

Vingt-quatrième réunion du comité local de la Société de pathologie exotique, 18 mars 2014

B.-A. Gaüzère (organisateur) · D. Malvy (présidence)

© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2014

La Réunion s'est ouverte sur un hommage à Pierre Ambroise-Thomas décédé le 14 mars 2014.

Avancées vaccinales en 2012-2013

P. Aubry

Centre René Labusquière, Université de Bordeaux, 33076 France.

aubry.pierre@wanadoo.fr

En 2012, 22,6 millions d'enfants dans le monde ne bénéficiaient toujours pas des vaccins de base. Le Plan d'Action mondial pour les Vaccins (Global Vaccine Action Plan - GVAP) 2011-2020 a une mission simple : améliorer la santé en étendant tous les avantages de la vaccination à tous les individus, quel que soit l'endroit où ils sont nés, qui ils sont et où ils vivent, d'ici 2020.

Pour mettre en œuvre le GVAP, il faut :

- des financements : l'Alliance GAVI lancée en 2000 apporte un appui financier pour les vaccins dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRF-PRI) ;
- la sécurité des vaccins : rôle du Comité consultatif mondial de la sécurité vaccinale (Global Advisory Committee on Vaccine Safety - GACVS), créée en 1999 ;
- une expertise : le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur les vaccinations créé en 1999 formule des recommandations sur les travaux du Département vaccination, vaccins et produits biologiques de l'OMS.

Dans le cadre des Avancées vaccinales en 2012-2013 dans les PFR-PRI, nous étudierons les maladies évitables par la vaccination qui sont en voie d'élimination, les nouveaux vaccins, les vaccins en attente et les vaccins faisant l'objet de doutes sur leur sécurité.

Entre 2000 et 2012, le nombre de cas de **rougeole** notifiés dans le monde a baissé de 73 %. En 2012, toutes les Régions

de l'OMS ont signalé une baisse après 3 années consécutives de hausse. Entre 2000 et 2012, les décès ont diminué de 78% avec 13,8 millions de décès évités grâce à la vaccination. Le pourcentage de couverture par une première dose de valence rougeole est passé de 73 % en 2000 à 84 % fin 2012 et 145 pays, sur les 197 reconnus par l'ONU, avaient inclus une seconde dose dans leur programme de vaccination systématique. Cependant, pour éliminer la rougeole, la couverture mondiale systématique pour les enfants âgés d'un an doit être de 90%, alors qu'elle n'est que de 84%.

Les résultats de la vaccination contre la **poliomyélite** par le vaccin antipoliomyélique oral (VPOt : types 1, 2, 3) ont été spectaculaires jusqu'en 2003 : 350 000 cas en 1988, 682 en 2003. L'éradication de la poliomyélite était programmée. Mais, il y a eu résurgence en 2003 au Nigéria, avec extension en Afrique et hors d'Afrique et le nombre de cas a, par la suite, été stable entre 1 500 et 2 000 par an. En 2012, les trois doses de vaccin anti-poliomyélique étaient administrées à 84 % des enfants dans le monde. Deux cent vingt-trois cas ont été déclarés à l'OMS. Cependant, le non accès du personnel vaccinateur au Pakistan et au Nigéria menace l'éradication de la poliomyélite, comme l'a démontré en 2013, la propagation des virus depuis ces régions dans la Corne de l'Afrique, au Cameroun et au Moyen-Orient (Égypte, Israël, Syrie), exempts de poliomyélite depuis de nombreuses années. En novembre 2012, l'OMS a réaffirmé l'importance du retrait à court terme du VPO2 (dernier cas de PVS2 en 1999) des programmes de vaccination dans le monde pour supprimer les cas de poliomyélite paralytique associée à la vaccination (PPAV) et les flambées dues à des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV). Un plan d'introduction du vaccin antipoliomyélique injectable (VPI) dans tous les pays du monde doit être établi d'ici fin 2014 après le retrait du VPOt et le passage au VPOb (types 1 et 3) (calendrier 3 VPO +1 VPI).

