cas sur trois. L'expectoration et la dyspnée manquent près d'une fois sur deux.

Il faudra y penser devant des signes peu spécifiques comme un état confusionnel, une anorexie, des chutes, une altération de l'état général, un amaigrissement, des douleurs abdominales, un malaise, une somnolence, une incontinence, une décompensation d'insuffisance respiratoire chronique ou d'insuffisance cardiaque, etc.

A l'auscultation pulmonaire, des râles, des ronchi ou des crépitants sont perçus dans plus de 80 % des cas. Leur caractère localisé est un signe en faveur d'une infection pulmonaire. C'est le signe clinique le plus sensible avec la polypnée supérieure à 25 inspirations par minute.

Dans tous les cas, il faut **s'assurer qu'il s'agit d'un cas isolé.**

## Diagnostiques différentiels

Si les TDR gripes sont négatifs les tests moléculaires multiplex sont à privilégier. Ils permettent de détecter en un temps limité de nombreux pathogènes (virus respiratoire syncytial, metapneumovirus humain, virus parainfluenza, adénovirusvirus, virus influenza A, B ...).

Certains tests moléculaires multiplex pour le diagnostic étiologique des infections respiratoires incluent la détection de quelques bactéries (*Chlamydophila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, *Legionella pneumophila*).

A noter : Il existe aussi des TDR pour le VRS mais qui posent le même problème en ce qui concerne la sensibilité.

## Prévention

La prévention repose principalement sur la **vaccination** des personnels, mais aussi des résidents ou patients (longs séjours, EHPAD...).

Dans quelques **rares cas** : oseltamivir (prophylaxie).

On peut être amené à donner de l'Oseltamivir à des patients à risque même vaccinés.

**L'OSELTAMIVIR N'EST PAS UNE ALTERNATIVE A LA VACCINATION.**

## Prévention

L'intérêt de la **vaccination** des **personnes de 65 ans** et plus n'est plus à démontrer.

La prévention par **vaccination** des **personnels** est à mettre en place dans tous les établissements de soins et les EHPAD.

Pour la vaccination des personnels dans les établissements de santé, les équipes mobiles de vaccination, la mise à disposition du vaccin la nuit et le week-end, l'information sur la grippe nosocomiale ont, d'après la littérature, un impact favorable sur le taux de vaccination du personnel soignant.

## La vaccination

La vaccination contre la grippe des personnes à risque est destinée à réduire les décès et les formes graves liés à la maladie chez les personnes à risque, notamment les personnes âgées de 65 ans et plus.

La vaccination du personnel soignant dans les collectivités de sujets âgés pourrait entraîner une diminution de la mortalité des résidents.

Les couvertures vaccinales contre la grippe en France sont rassurantes pour ce qui concerne les résidents avec des couvertures plusieurs fois mesurées supérieures à 85 %. Malgré de bonnes couvertures vaccinales, il existe de véritables épidémies car le vaccin est moins immunogène chez le sujet âgé et il est estimé que 50 % des résidents vaccinés sont réellement protégés.

L'idée de limiter la circulation virale dans les Ehpad en demandant une vaccination antigrippale aux professionnels a donc été proposée.

## La vaccination

Ce vaccin inactivé, utilisé depuis de nombreuses années, est composé chaque année en fonction de la souche attendue lors de l'épidémie (parfois il peut y avoir une inadéquation antigénique entre le vaccin et la souche circulante). 3 souches (2 sous-type A, 1 sous-type B)

Il est efficace dans 70 à 90% des cas (moins chez les personnes âgées).

Vaccination d'octobre à novembre; induit une protection en 15 jours.

Recommandée pour les **soignants**, les personnes de **65 ans et plus**, les **personnes à risques...**

## La vaccination

Effets secondaires de la vaccination sont **modérés**. Plusieurs études montrent qu'ils ne sont pas plus fréquents qu'avec un placebo. Ils sont principalement locaux, les effets généraux (fièvre, myalgies) sont plus rares.

Le vaccin ne « donne » pas la grippe.

Les contre-indications sont rares (principalement allergie à l'ovalbumine).

## La grippe nosocomiale (1)

Des études montrent les effets délétères d'épidémies de grippe dans les établissements de soins, et leurs fréquences importantes (elles sont généralement sous-déclarées).

Une étude réalisée en Grande Bretagne durant l'hiver 1993-94 a montré que 23% des professionnels de santé d'un établissement avaient contracté une grippe, et que les  $\frac{3}{4}$  d'entre eux avaient continué à travailler, permettant ainsi d'entretenir l'épidémie au sein de l'établissement.

**Eviction des professionnels malades**

## La grippe nosocomiale (2)

A la suite d'une épidémie de grippe on retrouve dans la littérature 16% de mortalité en gériatrie et jusqu'à 33-66% dans les unités de transplantation ou les réanimations. L'épidémie entraîne par ailleurs une désorganisation des services de soins.

Le diagnostic est important (patients et soignants), car une grippe non diagnostiquée peut entraîner une épidémie (utilisation des méthodes de diagnostic rapides).

Des études montrent que la **vaccination du personnel** a pour effet de diminuer la mortalité chez les patients mais leur **couverture vaccinale est très souvent insuffisante** pour éviter qu'ils ne jouent un rôle de réservoir au sein de l'établissement.

## La grippe nosocomiale (3)

**Vaccination : 31% de séroconversion entre 70 et 80 ans, et 11% après 80 ans. Mais réduction de 25% de la morbidité, de 20% de l'hospitalisation et de 70% de la mortalité.**

**La vaccination d'une personne âgée ne permet donc pas d'écarter le diagnostic de grippe.**

## Mauvaise vaccination des professionnels de santé

Il existe différentes causes qui peuvent expliquer cette mauvaise couverture vaccinale :

- Professionnels ne se sentent pas à risque
- Ils doutent de l'efficacité de la vaccination
- Ils ont peur des effets secondaires
- Ils ne sont pas conscients des risques pour leurs patients

Que faire :

- Mise à disposition des vaccins
- Promotion/information
- Equipes mobiles

## Que faire en cas de grippe ?

### Traitement des patients à risque atteints

#### Mesures symptomatiques

- Repos, antalgiques, antipyrétiques, hydratation...

#### Traitement antiviral

- oseltamivir (Tamiflu®)
- zanamivir (Relenza®)

Transférer le patient en cas de complications

Traitement prophylactique des sujets contacts.

## Oseltamivir (Tamiflu)

### Traitement d'une personne malade

- Dans les 48h après les premiers signes
- Posologie : 2 gél/j pendant 5 jours

### Traitement prophylactique post-exposition

- Personne  $\geq$  13 ans
- Dans les 48h post-contact
- Posologie : 1 gél/j pendant 10j

### Traitement prophylactique

- Posologie : 1 gél/j pendant 6 semaines maximum

## Conclusion

Grippe = maladie grave dans certaines populations. Très grande variabilité du virus.

Contagiosité +++ avec transmission respiratoire

Risque = épidémie (fréquent)

Prévention +++ Mesure de prévention la plus efficace = vaccination résidents et personnels

Se tenir au courant de l'évolution de l'épidémie ([www.sentiweb.org](http://www.sentiweb.org)) et de la conduite à tenir (<http://www.sante-sports.gouv.fr/grippe/>)

Réaliser des TDR en cas de suspicion pour mettre en route si nécessaire les traitements.

Mettre en place des mesures barrières