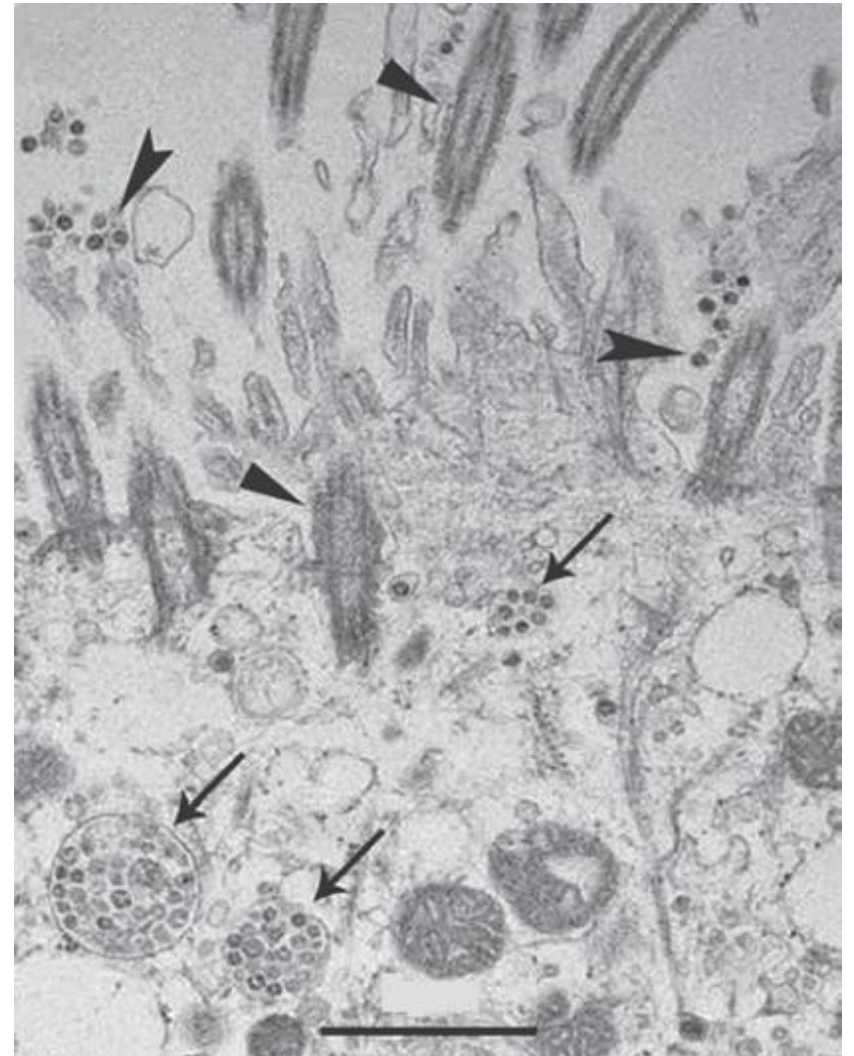


# Le SARS CoV2

## Connaissances au 23 Mars 2020



# Premier cas



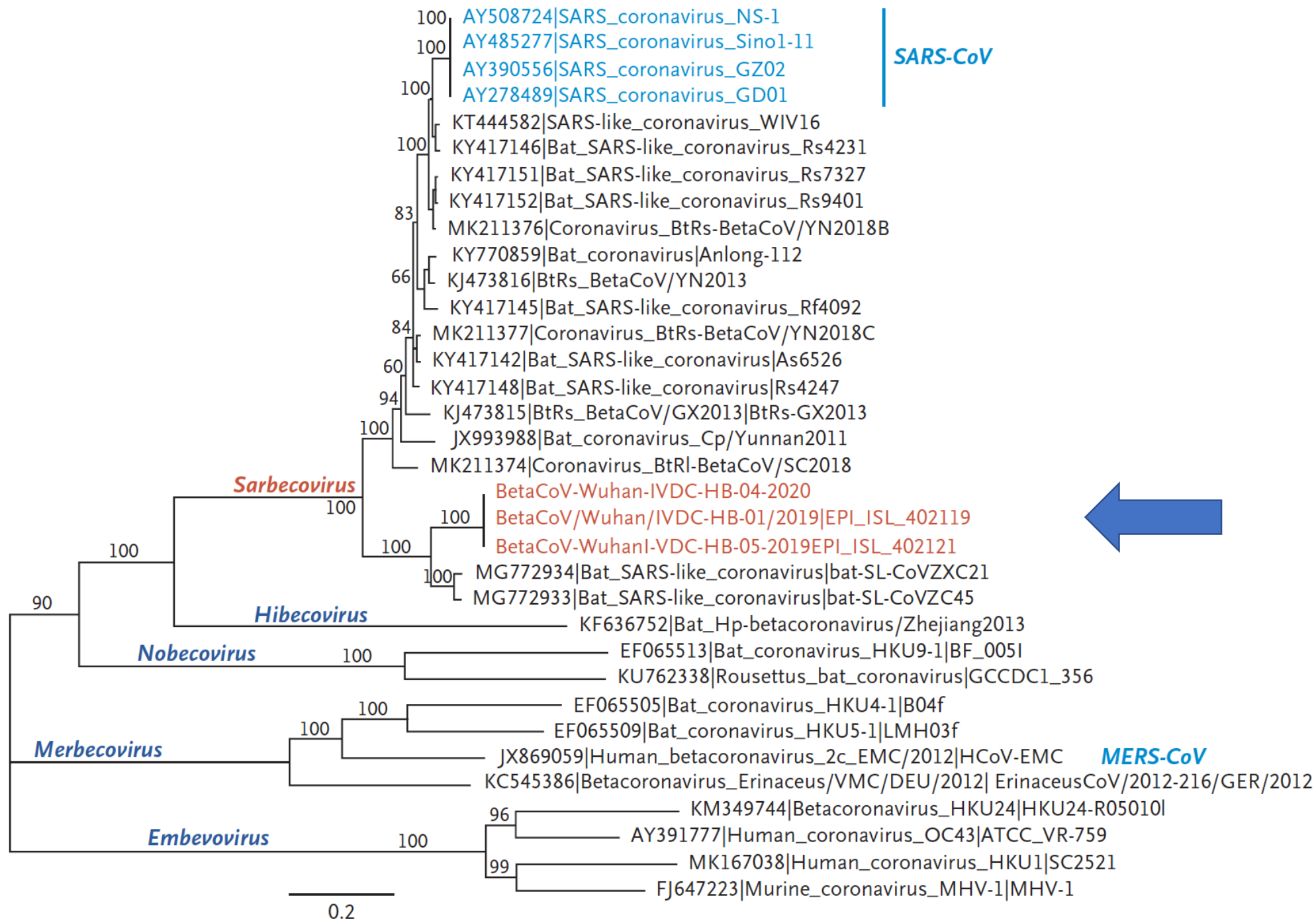
# Le Virus

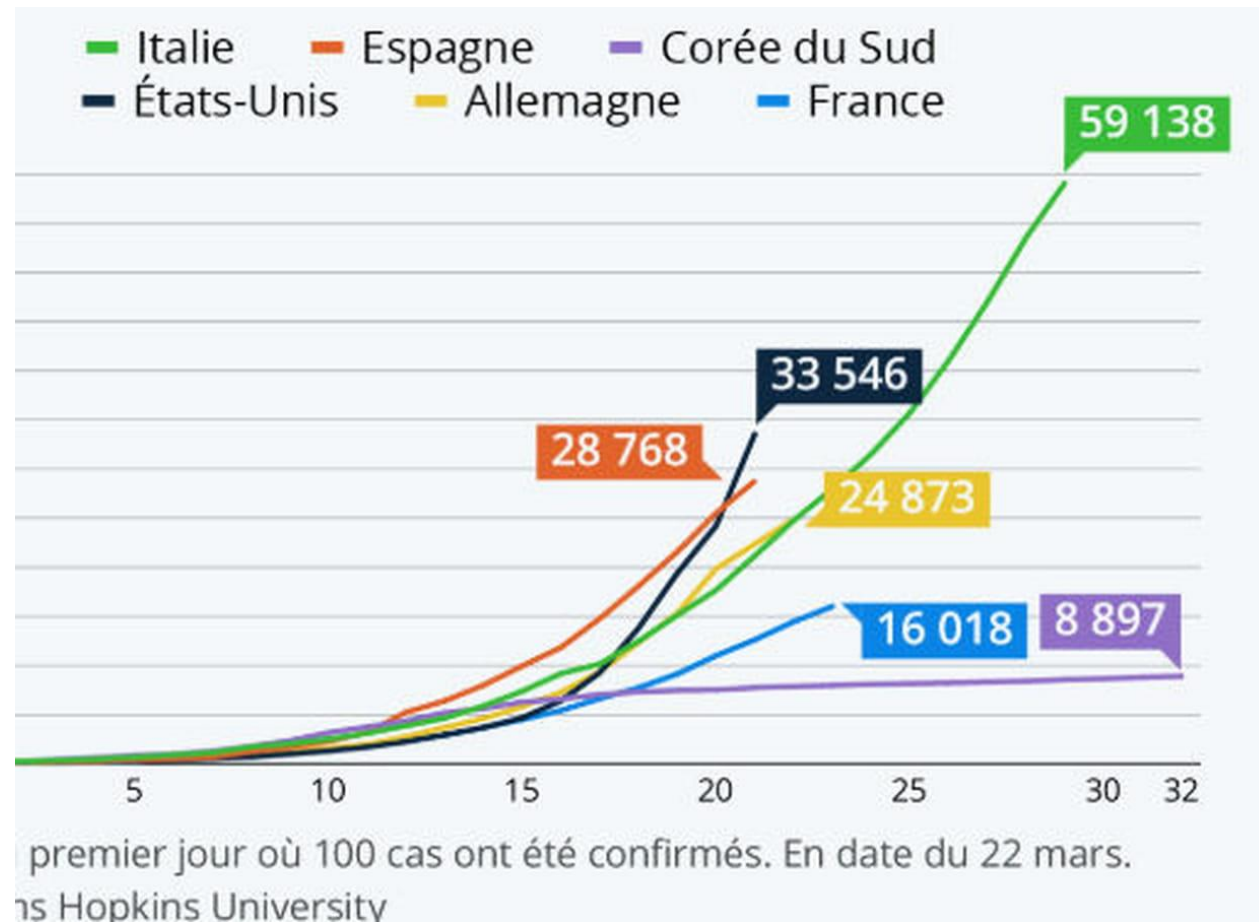
- Décembre 2019, patients avec pneumonies
- Un betacoronavirus isolé des sécrétions respiratoires (cultures cellulaires).
- Nouveaux coronavirus, appelé SARS-CoV2, sous-genre sarbecovirus, sous-famille Orthocoronavirinae.
- Différent de MERS-CoV et SARS-CoV, et des virus responsables du rhume (229E, OC43, NL63, et HKU1)
- SARS-CoV2 est ainsi le 7<sup>o</sup> membre de la famille des coronavirus qui infectent les humains

Na Zhu et al.