Entre le 1^{er} janvier et le 12 mai 2013, saison de la **méningite cérébrospinale à méningocoques** dans la Ceinture africaine de la méningite, 9 249 cas présumés de méningite, dont 857 décès (léthalité : 9,3 %) ont été notifiés. Le nombre de cas signalés est le plus faible enregistré lors de la saison épidémique depuis 10 ans. La baisse du nombre de cas est en

B.-A. Gaüzère (✉) · D. Malvy (✉)
CHU de La Réunion, Site Félix Guyon, Allée des Topazes,
CS 11021, 97400 Saint-Denis, Réunion, France
e-mail : bernard.gauzere@chu-reunion.fr,
denis.malvy@chu-bordeaux.fr

rapport en Afrique avec l'introduction du vaccin conjugué contre la méningite A (MenAfriVac[®]). Fin 2012, deux ans après l'introduction du vaccin plus de 100 millions de personnes vivant dans 10 des 26 pays africains touchés par la maladie avaient été vaccinées.

Sur les 24 pays exposés à la transmission de l'**Encéphalite Japonaise** (EJ), 11 (46 %) étaient dotés d'un programme de vaccination en 2012. Le nouveau vaccin, le vaccin chimère EJ, premier vaccin chinois pré qualifié par l'OMS est un vaccin vivant construit à partir des souches vaccinales 17D du virus de la Fièvre Jaune et SA-14-14-2 du virus de l'EJ. Ce vaccin est déjà homologué en Australie (Imojev[®]). Il ne nécessite d'administrer qu'une seule dose et peut être utilisé chez le nourrisson. Le GACVS demande cependant davantage d'informations pour prendre position sur l'innocuité de ce vaccin chimère.

Deux vaccins sont attendus : le vaccin contre le paludisme et le vaccin contre la dengue.

Le **vaccin contre le paludisme** le plus avancé (en phase 3) est le vaccin contre les stades pré érythrocytaires, RTS,S/AS01. Les résultats sont très « limités » : après 3 injections, l'efficacité est de 46 % chez les nourrissons de 5 à 17 mois et de 27 % chez ceux de 6 à 12 semaines. Cependant, le laboratoire GlaxoSmithKline a l'intention de soumettre dès 2014 une demande d'autorisation de mise sur le marché à l'Agence Européenne du Médicament. En cas d'accord, l'OMS envisage de recommander l'utilisation dès 2015.

Un **vaccin contre la dengue** développé par Sanofi Pasteur est en phase 3. Il s'agit d'un virus recombinant vivant atténué produit sur cellules Vero, dirigé contre les 4 sérotypes classiques de la dengue et basé sur la souche 17D du vaccin de la Fièvre Jaune. Son efficacité est plus marquée pour les sérotypes 3 et 4 que pour le sérotype 1 et surtout pour le sérotype 2. Les résultats définitifs sont prévus en 2014. Mais, un nouveau type de virus de la dengue à cycle sauvage, le virus DEN-5, découvert en Malaisie (Sarawak), risque de compliquer les efforts pour développer un vaccin.

Trois vaccins font l'objet d'études concernant leur sécurité.

Le risque d'invagination, après l'administration de **vaccins anti rotavirus** est confirmé. Le risque est de 1 à 2 pour 100 000 nourrissons vaccinés. Fin 2012, 41 pays seulement avaient introduit le vaccin contre les rotavirus et la couverture mondiale devait atteindre 9 %.

Le **vaccin contre l'Hépatite à Virus B (HVB)** a pour but de prévenir le carcinome hépatocellulaire. En 1992, l'OMS a fixé comme objectif l'intégration de la vaccination contre l'HVB dans les programmes de vaccination systématique des enfants de tous les pays du monde avant 1997. Mais, la survenue de cas de sclérose en plaques (SEP) peu de temps après la vaccination, surtout en France, avait provoqué une suspicion. De nombreuses études internationales ont innocenté le vaccin. Fin 2012, 181 pays avaient introduit le vaccin contre l'HVB et la couverture mondiale était estimée à 79 %.

