

Avis de santé important

Renseignements à l'intention des professionnels de la santé

Le 13 février 2004

Volume 1, numéro 6

Page 1 sur 1

Mise à jour sur la grippe aviaire

Chers collègues,

Vous trouverez ci-joint la description préliminaire clinique et épidémiologique de la grippe A (H5N1) du Vietnam. Ces renseignements proviennent d'un communiqué publié par l'OMS le 12 février 2004.

Veillez noter que l'OMS a reçu (le 11 février 2004) les résultats d'une étude du virus isolé chez une femme de 23 ans qui fait partie d'un groupe familial au Vietnam et qui faisait l'objet d'une enquête en tant que premier cas possible de transmission interhumaine. Le matériel génétique viral prélevé sur cette femme, comme celui de l'autre cas du même groupe, est d'origine aviaire et ne contient aucun gène de la grippe humaine.

Par ailleurs, le nombre de cas de SRAS confirmés en laboratoire dans le monde entier demeure le même.

Nous vous remercions de rester vigilants.

Veillez agréer, chers collègues, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Karim Kurji

M.B., B. Sc., M. Sc., MRCGP, FFPHM, FRCPC

Médecin hygiéniste en chef

et sous-ministre adjoint intérimaire

Description préliminaire clinique et épidémiologique de la grippe A (H5N1) du Vietnam

Les présentes données sont compilées par les cliniciens, épidémiologistes et chercheurs de laboratoire vietnamiens qui participent au traitement des patients et à la recherche. L'OMS remercie sincèrement ces auteurs d'avoir permis la publication immédiate de leurs conclusions. Un compte rendu plus détaillé paraîtra dans le *New England Journal of Medicine*.

Depuis décembre 2003, la flambée de grippe aviaire H5N1 a frappé de nombreux pays de l'Asie du Sud-Est en décimant des bandes de volailles domestiques.

À ce jour, un nombre restreint de cas humains d'infection par le virus H5N1 ont été confirmés au Vietnam et en Thaïlande.

Bien que l'information sur ces cas puisse être utile aux professionnels de la santé, aucune des caractéristiques présentées ici ne devrait être vue comme définitive, étant donné que l'ampleur de l'infection humaine par H5N1 est encore à l'étude.

Dans les dix cas, le diagnostic de la grippe A de souche H5N1 a été confirmé par culture virale ou par la méthode PCR-CDNA avec les amorces H5 et N1. Huit des dix patients avaient manifestement été en contact direct avec des volailles et rien n'indiquait de façon définitive une transmission interhumaine.

Une fièvre supérieure à 38 °C, l'essoufflement et la toux sont les principaux symptômes. Chez tous les patients, on a décelé une lymphocytopenie marquée et des anomalies prononcées sur le radiogramme thoracique. Ces anomalies non spécifiques comprenaient des infiltrats diffus, multifocaux ou irréguliers. Certains cas présentaient des opacités segmentaires ou lobulaires avec des bronchogrammes aériens.

Des crépitations étaient souvent entendues à l'auscultation. Aucun des patients n'a signalé de mal de gorge, de conjonctivite, de rash ni d'écoulement nasal. Une diarrhée aqueuse ou des selles trop liquides ont été remarquées dans la moitié des cas environ. Huit patients sont décédés, un autre s'est rétabli et le dernier demeure dans un état critique.

Selon les données obtenues auprès de six de ces cas, le délai moyen entre l'exposition et le début de la maladie est de trois jours (fourchette de deux à quatre jours). Chez les dix patients, le taux de mortalité est élevé, le décès étant survenu en moyenne dix jours après le début de la maladie. Cependant, ces cas ont été dépistés par des cliniciens vigilants dans des établissements de soins tertiaires et ne peuvent être considérés comme représentatifs de l'étendue complète de la maladie que peut causer le virus H5N1. Renseignements supplémentaires :

http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/vietnamclinical/en/

