

**Quelques fondamentaux sur la grippe
indispensables pour
expliquer l'utilisation et l'interprétation des TDR
ainsi que pour
resituer les TDR dans l'ensemble de la prise en charge**

Dr Francis CHARLET

Dr Jean-Marie PINGEON

ARS – PACA / Veille et sécurité sanitaire

Coanimateurs de l'action régionale « TDR grippe en EHPAD »

La vaccination des résidents, mais aussi et surtout des personnels, est la mesure essentielle pour lutter contre les cas groupés de grippe en EHPAD.

Cependant, en raison du faible taux de vaccination des personnels et de l'efficacité moyenne du vaccin chez les résidents, des cas groupés de grippe saisonnière continuent régulièrement à survenir en EHPAD.

Lorsque survient une situation épidémique grippale (surtout en cas de glissement antigénique du virus), l'endiguement de l'épidémie est une extrême-urgence qui impose :

- Un diagnostic précoce, dès le ou les tout premiers cas : (clinique et TDR) ;
- Une réaction d'emblée maximale incluant l'isolement et les antiviraux.

**La combinaison de 4 documents de référence
donne accès aux
fondamentaux pour la gestion d'un cas groupé de grippe**

Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées.

Haut Conseil de la santé publique. Rapport Juillet 2012.

Les bonnes pratiques de soins en EHPAD / Prévention du risque infectieux grippe.

DGS – DGAS – SFGG. 2007.

Prophylaxie chez les personnes à risque lors d'une épidémie de grippe dans une collectivité, en période de circulation du virus grippal.

Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Avis 2004.

Résumé des caractéristiques du produit / TAMIFLU°.

AMM 23 octobre 2009.

**La clinique est souvent atypique voire trompeuse :
s'aider de l' « A B C » de la grippe pour faire un diagnostic précoce**

La grippe se présente habituellement sous la forme clinique d'un « syndrome infectieux respiratoire aigu » que l'on peut également retrouver dans d'autres infections respiratoires virales ainsi que dans certaines infections bactériennes.

De plus, chez la personne très âgée, ce « syndrome infectieux respiratoire aigu » est discret voire à l'arrière-plan de signes de décompensation fonctionnelle entraînés par la grippe.

C'est donc un « trépied » d'arguments qui fera pencher vers la grippe clinique, avant même une éventuelle confirmation microbiologique :

Attaque à un taux élevé dans l'EHPAD

(encore faut-il savoir reconnaître les formes trompeuses et... surtout ne pas attendre d'avoir d'autres cas avant d'agir)

Brutalité de l'installation des différents symptômes (y compris ceux de décompensation fonctionnelle) ;

Circulation avérée du virus grippal en population générale

(en notant cependant qu'il a été décrit de rares mais authentiques cas groupés de grippe saisonnière... en plein été.)

Le diagnostic précoce est indispensable à la réalisation de TDR au « bon moment » qui est le plus tôt possible, idéalement dans les premières heures suivant le début des signes, sans dépasser 48 heures.

Le « syndrome infectieux respiratoire aigu » se définit cliniquement chez l'adulte par l'association d'au moins un signe général et d'au moins un signe fonctionnel respiratoire.

4 signes généraux suggèrent une infection :

- Fièvre > 38°C (mais qui manque dans environ 1/3 des cas chez la PTA, y compris dans les formes graves) ;
- Sueurs ;
- Céphalées ;
- Arthralgies.

4 signes fonctionnels respiratoires peuvent correspondre à la grippe :

- Toux (signe classique mais absent dans 1/3 des cas chez la PTA) ;
- Dyspnée (qui doit, de plus, faire rechercher attentivement une forme grave) ;
- Rhinite ;
- Maux de gorge.

**Chez la personne très âgée, des signes peu spécifiques de décompensation fonctionnelle
sont souvent au premier plan de la grippe**

notamment :

- Etat confusionnel ;
- Lever impossible ;
- Chutes répétées ;
- Incontinence.

D'apparition brutale et sans cause évidente.