Des progrès décisifs ont été réalisés dans la prévention du cancer du col de l'utérus par la vaccination contre les **papillomavirus humains** (HPV). Des manifestations indésirables graves après l'administration des vaccins anti-HPV ont été notifiées : manifestations auto-immunes y compris la SEP, neurologiques, thromboemboliques, réactions anaphylactiques. Au vu d'études internationales menées aux États-Unis, en Australie, au Japon, le GACVS continue à être satisfait du profil d'innocuité des vaccins, les enquêtes épidémiologiques se poursuivent. Fin 2012, le vaccin contre les HPV avait été introduit dans 45 pays.

Le nombre total des décès évités entre 2011 et 2020 par les vaccinations doit être de 25 millions (24,6-25,8), dont 14,1 par la vaccination contre la rougeole.

Étiologie des syndromes grippaux vus en consultations par les médecins sentinelles de La Réunion en 2011 et 2012

E. Brottet¹, M.-C. Jaffar-Bandjee², L. Filleul¹

¹Cellule de l'institut de veille sanitaire en Région océan Indien, Saint-Denis, Réunion, France

²Laboratoire de virologie, CHU de La Réunion, site Félix Guyon, Allée des Topazes, CS 11021, 97400 Saint-Denis, Réunion, France

elise.brottet@ars.sante.fr

Depuis 1996, la surveillance de la grippe à La Réunion se base sur un réseau de médecins sentinelles qui déclarent les syndromes grippaux vus en consultation et effectuent des prélèvements pour recherche de virus grippaux. Plus de la moitié de ces prélèvements sont négatifs pour la grippe et sont donc sans étiologie. Une PCR multiplex de recherche de 22 germes respiratoires est disponible au laboratoire du CHU Félix Guyon.

Il a été décidé de mener une étude en 2013 sur l'étiologie des syndromes grippaux vus en consultations par les médecins sentinelles de La Réunion en 2011 et 2012.

L'objectif était de caractériser les germes respiratoires impliqués dans la cause des syndromes grippaux vus en consultation chez les médecins sentinelles de La Réunion en 2011 et 2012.

Parmi les prélèvements conservés au laboratoire du CHU Félix Guyon, 250 ont été tirés au sort pour être analysés par une PCR multiplex permettant d'identifier 22 germes respiratoires.

Sur l'ensemble des analyses réalisées, 53 prélèvements étaient négatifs pour tous les germes respiratoires recherchés (23,9 %) ; et dans 169 prélèvements, au moins un germe a été détecté (76,1 %). Les rhinovirus/entérovirus étaient les germes respiratoires les plus fréquemment retrouvés dans les prélèvements pour syndromes grippaux (23,4 %), puis

les virus influenza A (21,2 %) et les virus influenza B (12,6 %). Neuf co-infections entre deux virus ont été identifiées, dont 6 co-infections avec des virus de la grippe. Les analyses ont montré que certains virus sont saisonniers et ne circulent donc que durant une période de l'année. Ainsi, il a été noté une circulation uniquement en été de human Metapneumovirus, des VRS A et B et du coronavirus NL63. À l'inverse, les virus Parainfluenza 1,2 et 4 n'ont été identifiés qu'en hiver. Pour les autres germes, une circulation tout au long de l'année a été identifiée.

Cette étude a mis en évidence une importante circulation de germes respiratoires tout au long de l'année à La Réunion. Elle démontre également que les syndromes grippaux ne sont pas spécifiques de la grippe et qu'il est donc indispensable de disposer en parallèle de résultats biologiques afin de permettre d'établir des diagnostics différentiels et donc d'expliquer l'étiologie des symptômes. À l'avenir, un recueil des données cliniques permettrait de relier la symptomatologie aux différents pathogènes identifiés.

