

Covid-19, infection à coronavirus dit de Wuhan (SARS-Cov2)

Coronavirus

= famille comptant un grand nombre de virus qui peuvent provoquer des maladies très diverses chez l'homme, allant du rhume banal au SDRA, et qui causent également un certain nombre de maladies chez l'animal

Infections graves

- SRAS (2003)
- Syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) (2012)
- Covid-19 (2019)

Covid-19 : Symptômes et signes

Tableau typique : fièvre et signes respiratoires de type, toux, sensation d'oppression et/ou douleur thoracique, avec parfois dyspnée (essoufflement).

Durée de l'incubation : estimée à 4 à 6 jours mais peut aller jusqu'à 14 à 16 jours.

Dans les cas plus graves : syndrome de détresse respiratoire aiguë, insuffisance rénale aiguë, voire d'une défaillance multiviscérale pouvant entraîner le décès.

Infections asymptomatiques : ? 24 % (10 à 40 %) – 13 % sur le porte-avions CDG

Formes moins graves :

- Perte de l'odorat
- Céphalées
- Perte du goût
- Fatigue
- Myalgies
- Rhinite
- Douleurs à la déglutition
- Diarrhée

Présentations atypiques :

- Neurologiques : **agueusie et anosmie** (fréquentes) ; ophtalmoplégie ou syndrome de Guillain-Barré (plus exceptionnelle). Chez le sujet âgé : syndrome confusionnel, troubles mnésiques, voire AVC liés à l'activité thrombogène du Sars-CoV-2. Douleurs constrictives, erratiques et durables.
- Présentations cutanées : principalement **pseudo-engelures**, parfois douloureuses, plus fréquentes chez l'enfant et l'adulte jeune (évolution généralement favorable mais des récurrences peuvent être observées); plus rarement dyshidrose, vésicules, urticaire, exanthème, pétéchies et livedo.
- **Syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique** (Pims): signes évocateurs d'une maladie de Kawasaki décrits chez l'enfant (9 à 17 ans) avec des signes digestifs initiaux, dont de *fortes douleurs abdominales*, puis un choc cardiogénique.
- **Atteintes endocriniennes et métaboliques** (probablement liées à la large distribution organique de l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ACE2), récepteur du Sars-CoV-2) : testicule, ovaire, hypothalamus, hypophyse, thyroïde et pancréas, avec fatigue intense, hypokaliémie, thyroïdite subaiguë, hypocalcémie, hyperglycémie, lymphopénie

Séquelles :

- Atteintes respiratoires résiduelles : fibrose pulmonaire interstitielle (SDRA)
- Atteintes cardiaques : myocardite inflammatoire avec insuffisance ventriculaire gauche ; infarctus du myocarde ; insuffisance ventriculaire droite secondaire sur HTAP conséquence de la fibrose respiratoire et/ou d'embolies pulmonaires ; troubles du rythme
- Atteintes rénales : risque d'évolution des IRA vers l'insuffisance rénale chronique
- Atteintes directes ou indirectes du système nerveux central : conséquence d'une anoxie prolongée chez les malades sous ventilation artificielle, d'accidents vasculaires cérébraux, ou d'un syndrome auto-immun comme l'encéphalomyélite aiguë disséminée
- Sarcopénie
- Troubles mal étiquetés prolongeant la convalescence ou survenant à distance : malaise général, douleurs musculaires, arthralgies, fatigue au moindre effort physique ou intellectuel, perte de la mémoire et, parfois, accès de tachycardie.
- Séquelles psychiques : chez les malades sortant de réanimation avec ventilation assistée et sédation profonde, puis d'une longue convalescence

Définition de cas suspect d'infection à SARS-COV-2 (COVID-19) : d'après SPF.BE (Sciensano)

Cas possible

Un cas possible de COVID-19 est une personne avec

- au moins un des symptômes majeurs suivants d'apparition aiguë, sans autre cause évidente: toux; dyspnée; douleur thoracique; anosmie ou dysgueusie;

OU

- au moins deux des symptômes mineurs suivants¹, sans autre cause évidente : fièvre ; douleurs musculaires ; fatigue; rhinite; maux de gorge; maux de tête; anorexie; diarrhée aqueuse ; confusion aiguë ; chute soudaine ;

OU

- une aggravation de symptômes respiratoires chroniques (BPCO, asthme, toux chronique...), sans autre cause évidente.