**On ne peut pas écarter le diagnostic de grippe chez le résident
au seul prétexte qu'il est vacciné**

En effet, lorsque le virus circulant correspond aux souches virales saisonnières incluses dans le vaccin, l'efficacité reste moyenne chez le résident (40 à 50%).

De plus, un glissement antigénique significatif d'un virus saisonnier se produit tous les 5 à 10 ans (2003, 2012) et occasionne alors de taux d'attaque pouvant avoisiner le tiers des résidents car l'efficacité vaccinale est alors significativement réduite (de l'ordre de 20% chez les résidents).

En conséquence, y compris si le résident a été correctement vacciné contre la grippe, Le diagnostic clinique de grippe repose sur le « syndrome infectieux respiratoire aigu » et l'« ABC » de la grippe.

Nb : l'efficacité de la vaccination grippale chez le personnel avoisine les 90 % en dehors d'un glissement antigénique

Devant tout « syndrome grippal » :

rechercher immédiatement des signes de gravité de type SIRS

La dyspnée est un signe précoce d'alarme qui doit faire rechercher attentivement une forme grave : signes en faveur syndrome inflammatoire réactionnel généralisé (SIRS) et/ou d'une surinfection pleuro-pulmonaire.

La présence, non expliquée par une autre cause que la grippe, d'un des 6 signes de gravité suivants fait envisager une réaction générale de type SIRS et donc l'hospitalisation :

- Altération de la conscience ;
- Température d'au moins 40°C* ;
- Température de moins de 35°C ;
- Fréquence respiratoire > 30/mn ;
- Fréquence cardiaque > 120/mn ;
- Pression artérielle systolique < 90mm Hg**.

* A noter que la fièvre grippale est généralement sensible aux antipyrétiques, une fièvre résistante aux antipyrétiques (2 h après la 2ème prise de paracétamol) est donc assimilable à un critère de gravité même si elle reste < 40°C

** Chez un hypertendu, une PAS "normale" mais diminuée de > 30% p/r à la PAS habituelle est l'équivalent d'une PAS < 90 mm Hg

**Devant tout « syndrome grippal » :
rechercher immédiatement des signes de gravité de l'appareil pleuro-pulmonaire**

Les signes faisant évoquer une pneumonie de surinfection compliquée (notamment épanchement pleural ou abcédation) justifient une hospitalisation :

- En faveur de la pneumonie de surinfection, les 2 signes les plus sensibles sont la polypnée > 25/mn et le foyer auscultatoire localisé (présent dans 80% des cas) ;
- La douleur thoracique évoque une atteinte pleurale.

Toute hospitalisation en urgence d'un résident grippé doit faire l'objet d'une régulation préalable avec le SAMU auquel il faut d'emblée fournir le maximum d'informations

Une mauvaise articulation entre les EHPAD peut suffire à déséquilibrer gravement le système hospitalier lors d'une épidémie de grippe en saturant de façon inadéquate les capacités d'accueil.

Les critères cliniques de gravité entrent, pour leur majorité, dans le champ de compétence d'un personnel paramédical formé et informé.

Seule l'auscultation et la percussion pulmonaire sont de la compétence exclusivement médicale.

Il est donc essentiel de rappeler la nécessité de recueillir systématiquement l'ensemble de ces constantes avant un appel au Centre 15, notamment durant le WE et la nuit, lorsque l'équipe est la plus réduite.