Septicémies à salmonelles non typhiques graves en réanimation chez des patients drépanocytaires

D. Vandroux¹, J. Jabot¹, M. Angue¹, D. Belcour¹, B. Bouchet¹, B.-A. Gaüzère^{1,2}

¹CHU de La Réunion, site Félix Guyon, Allée des Topazes, CS 11021, 97400 Saint-Denis, Réunion, France

²Centre René Labusquière, Université de Bordeaux, 33076 Bordeaux, France

david.vandroux@chu-reunion.fr

Deux patients drépanocytaires ont présenté une salmonellose non typhique sévère.

Cas 1. Patiente de 14 ans, drépanocytaire homozygote aux antécédents de syndrome thoracique aigu (STA) et de cholécystectomie hospitalisée pour STA et choc septique imposant le recours à la ventilation mécanique et une exsanguino-transfusion. Quatre hémocultures sont positives à *S. typhimurium* sauvage. L'antibiothérapie est ceftriaxone et ofloxacine à posologie osseuse. Le bilan bactériologique complémentaire : échographie trans-oesophagienne, examen gynécologique, scanner cérébral, ponction lombaire, ponction articulaire du genou gauche et IRM dorsolombaire est négatif. L'évolution est marquée par une encéphalopathie septique ou médicamenteuse, une virémie à CMV, une diarrhée à *Clostridium difficile*. La patiente est extubée à J13. Le bilan à distance (scintigraphie osseuse et IRM) objective des lésions multifocales d'ostéomyélite et une arthrite du genou gauche.

Cas 2. Patient de 19 ans, drépanocytaire homozygote et bêta-thalassémique, splénectomisé et cholécystectomisé,

hospitalisé pour asthénie, lombalgies basses et douleurs sévères des membres inférieurs. À l'admission : ictère cutanéomuqueux, tachypnée de repos, acidose métabolique sans hyperlactatémie, insuffisance rénale aiguë, cytolysse hépatique (ASAT 553 UI/L ; ALAT 667 UI/L), ictère à prédominance conjuguée (bilirubine totale 920 micromol/L, conjuguée 840), thrombopénie, anémie sévère (Hb 3,5 g/dL) à haptoglobine effondrée et LDH élevés. L'évolution initiale vers le choc septique hyperlactatémique avec cardiopathie nécessite la ventilation mécanique. Une exsanguino-transfusion est pratiquée à J3. Malgré une antibiothérapie par ceftriaxone et aminoside puis par ciprofloxacine, 13 hémocultures sont positives à *S. enteritidis* de J0 à J5. Le scanner élimine une ostéomyélite. L'évolution est lentement favorable.

Discussion et conclusion : la drépanocytose est une maladie génétique rare à La Réunion avec un taux d'hospitalisation de 45,4/100 000 habitants entre 2004 et 2009, bien inférieur à celui des autres DOM et à l'Île de France, reflétant les différences des flux migratoires. Les salmonelloses non typhiques sont fréquemment en cause lors de toxi-infections d'origine alimentaire et les sérovars *S. enterica enteritidis* et *typhimurium* peuvent donner des infections systémiques chez les sujets à risque. La contamination se fait par ingestion d'œufs, de viande, de lait cru, de choux, d'amandes crues, par portage asymptomatique ou par contact avec des reptiles. Les années 1990-2000 ont vu une résurgence liée à l'élevage intensif de poulets et aux aliments protéinés pour animaux. L'utilisation d'antibiotiques par l'industrie agroalimentaire fait craindre l'émergence de souches résistantes. Les souches isolées chez nos deux patients ne présentaient pas de résistance.

Septicémie retardée à *Vibrio alginolyticus* au décours d'une noyade dans le lagon de La Réunion

P. Chanareille¹, T. Gauvin¹, D. Vandroux¹, B.-A. Gaüzère^{1,2}

¹CHU de La Réunion, site Félix Guyon, Allée des Topazes, CS 11021, 97400 Saint-Denis, Réunion, France

²Centre René Labusquière, Université Bordeaux, 33076 Bordeaux, France

pmchana@hotmail.fr

Observation. M.P. âgé de 71 ans, obèse, diabétique, hypertendu, éthylique chronique a été admis en service de réanimation du 8 au 24 décembre 2013 pour détresse aiguë respiratoire au décours d'une noyade sans arrêt cardiaque, dans le lagon de La Réunion, nécessitant la ventilation mécanique. La radiographie du thorax objective un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral. L'examen cardiologique est normal (échocardiographie, ECG). Il existe des plaies et de

multiples lésions au niveau des membres inférieurs dues au corail.