Définition d'un cas radiologiquement confirmé

Un cas radiologiquement confirmé est une personne dont le test PCR pour SARS-CoV-2 est revenu négatif mais pour lequel le diagnostic de COVID-19 est néanmoins retenu sur la base d'une présentation clinique évocatrice ET d'un scanner thoracique compatible.

Cas confirmé

Un cas confirmé est défini comme une personne qui a un diagnostic confirmé par test moléculaire de COVID19.

Situation épidémiologique mondiale

<https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

Diagnostic

Test de référence (étalon): identification d'ARN SARS-CoV-2 dans des échantillons biologiques

- RT-PCR : haute spécificité, sensibilité dépend du moment et du type d'échantillon prélevé
- AG : haute spécificité (100 %) mais faible sensibilité (56-60 %)
- AC : IgG détectés dans 90 % des cas après 2 semaines et dans 100 % des cas après 4 semaines

Tomodensitométrie thoracique

- Opacités bilatérales en verre dépoli (typique)
- Image de pavage fou et de pneumonie organisée à un stade plus tardif
- Consolidation étendue de mauvais pronostic

Tout SDRA inexplicé doit faire évoquer Covid-19

c.à.d. toute personne présentant des signes de syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) pour laquelle aucune étiologie n'a pu être identifiée, sans notion de voyage/séjour dans une zone d'exposition à risque ou de contact étroit avec un cas confirmé de Covid-19 (Santé publique France – SRLF)

Qui tester ? (Sciensano)

1. Toute personne qui répond à la définition d'un cas possible de COVID-19, avec une attention particulière aux :
 - a. personnel soignant (personnes qui portent des soins et/ou de l'aide) ;
 - b. résidents et personnel d'une collectivité résidentielle (ex. : maisons de repos, maison de vie pour personnes handicapées, centre d'accueil pour jeunes, prisons, ...).

Dès deux cas possible dans la même structure, la stratégie de testing au sein de la structure sera adaptée selon la situation locale par les services de prévention et de contrôle des maladies infectieuses des entités fédérées. En hôpital, en cas de suspicion de cluster nosocomial, les indications de test sont déterminées par le service d'hygiène hospitalière.

2. Les personnes ayant eu un contact à haut risque avec un cas de COVID-19, y compris les voyageurs revenant d'une zone rouge ou orange, selon les modalités décrites dans la procédure contact.

Si la capacité de testing le permet, les personnes suivantes peuvent également être testées :

3. Les personnes nécessitant une hospitalisation, y compris hospitalisation de jour (première fois), selon les précisions opérationnelles que chaque institution aura déterminée à partir des lignes directrices communiquées aux hôpitaux. Si le résultat du test s'avère négatif, le test pourra être répété une fois selon le besoin clinique, car un résultat négatif pourrait également signifier que la personne est infectée mais encore en période d'incubation.
4. Tout nouveau résident qui entre pour la première fois dans une collectivité résidentielle (ex. : maisons de repos, maison de vie pour personnes handicapées, centre d'accueil pour jeunes, prisons, ...). Si le résultat du test s'avère négatif, le test pourra être répété une fois selon le besoin clinique, car un résultat négatif pourrait également signifier que la personne est infectée mais encore en période d'incubation.
5. Il n'est pas scientifiquement recommandé de tester systématiquement les patients qui retournent vers une collectivité résidentielle après un séjour en hôpital. Néanmoins, si le résultat d'une concertation entre l'hôpital et la collectivité conclut qu'un test est indispensable, ce dernier peut être réalisé

Définition de contact (Sciensano)

Une personne de contact est toute personne qui a eu un contact avec un cas confirmé de COVID-19 dans un délai de 2 jours avant le début des symptômes jusqu'à la fin de la période de contamination (en général, 7 jours après le début des symptômes, ou plus si les symptômes persistent).

Dans le cas d'une personne asymptomatique dont le test PCR est positif, une personne de contact est définie comme quelqu'un qui a eu un contact avec cette personne dans un délai de 2 jours avant le prélèvement de l'échantillon, jusqu'à 7 jours après.