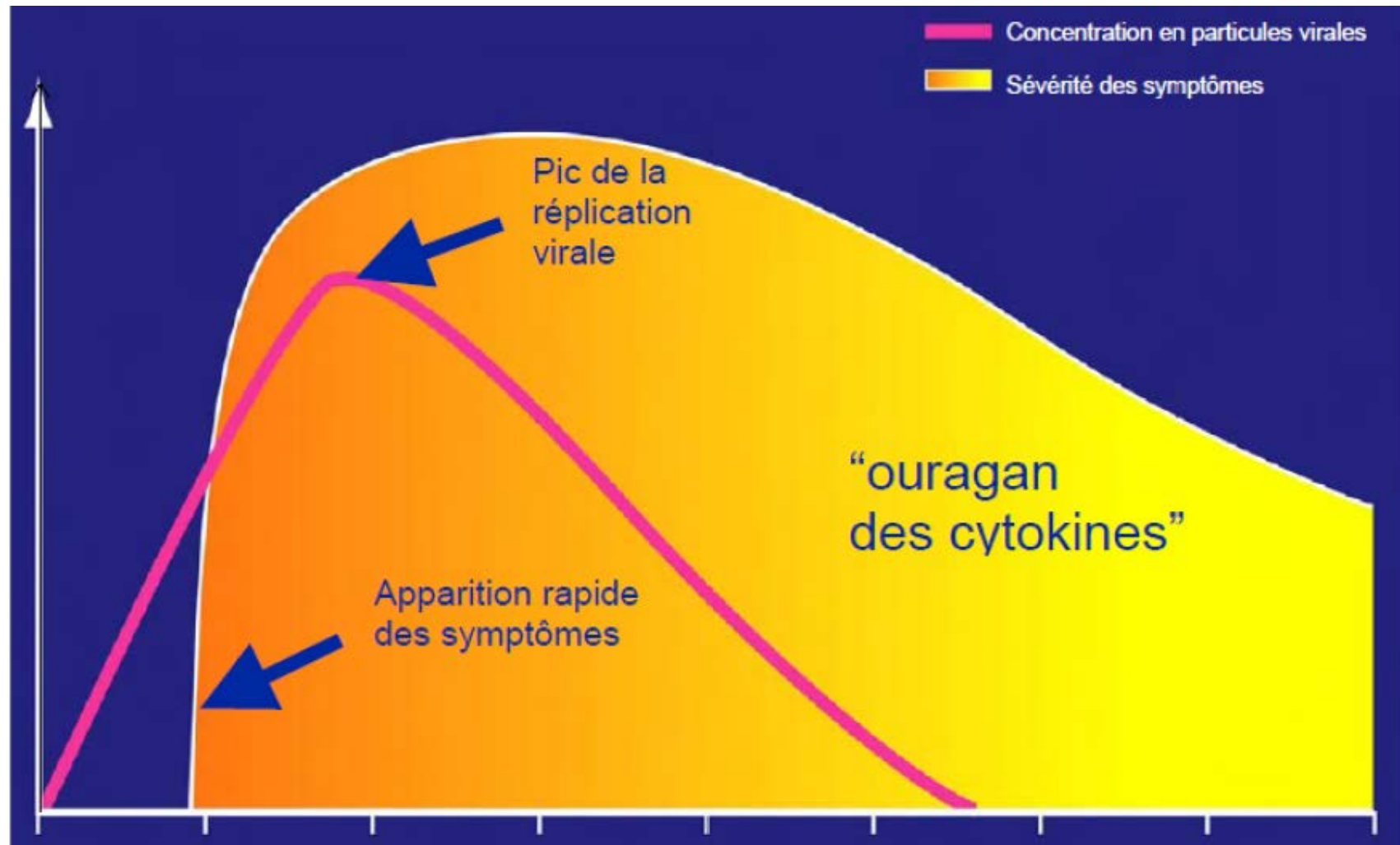
**La grippe est une indication urgente d'isolement avec précautions « gouttelettes »,
d'antiviraux et de TDR**

En plus de l'isolement immédiat du malade et des précautions complémentaires « gouttelettes », il faut prescrire de l'Oseltamivir aux malades et à leurs sujets-contacts proches.

Chez chaque malade, dans les heures qui suivent le début des signes, administrer du Tamiflu à dose curative et pratiquer un TDR :

- Le traitement est d'autant plus efficace que précoce (il perd tout intérêt s'il débute au-delà de 48 h après le début des signes) ;
- 2 cps/j en 2 prises durant 5 jours (RCP de l'AMM Tamiflu) ;
- Le traitement curatif ne doit pas être retardé par la réalisation d'un TDR (le TDR garde une performance jusqu'à 12 h après le début d'un traitement) ;
- Le TDR est d'autant plus sensible que le prélèvement est précoce (il n'est plus suffisamment performant au-delà de 48 h après le début des signes) ;
- On arrêtera de faire des TDR dès que l'un d'entre eux est positif.