L'antibiothérapie probabiliste par amoxicilline - acide clavulanique est interrompue au bout de 6 jours, en raison de l'absence d'argument pour une pneumopathie d'inhalation, de syndrome fébrile, d'hyperleucocytose et de foyer radiologique, ainsi qu'une aspiration trachéo-bronchique stérile à J3.

À J9, survient un choc septique. De nombreux germes sont retrouvés : *Enterobacter aerogenes* (5 hémocultures) à point de départ de la voie veineuse centrale, *Vibrio alginolyticus* (2 hémocultures), *Klebsiella pneumoniae* (1 hémoculture). Le prélèvement distal pulmonaire du 16/12/2013 retrouve *Hafnia Alvei*. Une antibiothérapie par pipéracilline-tazobactam et amikacine est instaurée. L'évolution est lentement favorable après plusieurs complications : agitation sur sevrage éthylique, retard de réveil en rapport avec de multiples lacunes des noyaux gris centraux et des régions capsulaires avec une leuco-araïose marquée à la TDM cérébrale.

Discussion. *Vibrio alginolyticus* (VA), synonymes *Oceanomonas alginolytica*, *Beneckeia alginolytica*, *Pseudomonas creosotensis* (Miyamoto 1961, Sakazaki 1966) est une bactérie Gram négative halophile (tolérante au sel) naturellement retrouvée dans les estuaires aux eaux marines tempérées, responsable d'une recrudescence d'infection pendant les mois d'été de l'hémisphère nord. Son pouvoir pathogène chez l'Homme est connu depuis 1973. VA est cause de plaies superficielles (71 % des cas d'infections décrits à VA), d'infections oculaires, d'otites, de gastro-entérites (12 % dans une série). De rares cas de bactériémie et de fasciite nécrosante ont été décrits, particulièrement chez les patients immunodéprimés, ainsi que des diarrhées chroniques. Des résistances aux tétracyclines ont été rapportées, mais toutes les souches sont sensibles à la ciprofloxacine. Des poissons, comme les daurades et les loups peuvent développer une infection à VA avec des nécroses congestives au niveau des flancs et de la tête, aboutissant à des ulcères profonds. Le schéma général est une nécrose cellulaire, une infiltration lymphocytaire et une hémorragie intense.

Un cas d'otite à VA a été rapporté à l'Ile Maurice en 2008.

Conclusion. A notre connaissance, *Vibrio alginolyticus* n'a jamais isolé dans les lagons de La Réunion et il s'agit du premier cas de septicémie à *Vibrio alginolyticus* rapporté dans l'océan Indien.

Surveillance de la poliomyélite à Madagascar (2009-2013)

A. Rakotoarisoa¹, A. Halm², L.M. Rakotomanga³, A.E. Randrianarivo-Solofoniaina¹

¹Direction de la veille sanitaire et de la surveillance épidémiologique, Ministère de la santé publique de Madagascar

²Coordonnateur FETP/Surveillance Epidémiologique et Gestion des Alertes, Commission de l'Océan Indien

³Service de la vaccination, Ministère de la santé publique de Madagascar

À Madagascar, le dernier cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage a été détecté en 1997. L'émergence des poliovirus dérivés des souches vaccinales (VDSV) est inquiétante, car ils ont été détectés pour la première fois en 2001 dans le sud de Madagascar.

L'objectif de la surveillance est de rechercher la présence de poliovirus dans les échantillons de selles des enfants de moins de 15 ans atteints de paralysie flasque aiguë.

