

## **MESURES DE PRISE EN CHARGE MEDICALE DES MALADES ATTEINTS DE GRIPPE ET DE LEURS CONTACTS**

Annexe réalisée en collaboration avec l'AFSSAPS et le GTA d'après un document de la SPILF, actualisée le 7/10/2004 (<sup>1</sup>)

En période de pandémie, une situation de «débordement» est à craindre. La prise en charge des autres pathologies par l'ensemble des professionnels de santé est perturbée.

La prise en charge des malades atteints de grippe et de leurs contacts pourra varier en fonction :

- de la gravité de la maladie
- de la disponibilité des traitements et des moyens de prévention
- de l'incidence

### **1 - Principes**

La prise en charge répond à plusieurs principes :

- Les soins à domicile par le médecin traitant sont privilégiés
- Les prescriptions doivent rester strictement adaptées à la pathologie
- Aucun examen complémentaire n'a de place dans les formes typiques simples. Cependant, en cas d'aggravation, des examens complémentaires simples (en priorité numération formule sanguine, protéine C réactive, examens cyto bactériologiques des urines, radiographie thoracique) aident à préciser le diagnostic de surinfection ou d'une autre pathologie bactérienne
- Certains symptômes peuvent être dus à d'autres maladies voire à des effets indésirables des traitements spécifiques de la grippe
- Les pathologies chroniques (cardiovasculaire, respiratoire, métabolique, immunologique, néphrologique, hématologique) sont des facteurs de risque de complication et de décès. Leur prise en charge spécifique ne doit pas être mise au second plan.
- La répartition des complications dans la population peut être différente de celle constatée dans les épidémies de grippe saisonnière. Des populations sans facteur de risque (jeunes par exemple) peuvent être particulièrement touchées lors d'une pandémie (cf. pandémie de 1918).

### **2 - Prise en charge du malade**

En période de pandémie, les signes cliniques peuvent être différents des signes développés lors d'une épidémie annuelle. Les premiers cas observés risquent d'être difficiles à rattacher au virus grippal. Il est probable que la valeur prédictive du diagnostic clinique soit ensuite identique à celle habituellement observée en période épidémique.

---

<sup>1</sup>) les recommandations de bonnes pratiques de l'antibiothérapie sur les infections respiratoires sont en cours de révision par l'Afssaps (mars 2005)

**Dans les cas de suspicion de grippe aviaire, les tests de diagnostic rapide (TDR) de la grippe au chevet du patient (à domicile ou à l'hôpital) n'ont pas leur place dans le protocole de prise en charge d'un cas suspect.** Leur usage a été écarté pour les raisons suivantes:

- Le seul intérêt d'un TDR grippe serait l'exclusion du cas.
- Or ces TDR ont une sensibilité insuffisante de 60 à 80% pour pouvoir garantir une exclusion raisonnable (problème des faux négatifs).
- De plus, dans ce contexte, en cas de positivité pour la grippe A, aucun TDR grippe ne peut à ce jour indiquer s'il s'agit d'un virus A(H5) ou A(H1) ou A(H3) courant. Ceci peut engendrer une prise en charge exagérée du patient alors qu'il peut être atteint d'une grippe saisonnière.

### **3 - Traitements**

#### **3.1. Traitement des symptômes de la grippe**

Les traitements comprennent les traitements antiviraux, les traitements symptomatiques et les traitements de complications. Seuls sont traités ici les aspects spécifiques des traitements symptomatiques et des traitements des surinfections bactériennes. L'utilisation des traitements anti-viraux est détaillée dans la fiche « Doctrine d'utilisation des antiviraux ».

A la lueur des données disponibles, le traitement médicamenteux, lorsqu'il est préconisé, doit rester minimal. Le plus souvent symptomatique, il est guidé par la clinique (fièvre, toux sèche, catarrhe des voies aériennes supérieures, encombrement bronchique, traitement d'une crise d'asthme, troubles digestifs notamment chez l'enfant).

Il convient de ne traiter par antibiotique que les infections bactériennes patentes dont les plus fréquentes sont, chez l'adulte, les surinfections bactériennes broncho-pulmonaires et chez l'enfant, l'otite moyenne aiguë.

#### **Chez l'enfant**

Le traitement des symptômes de la grippe et notamment de la fièvre, symptôme majeur potentiellement grave avant 4 ans (risque de convulsion, d'hyperthermie majeure) comporte deux volets.

#### Les mesures physiques :

Ces mesures doivent être privilégiées, elles associent le repos au lit, le déshabillage, l'aération et le contrôle de la température de la chambre, le bain, la ventilation du visage, la compensation des pertes d'eau par une hydratation adaptée...

#### Les traitements médicamenteux :

L'administration d'un antipyrétique est systématique pendant les trois premiers jours de la maladie chez les enfants de 4 ans et moins.

