

L'enfant et la grippe : nuances cliniques, difficultés du diagnostic et du traitement

Point de vue du médecin généraliste

Sabine Abitbol, *médecin généraliste vigie GROG, Rosny sous Bois, sabitbolruimy001@rss.fr*

Point de vue du pédiatre

Elisabeth Mothe, *pédiatre vigie GROG, Le Havre, docteur-elisabeth-mothe@wanadoo.fr*

Point de vue du médecin hospitalier

Jacques Brouard, Astrid Vabret, François Freymuth, *Service de Pédiatrie et Laboratoire de Virologie du CHU de Caen, brouard-j@chu-caen.fr*

XII^{ème} Journée Nationale des GROG - Paris, le 15 novembre 2007

Point de vue du médecin généraliste

Sabine Abitbol, *médecin généraliste vigie GROG, Rosny sous Bois, sabitbolruimy001@rss.fr*

Le diagnostic de certitude de grippe est difficile en médecine de ville. Les symptômes se confondent avec ceux des autres viroses hivernales. Les tests de diagnostic rapide ne font pas partie de la pratique habituelle du médecin généraliste et leur coût est encore trop élevé.

Le problème principal du médecin généraliste devant un enfant avec une fièvre élevée est de ne pas méconnaître une infection bactérienne nécessitant un traitement à débiter rapidement.

L'expression clinique de la grippe chez l'enfant et surtout chez le nourrisson peut se révéler par de la fièvre et une toux mais aussi par des troubles digestifs, des troubles du comportement, une otite.

Le suivi épidémiologique de la grippe par le GROG et la diffusion de son bulletin hebdomadaire permet d'envisager un diagnostic de grippe devant un syndrome viral de l'enfant.

Le traitement est surtout symptomatique (paracétamol, repos). Le traitement par les inhibiteurs de la neuraminidase n'est pratiquement pas utilisé par les médecins généralistes que ce soit à titre préventif ou curatif. Bien sûr les mesures barrières sont indispensables.

La vaccination (AMM à partir de l'âge de 6 mois) fera t'elle partie d'un prochain calendrier vaccinal de l'enfant ?

Source : GROG

XII^{ème} Journée Nationale des GROG - Paris, le 15 novembre 2007

Point de vue du pédiatre

Elisabeth Mothe, *pédiatre vigie GROG, Le Havre, docteur-elisabeth-mothe@wanadoo.fr*

Le diagnostic de grippe chez l'enfant est difficile. Souvent la symptomatologie est pauvre et les parents consultent très rapidement devant une fièvre isolée.

Les principaux points d'appel sont : la fièvre banale isolée, une asthénie importante non corrélée à la fièvre et plus importante qu'à l'accoutumée.

Les signes d'accompagnement sont pauvres : toux, rhinite, douleurs abdominales pouvant orienter vers un autre diagnostic, otite, bronchiolite, angine.

Les douleurs musculaires sont difficiles à apprécier chez le nourrisson, elles sont diffuses chez l'enfant plus âgé (cervicalgies en particulier). Lorsqu'elles existent, elles orientent facilement vers un diagnostic de grippe, mais toute fièvre élevée chez un enfant peut aussi s'accompagner de douleurs diffuses (ventre, nuque, otalgie, jambes...).

Le diagnostic est plus facile lorsque la fièvre évolue dans un contexte épidémique familial, mais il arrive souvent que ce soit l'enfant qui inaugure l'épidémie familiale.

En période épidémique, le nombre de consultation est en forte hausse et les journées sont longues....

Du fait de l'absence de signes pathognomoniques, il faut penser au diagnostic et faire des prélèvements pour le GROG. Ce prélèvement, facile et rapide à réaliser, est fait dans un but épidémiologique mais aussi dans un but individuel. Il permet d'apporter un diagnostic de certitude, évite des examens et des traitements inutiles. Le prélèvement rassure les parents, ils en attendent un diagnostic précis et un traitement adéquat. Le diagnostic de certitude les soulage tout en les étonnant ; il rend plus facile la vaccination ultérieure.

Le traitement de la grippe chez l'enfant est essentiellement symptomatique.

Source : GROG

XII^{ème} Journée Nationale des GROG - Paris, le 15 novembre 2007

Point de vue du médecin hospitalier

Jacques Brouard, Astrid Vabret, François Freymuth, *Service de Pédiatrie et Laboratoire de Virologie du CHU de Caen, brouard-j@chu-caen.fr*

Les pays industrialisés ont vu devenir les virus comme causes les plus fréquentes des atteintes des voies aériennes inférieures. Certes, les études épidémiologiques pédiatriques sont issues essentiellement de recrutement hospitalier peu représentatif de la population générale. Par ailleurs, certaines n'ont qu'une définition clinique de l'atteinte morbide sans recherche microbiologique, or de nombreux virus à tropisme respiratoire amènent le même phénotype clinique.

Globalement, les pneumovirus représentent la moitié des identifications virales, les picornavirus un tiers, les virus influenza 10 %. En fonction du phénotype clinique et des pics épidémiques, ce taux peut atteindre 20 voire 30 %, or la prévention vaccinale existe !

La morbidité pédiatrique grippale est très importante avec un taux d'hospitalisation significativement plus important avant l'âge de 5 ans y compris en l'absence de facteur de risque. Trois conditions sous-jacentes sont associées aux complications grippales : cardiopathie, atteintes neuro-musculaires, asthme. Une grippe chez un enfant asthmatique fait chuter durablement les débits respiratoires, 20 % des cas de mortalité infantile grippale sont représentés par une pathologie pulmonaire chronique antérieure. Les taux d'attaque lors des épidémies grippales sont chez l'enfant régulièrement autour de 15 %, 3 à 5 fois plus élevée que chez l'adulte même âgé de plus de 65 ans !

Les infections virales sont le facteur de risque prédominant d'exacerbations asthmatiques chez l'enfant de moins de 3 ans (VRS et grippe) ; au-dessus de 3 ans, l'atopie est le facteur de risque critique qui favorise une réponse adverse lors d'une infection banale à rhinovirus. Le taux de vaccination antigrippale chez l'enfant hospitalisé est faible, aux USA de l'ordre de 30 % si un facteur de risque est présent, en France ce chiffre peut être divisé par 2...

Malgré des recommandations très semblables entre les différents pays occidentaux, nous ne pouvons que constater un taux de couverture de la vaccination antigrippale très bas. C'est le paradoxe d'une grippe souvent considérée comme bénigne car confondue avec des affections relevant d'autres virus. L'objectif OMS est un taux de couverture de 75 % de vacciné pour les groupes à risque.

L'innocuité du vaccin est prouvée, il n'existe aucun retentissement néfaste sur la fonction pulmonaire au décours de l'injection. Seule une contre-indication liée à une allergie vraie à l'œuf est de mise, mais celle-ci est rare et a une évolution plutôt favorable avec le temps. Cette vaccination peut être effectuée dès l'âge de 6 mois.

Source : GROG