La surveillance active de la paralysie flasque aiguë se fait au niveau des centres de santé et des hôpitaux des 112 districts qui notifient toute paralysie flasque aiguë chez un enfant de moins de 15 ans ou toute paralysie, quel que soit l'âge, si le clinicien suspecte la poliomyélite.

L'analyse a été basée sur les taux de couverture vaccinale des 22 régions, les données du laboratoire de référence en PFA. La cartographie des risques a été établie en fonction du taux de couverture vaccinale, du nombre de cas et incidence de PFA détectés, de la conformité des prélèvements (délai, acheminement), de la présence ou non de VDSV.

Au total, 17 cas de poliovirus dérivés des souches vaccinales ont été détectés à Madagascar dans différentes localités du centre et du sud de l'île de 2009 à 2013. Le taux de couverture vaccinale est faible dans 3 provinces (Antsiranana, Toliary, Mahajanga) inférieure à 50 % en 2002 et inférieure à 70 % en 2011. En 2012, 26 % (29/112) des districts présentent encore un score élevé pour le risque d'émergence des poliovirus.

L'apparition des nouvelles souches de poliovirus pourrait conduire à l'émergence de nouveaux virus pathogènes qui rendrait plus complexe la lutte. Le taux de couverture vaccinale faible et les problèmes d'hygiène et de malnutrition rendent la population vulnérable et favorisent des flambées ponctuelles.

Une étude sur la faisabilité de l'arrêt de l'utilisation du vaccin vivant atténué et le passage au vaccin inactivé devrait être menée.

Micro-angiopathie thrombotique chez une femme enceinte porteuse d'une septicémie à *Salmonella typhi* murium

D. Belcour¹, S. Champion¹, Y. Lefort¹, B. Bouchet¹, D. Vandroux¹, B-A Gaüzère²

¹CHU de La Réunion, Site Félix Guyon, Allée des Topazes, CS 11021, 97400 Saint-Denis, Réunion, France.

²Centre René Labusquière, Université de Bordeaux, 33076 Bordeaux, France

dominique.belcour@chu-reunion.fr

Observation. Une femme de 30 ans enceinte (34 semaines d'aménorrhée), de retour de l'île Maurice, est hospitalisée en service de réanimation, pour AEG, thrombopénie, cytolysé hépatique. Après la césarienne, la thrombopénie profonde persiste et apparaissent insuffisance rénale aiguë, troubles de la conscience et défaillance myocardique nécessitant la mise sous assistance circulatoire de type ECLS (*extracorporeal life support*). L'examen anatomopathologique du myocarde évoque une microangiopathie thrombotique (MAT). Le bilan étiologique ne retrouve qu'une hémoculture positive à *Salmonella typhi murium*. Après un traitement associant une antibiothérapie adaptée à la salmonelle (céphalosporines) et les thérapeutiques spécifiques de la MAT : corticothérapie, échanges plasmatiques, administration d'anticorps monoclonaux anti-CD20, l'évolution a été très lentement favorable.

Discussion. La MAT se caractérise par une thrombopénie périphérique et une anémie hémolytique mécanique. Les principales pathologies sont le purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT), le syndrome hémolytique et urémique (SHU) et le HELLP syndrome, pathologie spécifique de la grossesse. Le tableau oriente vers un PTT dont la physiopathologie résulte d'un déficit en ADAMTS 13 constitutionnel ou acquis, avec métalloprotéase responsable du clivage des mégamultimères du facteur Willebrand (FW). En réponse à une agression infectieuse le plus souvent, les cellules endothéliales libèrent des multimères de FW qui s'accumulent en raison du déficit enzymatique, formant des thrombi dans les microvaisseaux. Le PTT atteint essentiellement les femmes de la quarantaine avec une incidence de quatre cas par million d'habitants et par an.