- L'usage de l'aspirine est déconseillé dans les fièvres d'origine grippale chez l'enfant.
- Le paracétamol est la molécule de choix. La posologie est de 60 mg/kg/24 h répartie en quatre prises de 15 mg/kg toutes les 6 h.
- En cas de réponse insuffisante à la dose optimale de paracétamol, le deuxième choix sera l'ibuprofène, chez l'enfant de plus de 3 mois. La posologie recommandée est de 20 à 30 mg/kg/24 h, répartie en trois ou quatre prises, soit 6 à 7 mg/kg toutes les 6 à 8 h.

## Chez l'adulte

### Les mesures physiques :

Pour lutter contre les symptômes de la grippe, il convient de privilégier les traitements non médicamenteux (boissons abondantes, repos).

### Les traitements médicamenteux :

Concernant les traitements médicamenteux, la littérature ne permet pas de privilégier le paracétamol, les salicylés ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans la lutte contre la fièvre et les douleurs. Les AINS, en raison des risques d'effets secondaires, ne doivent être utilisés qu'en traitements alternatifs (en cas de pénurie) en respectant les règles habituelles.

## 3.2. Traitement des surinfections bactériennes broncho-pulmonaires

Le diagnostic des surinfections bronchiques est clinique.

En cas de suspicion d'atteinte pulmonaire (pneumonie, broncho-pneumonie), un cliché thoracique est indispensable. En période de pandémie, outre les germes usuels (*Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae*), il a été constaté que les *Staphylococcus aureus* sont souvent responsables de ces surinfections. Au vu des recommandations habituelles et des particularités spécifiques à l'infection grippale, les recommandations des experts sont les suivantes :

### Chez l'enfant :

L'usage des antibiotiques est réservé aux infections bactériennes patentes, dont la plus fréquente est l'otite moyenne aiguë. Le plus souvent probabiliste et ambulatoire, l'antibiothérapie répond à l'épidémiologie habituelle des germes rencontrés dans ces infections. En s'orientant sur la symptomatologie clinique il est conseillé (en respectant les durées de traitement de l'AMM.) :

- Amoxicilline à dose « anti-pneumococcique » (100 à 150 mg/kg/24 h en trois prises)
- Amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/24 h en trois prises)
- Cefpodoxime-proxétil (8 mg/kg/24 h en deux prises)
- Cefuroxime-axétil (30 mg/kg/j en deux prises)

L'utilisation de la Ceftriaxone (50 mg/kg/24 h en une seule injection intramusculaire), doit être réservée au traitement des otites moyennes aiguës micro- biologiquement documentées.

### Chez l'adulte :

*Infection bronchique aiguë isolée en l'absence d'atteinte parenchymateuse pulmonaire clinique et/ou radiologique associée :*

- En l'absence de bronchite chronique :
  - Pas de traitement antibiotique
- En cas de bronchite chronique :
  - Chez un patient ayant habituellement un VEMS de base  $\geq 35\%$  et des exacerbations peu fréquentes ( $\leq 3$  dans l'année), l'amoxicilline est l'antibiotique de choix en 1ère intention., Les macrolides, la télichromycine, la pristinamycine, la doxycycline (notamment en cas d'allergie aux bêta-lactamines) et les céphalosporines de 1ère génération sont des alternatives possibles. En cas d'échec au premier traitement, l'amoxicilline-acide clavulanique est l'antibiotique de choix. Les céphalosporines de 2ème génération

(céfuroxime-axétil) ou de 3ème génération (cefpodoxime-proxétil, céfotiam-héxétil) et les fluoroquinolones actives sur le pneumocoque sont des alternatives possibles.

- Chez un patient ayant habituellement un VEMS de base < 35% et des exacerbations fréquentes ( $\geq 4$  dans l'année), l'amoxicilline-acide clavulanique est l'antibiotique de choix. Les céphalosporines de 2ème génération (céfuroxime-axétil) ou de 3ème génération (cefpodoxime-proxétil, céfotiam-héxétil) et les fluoroquinolones actives sur le pneumocoque sont des alternatives possibles.

### **3.3. Pneumonie isolée ou associée à une atteinte bronchique (bronchopneumonie):**

- Le traitement antibiotique doit être rapidement instauré. Pour faire face aux contraintes de l'infection staphylococcique potentielle et éviter l'afflux de patients en milieu hospitalier, les molécules suivantes ont été retenues, pour une durée de 10 jours :
  - Amoxicilline-acide clavulanique ( 1g/125 mg x 3/jour par voie orale)
  - Céfuroxime (750 mg/12 h par voie IM).
  - Ceftriaxone (1g/jour par voie IM).
- En cas d'allergie aux  $\beta$ -lactamines, le recours à la pristinamycine par voie orale, à posologie suffisante (3 g/j), peut être retenu.