Dans certains cas, les mesures ci-dessous peuvent déjà être prises pour les contacts d'un cas possible de COVID-19, s'il y a une forte présomption de COVID-19 sur base d'un lien épidémiologique avec un cas

confirmé, ou sur base d'un CT-scan, ou (exceptionnellement) si le prélèvement n'est pas possible, par exemple parce que la personne ne peut pas se déplacer.

N.B. Si la personne était elle-même un cas confirmé COVID-19 (test PCR+) dans les 8 semaines précédentes, elle n'est pas considérée comme un contact

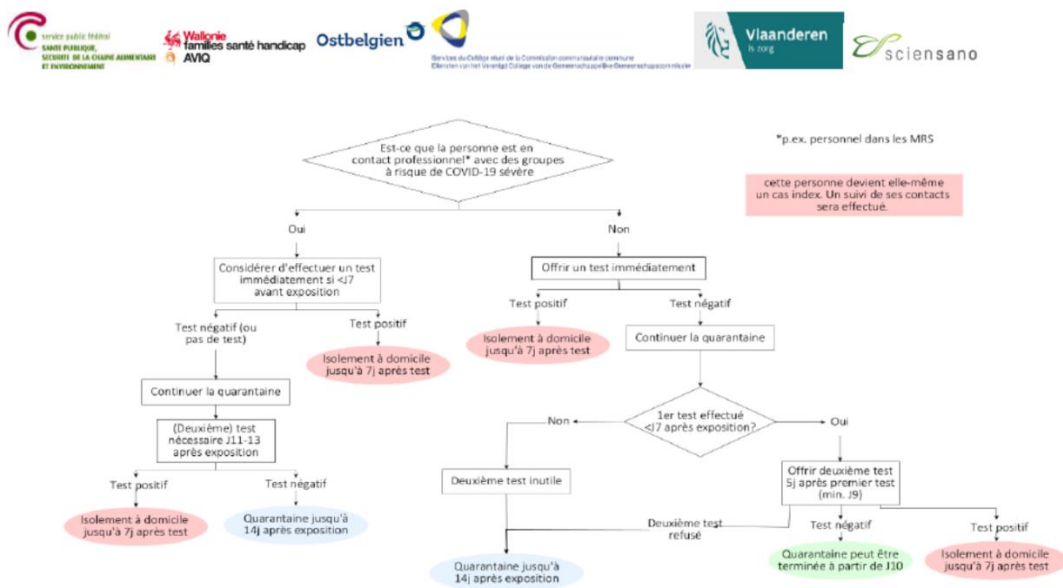
Procédures en Belgique

Distinguer médecins généralistes et hôpitaux

Voir : <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-procedures>

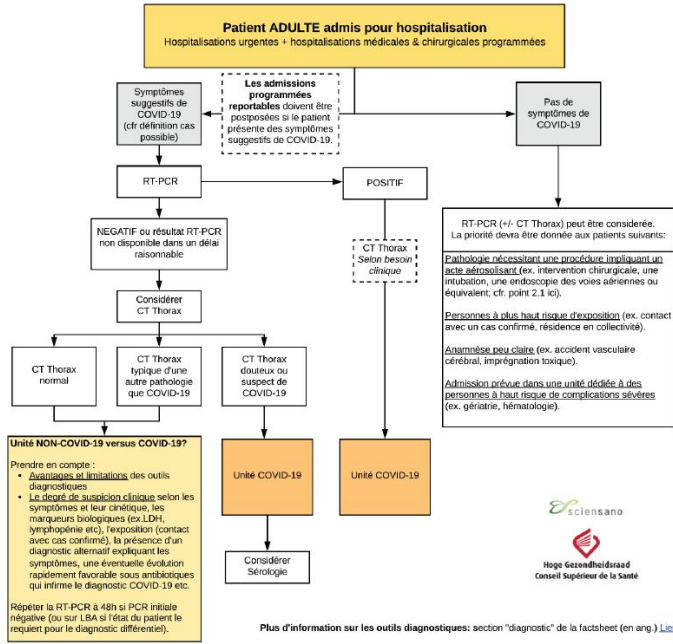
Algorithme pour la Belgique :

1. Patients ambulatoires :



2. Adultes hospitalisés

Ces lignes directrices sont à appliquer en tenant compte du contexte épidémiologique, de la politique interne et de la logistique déjà mises en place localement et en fonction de la capacité de laboratoire de l'hôpital.