Le rôle de *Salmonella typhimurium* dans la genèse du tableau est difficile à préciser et malgré l'antibiothérapie adaptée, les signes de MAT ont persisté. Des recherches bibliographiques ne retrouvent pas d'association entre salmonellose mineure et PTT, alors qu'il existe une corrélation bien établie entre SHU et entérobactéries sécrétrices de toxines (*Escherichia coli*, *Shigella dysenteriae*). Dans une étude de 30 patients admis pour MAT, 53 % présentaient une infection bactérienne : *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* et *Mycobacterium tuberculosis*. Le mécanisme physiopathologique est l'agression endothéliale par des toxines bactériennes.

Conclusion. Cette MAT du péri partum avec défaillance cardiaque nécessitant l'implantation d'une assistance circulatoire fait discuter le rôle des salmonelles dans sa genèse.

Un cas grave de grippe A(H1N1) chez une femme enceinte à Mayotte en 2014

P. Durasnel¹, F. Lion¹, R. Blondé¹, L. Valyi¹, J. Allyn², B. Bouchet², O. Martinet², D. Vandroux², B-A Gaüzère^{2,3}

¹Service de réanimation, Centre hospitalier de Mayotte, BP04 97600 Mamoudzou, Mayotte

²CHU de La Réunion, site Félix Guyon, Allée des Topazes, CS 11021, 97400 Saint-Denis, Réunion, France

³Centre René Labusquière, Université de Bordeaux, 33076 Bordeaux, France

bernard.gauzere@chu-reunion.fr

Observation. Mme N., âgée de 31 ans, obèse morbide (IMC 39), enceinte de 23 semaines (G4P3, HTA) est admise dans le service de réanimation de Mayotte pour détresse respiratoire aiguë et pré-éclampsie. Dans ses antécédents, on note une césarienne pour pré éclampsie à 30 SA lors de la 3^e grossesse. Le 15/02/2014, après 60 h de ventilation conventionnelle, son état nécessite la mise en place d'un dispositif de suppléance respiratoire (*Extra corporeal membrane oxygenation*) veino-veineuse à Mayotte. Les PCR virales sur prélèvements distaux protégés pulmonaires du 12/02/2014 et dans le sang (18/02/2014) sont positives pour la grippe A H1N1 virus pandémique. Le lavage bronchoalvéolaire du 15/02/2014 trouve à taux non significatif la présence de *Pseudomonas aeruginosa* de phénotype sauvage. Le traitement anti-infectieux probabiliste initial à large spectre, est remplacé par une antibiothérapie adaptée au résultat du LBA associée à l'oseltamivir. Elle est ensuite évacuée dans le service de réanimation de Saint-Denis de La Réunion le 22/02/2014.

L'évolution lente est favorable avec extraction fœtale par césarienne d'un enfant très hypotrophique qui n'a pas survécu, hémorragies multiples et sévères aggravées par la thrombopathie liée à l'ECMO, ayant imposé une embolisation de l'artère épigastrique, hypertension artérielle sévère (quadrithérapie), tétraparésie de réanimation lentement régressive. En date du 18/03, la patiente était toujours hospitalisée sous ventilation mécanique.

Discussion. Cette patiente n'avait pas séjourné en dehors de Mayotte et n'a pu être interrogée sur des éventuels contacts avec des personnes ayant séjourné récemment hors de Mayotte. Son statut vaccinal vis-à-vis de la grippe n'a pu être précisé. Il existe à Mayotte un réseau sentinelle comme à La Réunion et un monitoring de l'activité du service des urgences (réseau OSCOUR de surveillance syndromique). De septembre à octobre 2009, 9 cas graves ou modérément graves de grippe A(H1N1) 2009 avaient été rapportés à Mayotte, avec 4 décès. Cinq cas graves de grippe avaient été hospitalisés en service de réanimation à Mayotte (3 adultes, dont une femme enceinte et une femme de 74 ans immunodéprimée qui est décédée ; 2 enfants de 7 mois et 1 an).

Conclusion. En 2014, tout comme à La Réunion en 2013, la grippe à virus A(H1N1) 2009, occasionne encore des cas graves nécessitant l'admission en réanimation, et parfois l'utilisation de technique invasives d'oxygénation extracorporelle.