**La physiopathologie de la grippe explique les délais très brefs pour traiter et prélever
si l'on veut avoir une bonne efficacité**



Chez chaque sujet-contact d'un malade, dans les heures qui suivent le premier contact contaminant, administrer du Tamiflu à dose préventive

- Une preuve microbiologique chez au moins un malade de l'EHPAD est cependant nécessaire avant de débiter la prophylaxie des contacts de tous les malades (exception faite des périodes où l'autorité sanitaire dispense de la preuve microbiologique devant l'intensité d'une flambée épidémique comme au début 2012) ;
- Débiter le Tamiflu en préventif pour les sujets-contacts du malade dans les heures suivant le premier contact (d'autant plus efficace que précoce et perdant tout intérêt au-delà de 48h après le contact) ;
- 1cp/j en 1 prise durant 10 jours (*RCP du Tamiflu*), et jusqu'à 7 jours après le début des signes du dernier malade en cas d'épidémie diffuse dans un EHPAD (*Reco CSHPF 2004*).

La positivité d'un seul TDR signe la grippe, même si tous les autres TDR sont négatifs

La valeur d'un test antigénique positif est à considérer comme quasi absolue.

En effet, ces tests qui utilisent des anticorps monoclonaux sont très spécifiques du virus grippal.

Les faux positifs sont donc très rares (contrairement aux faux négatifs qui sont fréquents et fonction de la quantité d'antigène recueillie lors du prélèvement)

Dès qu'un test est positif, cela signe la circulation du virus dans l'EHPAD et a 2 conséquences pratiques :

- tous les syndromes grippaux sont considérés comme des gripes confirmées sur la seule clinique ;
- la prévention post-exposition par Tamiflu° doit être mise en place pour les contacts étroits avec le grippé.

La négativité multiple (au moins 3) et généralisée des TDR n'autorise à rediscuter l'étiologie grippale que si leur réalisation a été parfaite

Un TDR négatif ne permet aucune conclusion pour le malade concerné.

Au moins 3 TDR négatifs, sans aucun positif, ne permettent de rediscuter la grippe dans un EHPAD que si le prélèvement a respecté **les 3 points** suivants :

1. Le **bon moment** : idéalement dans les 12 premières h de la maladie et sans dépasser 48 h ;
2. Le **bon endroit** : dans le naso-pharynx grâce à un prélèvement le plus profond possible dans les fosses nasales ;
3. La **bonne gestuelle avec le bon matériel** : rotation douce d'un écouvillon en nylon floqué pour le charger en cellules rhino-pharyngées.

Respecter les exigences techniques de prélèvement permet de recueillir une plus grande quantité de virus et donc d'antigènes grippaux et d'atteindre ainsi la meilleure sensibilité du TDR antigénique.

En effet, les TDR antigéniques ne se positivent qu'à partir d'une certaine quantité de virus.

Le prélèvement doit :

- Etre fait au moment où le virus est présent en quantité (premières heures après le DDS) ;
- Ramener le plus grand nombre de cellules de la muqueuse naso-pharyngée (porteuses des virus).

Ceci explique que leur sensibilité ne soit pas absolue mais soit globalement de l'ordre de **50 à 70% en pratique courante lorsque toutes les conditions de réalisation ont été parfaitement respectées.**

A noter que, **du fait de mauvaises pratiques de prélèvement, la sensibilité a pu tomber dans plusieurs observations à 0%** (même en pratiquant une dizaine de TD) alors qu'une authentique épidémie de grippe se déroulait avec des taux d'attaque de l'ordre de 25%.

La sensibilité retrouvant son niveau habituel dès que les pratiques étaient corrigées.