TESTS DE LABORATOIRE

RT-PCR :

- La sensibilité de la RT-PCR au niveau du frottis naso-pharyngé sera le plus élevée le jour précédent et les premiers jours suivants l'apparition des symptômes (période de charge virale la plus haute).
- Afin de minimiser le risque de faux négatifs, les précautions pré-analytiques doivent être respectées (procédure d'échantillonnage, matériel utilisé, conditions de transport); informations disponibles en FH et HL.
- Le test offre une excellente spécificité.

Test Antigène rapide :

Si utilisation comme outil diagnostique ou de dépistage :

- Test positif -> équivalent à RT-PCR positif.
- Test négatif -> toujours faire une RT-PCR (sensibilité max. de 60%).

Sérologie:

- Peut être utilisée dans la démarche diagnostique en cas de RT-PCR négative et CT Thorax positif/nécessaire.
- La sensibilité de ces tests dans des populations pauci ou asymptomatiques est actuellement encore peu documentée.
- La corrélation entre les niveaux d'anticorps et la protection contre la réinfection ou la maladie est actuellement inconnue.

Mesures barrières en milieu hospitalier (Sciensano)

Tout patient possible COVID-19, en milieu hospitalier, doit être isolé et les mesures gouttelettes-contact appliquées. Lors de procédures aérosolisantes, les précautions airborne doivent également être appliquées.

Mesures	
Isolément	<ul style="list-style-type: none"> Séparez les patients suspects de COVID-19 des autres patients dès leur arrivée à l'hôpital et donnez-leur immédiatement un masque chirurgical. Isolerez le patient dans une chambre à 1 lit ou, en cas de patient confirmé, avec des patients ayant le même diagnostic. Le déplacement du patient en dehors de la chambre doit être évité au maximum et le patient doit alors porter un masque chirurgical et appliquer une hygiène stricte des mains.
Hygiène	<ul style="list-style-type: none"> Hygiène des mains après chaque contact avec une personne malade ou son environnement immédiat et immédiatement après retrait d'un élément du PPE. Hygiène respiratoire et de la toux.
Moyens personnels de protection (PPE)	<ul style="list-style-type: none"> Lors de chaque entrée dans la chambre: utiliser des gants, tablier, lunettes de protection (ou écran facial) et au minimum un masque chirurgical, éliminé / désinfecté (lunettes) immédiatement de manière appropriée après emploi. Le personnel soignant doit éviter de se toucher le visage, les yeux et la bouche avec les mains (gantées). Pour éviter une utilisation excessive des masques, il est préférable qu'un seul masque soit porté par shift. Si, au cours de ce shift, il est probable que le travailleur de santé soit confronté à une procédure génératrice d'aérosols chez un patient possible ou confirmé COVID-19, un masque FFP2 doit être porté dès le début du shift. Si disponible, le masque devrait être couvert par un écran facial et peut alors être porté pendant toute la durée du shift, quel que soit le nombre de patients pris en charge. Un masque FFP2 est recommandé pour les soignants des unités COVID et pour tout soignant en cas de contact étroit prolongé (> 15 à < 1,5 m) avec un patient COVID-19 qui ne peut pas porter de masque. Vous trouverez ici des informations détaillées sur les recommandations concernant les masques buccaux.
Procédures générant des aérosols (AGP)	<ul style="list-style-type: none"> Si possible, placez le patient dans une chambre à pression négative avec ≥ 6-12 changements d'air/heure avec contrôle du flux d'air. Utilisez un masque FFP2 lors de procédure pouvant induire un aérosol (ex. : bronchoscopie).

Traitement

- Actuellement non spécifique : pas de vaccin, pas d'antiviral spécifique
- Peut comprendre tout support de réanimation (environnement adéquat)
 - Dexaméthasone à faible dose (6 mg iv) : pour les patients nécessitant de l'oxygène, en particulier si ventilation mécanique et avec début des symptômes depuis > 7 jours.
 - Envisager remdesivir (usage compassionnel ou dans le cadre d'un essai)