### **4 - Critères d'hospitalisation**

Afin d'éviter le "débordement" et la paralysie des hôpitaux en période de pandémie, les indications d'hospitalisation doivent être strictement limitées aux cas présentant des signes de gravité. **Seule l'existence de signes de gravité conduit à une hospitalisation.**

#### Chez l'enfant

La présence d'un seul des signes suivants suffit à justifier l'hospitalisation :

- Signes de détresse respiratoire, a fortiori la survenue d'apnées
- Existence de troubles de la vigilance
- Difficultés alimentaires
- Tolérance clinique médiocre de la fièvre, malgré les mesures adaptées
- Signes de déshydratation aiguë associée
- Contexte particulier : très jeune âge (inférieur à 3 mois), antécédents de prématurité et/ou situations à risque connues, précarité familiale.

#### Chez l'adulte :

- Troubles de la vigilance, désorientation, voire confusion aiguë
- Fréquence respiratoire supérieure à 30/min
- Pression artérielle systolique inférieure à 90 mmHg, -
- Température inférieure à 35°C ou supérieure ou égale à 40°C
- Fréquence cardiaque supérieure à 120/mn

### **5 - Groupes à risques**

**L'appartenance du patient à l'un des groupes à risque (voir ci-dessous) ne doit pas conduire systématiquement à l'hospitalisation, mais nécessite un renforcement de l'attention du médecin (généraliste, pédiatre...) à la recherche de signes de gravité présents ou à venir.**

## Tableau I. Enfant à risque :

L'enfant ayant une pathologie respiratoire chronique :

- Asthme
- Mucoviscidose, maladie ciliaire bronchique
- Dysplasie broncho-pulmonaire dans le contexte d'une prématurité
- Bronchites à répétition.
- Séquelles graves de virose (adénovirus, rougeole)

L'enfant ayant une co-morbidité associée :

- Cardiopathie congénitale
- Drépanocytose
- Immuno-dépression
- Insuffisance rénale (et/ou syndrome néphrétique)
- Maladies neuromusculaires

## Tableau II. Adulte à risque :

- Sujets âgés de plus de 65 ans,
- Patients vivant en institution,
- Pathologie broncho-pulmonaire ou cérébro-vasculaire sous-jacente,
- Insuffisance cardiaque,
- Néoplasie sous-jacente,
- Hépatopathie,
- Insuffisance rénale chronique,
- Diabète.

Auxquels il convient d'ajouter l'immunodépression (y compris les transplantés), la grossesse (en particulier au 3<sup>e</sup> trimestre), la mucoviscidose et les hémoglobinopathies.

## **6 - Mesures préventives dans l'entourage d'un malade**

**Dès le début des symptômes**, il est recommandé que le malade s'isole dans une pièce en limitant tout contact avec son entourage .

Des mesures d'hygiène sont préconisées :

- Eviter toutes les visites inutiles dans la chambre du malade et dans la famille
- Aération régulière de la pièce
- Hygiène rigoureuse des mains après chaque contact avec le sujet :
  - Le lavage des mains au savon ou l'utilisation de soluté hydro-alcoolique est essentiel, doit se faire soigneusement et doit être répété très souvent dans la journée, plus particulièrement après chaque contact avec le malade ou avec le matériel utilisé par lui ou avec ses effets
  - Le mouchage, l'éternuement, l'expectoration, la toux :

Le virus de la grippe se transmettant par voie aérienne et en particulier par les gouttelettes respiratoires, il est impératif de respecter les règles d'hygiène de base des voies respiratoires, à savoir :

    - Se couvrir la bouche chaque fois qu'on tousse, puis se laver les mains
    - Se couvrir le nez chaque fois qu'on éternue, puis se laver les mains

- Se moucher avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle recouverte d'un couvercle, puis se laver les mains
- Ne cracher que dans un mouchoir en papier à usage unique jeté dans une poubelle recouverte d'un couvercle, puis se laver les mains

- Nettoyage des objets courants du sujet (serviettes, couverts, linge etc...) qui doivent être lavés par un nettoyage courant (lavage au savon et à l'eau chaude). Les déchets ménagers tel que les mouchoirs en papier et les masques chirurgicaux sont jetés dans un sac en plastique qui sera hermétiquement fermé.

Afin de limiter la diffusion de la maladie, il est recommandé en cas de grippe à virus mutant que les contacts du malade soient protégés par :

- Le port du masque pour rentrer dans la chambre du malade et lavage des mains à la sortie
- le port du masque chirurgical par le patient symptomatique lors de présence d'un tiers dans sa chambre. En cas d'impossibilité, les membres de l'entourage doivent porter un masque lors des contacts proches avec le sujet.

#### Traitement prophylactique par les antiviraux –antineuraminidases

Cf. fiche : Doctrine d'utilisation des antiviraux

#### Traitement antibiotique.

*Le bénéfice éventuel d'une antibiothérapie prophylactique chez les patients à risque dans le contexte d'une pandémie grippale n'est pas démontré.*