

Trois cas de grippe maligne H1N1 ont été décrits au cours du premier trimestre 2013 chez des patientes enceintes non vaccinées de la région Nord Pas de Calais : Une patiente hospitalisée à 24SA pour menace d'accouchement prématuré présentait trois jours après un contage aéroporté un ARDS compliqué d'une hémoptysie. Une deuxième patiente à terme bénéficiait d'une césarienne de sauvetage maternel pour hypoxémie réfractaire pour laquelle les techniques avancées de réanimation dont l'ECMO s'avéraient inefficaces. Ces deux patientes sont décédées. Pour la troisième patiente, les techniques avancées de réanimation permettaient la survie au prix d'une morbidité sévère.

Les femmes enceintes constituent une population à risque d'infection grippale d'une gravité particulière avec des complications à court terme (mort fœtale et mort maternelle, hypoxémie réfractaire, complications des soins de réanimation) et à long terme sous forme d'insuffisance respiratoire.¹

Premier message : La vaccination est efficace pour prévenir l'infection grippale et ses graves complications chez les femmes enceintes. Elle procure une immunité prolongée à la fois pour la mère et le nouveau né. ² Elle est recommandée à tous les trimestres de la grossesse et protège le nouveau né qui n'est pas vacciné avant le 6^e mois.^{3,4} Sur une large série de 17560 femmes enceintes, il n'a pas été décrit d'effets secondaires de la vaccination anti grippale saisonnière ou H1N1.⁵ En particulier le risque de survenue d'un syndrome de Guillain Barre après vaccination contre le virus H1N1 est équivalent à celui décrit pour la vaccination contre la grippe saisonnière⁶ et moindre que le risque observé après l'infection grippale elle-même.⁷ Une vaccination antigrippale aurait pu éviter ces morts maternelles. La vaccination des personnels au contact des femmes enceintes est également recommandée.

Second message : Les mesures d'hygiène (port de masque, solution hydro-alcoolique, limitation des visites) se sont montrées efficaces en particulier dans la période de pandémie de 2009.⁸ Les équipes opérationnelles en hygiène des établissements de soins renouvellent leurs recommandations vers l'ensemble des professionnels de santé et du public pour qu'elles soient appliquées plus strictement.

Troisième message : Le traitement précoce par oseltamivir (Tamiflu®) dans un délai inférieur à 48 heures après l'apparition des premiers signes permet de limiter la survenue des cas graves aboutissant lors de la pandémie 2009 à un risque moindre dans la série française comparée aux autres séries rapportées.⁸⁻¹¹ Le diagnostic précoce évoqué systématiquement devant une atteinte rhinopharyngée et une toux peut être confirmé par prélèvement nasal ou PCR qui ne doivent pas retarder la mise en route du traitement.¹⁰

L'observation en 2013 de ces trois cas extrêmement graves souligne la nécessité d'une information médicale récurrente, au début de l'automne. L'information concernant la prévention, la détection et le traitement doit être dirigée vers tous les professionnels (et en particulier vers les gynéco-obstétriciens et les sages-femmes) exerçant dans les maternités dont l'avis est sollicité en hospitalisation ou aux urgences pour atteinte respiratoire chez une femme enceinte.

Dr Anne-Sophie Ducloy-Bouthors, Pr Véronique Debarge

Références

1. Håberg SE, Trogstad L, Gunnes N, et al. 2013. Risk of fetal death after pandemic influenza virus infection or vaccination. *N Engl J Med* 2013 ;368 : 333–340.
2. Tsatsaris V, Capitant C, Schmitz T, et al. PREFLUVAC (Immunogenicity and Safety of an Inactivated Nonadjuvanted A[H1N1v] Influenza Vaccine in Pregnant Women) Study Group. Maternal immune response and neonatal seroprotection from a single dose of a monovalent nonadjuvanted 2009 influenza A(H1N1) vaccine: a single-group trial. *Ann Intern Med* 2011 ; 155 : 733–741.
3. Bulifon S, Tsatsaris V, Goffinet F, et al. Pandémie grippale A/H1N1v, grossesse et vaccination. *Med Mal Infect* 2010 ; 40 : 696–702.
4. Anselem O, Floret D, Tsatsaris V, Goffinet F, Launay O. Grippe au cours de la grossesse. *La Presse Médicale* 2013, 15 Mai. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2013.01.064>
5. Conlin AMS, Bukowinski AT, Sevick CJ, DeScisciolo C, Crum-Cianflone NF. Safety of the pandemic H1N1 influenza vaccine among pregnant U.S. military women and their newborns. *Obstet Gynecol* 2013 ;121 : 511–518.
6. Salmon DA, Proschan, M., Forshee, R., et al for the H1N1 GBS Meta-Analysis Working Group. Association between Guillain-Barré syndrome and influenza A (H1N1) 2009 monovalent inactivated vaccines in the USA: a meta-analysis. *Lancet* 2013; 381: 1461–1468
7. Grimaldi-Bensouda L, Alperovitch A, Besson G, Vial C, Cuisset J-M, Papeix, C, Lyon-Caen O, Benichou J, Rossignol M, Abenhaim L for the GBS-PGRx Study Group, 2011. Guillain-Barre syndrome, influenzalike illnesses, and influenza vaccination during seasons with and without circulating A/H1N1 viruses. *Am. J. Epidemiol.* 174, 326–335.
8. Dubar G, Launay O, Batteux, F, et al. Grossesse et grippe pandémique A(H1N1) 2009. *Actualités pour les anesthésistes réanimateurs. Ann Fr Anesth Reanim* 2010; 29: 126–134.
9. Dubar G, Azria E, Tesnière A, et al. (2010) French Experience of 2009 A/H1N1v Influenza in Pregnant Women. *PLoS One.* 2010 Oct 5;5(10)
10. Ministère de la Santé. Prise en charge et traitement d'un cas de grippe A// H1N1 chez une femme enceinte (actualisation : 8 décembre 2009). [http:// www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_memo-femme_enceinte.pdf](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_memo-femme_enceinte.pdf)
11. Louie JK, Acosta M, Winter K, et al. 2009 Factors associated with death or hospitalization due to pandemic 2009 influenza A(H1N1) infection in California. *JAMA*;302:1896–902.