A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019

NEJM, 2020, Jan., DOI: 10.1056/NEJMoa2001017





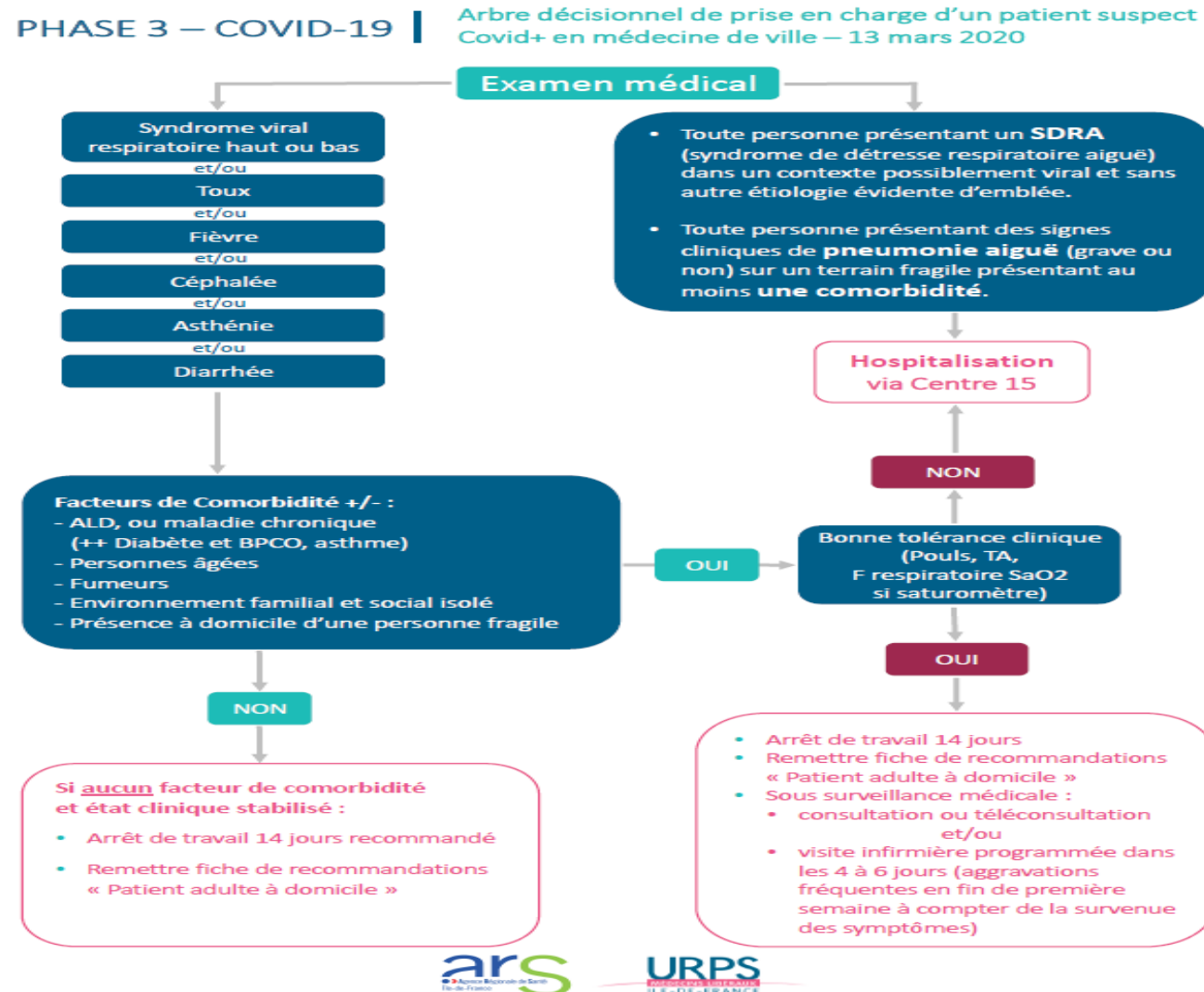
Cas  
mondiaux

# Transmission

- Origine animale probable: Chauve-souris
- Contamination interhumaine aérienne (comme tous les coronavirus)
- Manuporté
- Incubation: 14 jours maximum
- $R_0$  2 à 3
- Intervalle intergénérationnel: environ 5 jours

**Mais ces données sont à affiner au fil de l'épidémie**

# Prise en charge en phase 3



# Résumé des données cliniques

- Signes précoces fréquents: agueusie et/ou anosmie sans cause
- Signes respiratoires hauts, parfois digestifs
- Pneumonie
- Aggravation possible vers le 7<sup>o</sup> jour
- Gravité: détresse respiratoire peut être liée à des processus inflammatoires/immunitaires (cytokines?)



# Charge virale et clinique

- **Forme simple**

- ✓ Excrétion virale de début de maladie élevée dans les VA sup ( $> 5\log$  de virus), qui dure en moyenne 6-7 jours, puis une chute. Cela correspond à la phase virale de l'infection.
- ✓ Possibilité de signes respiratoires bas transitoires (2 à 3 jours), avec possible détection dans des prélèvements des VA inf. La plupart évoluent vers la guérison, mais si on s'acharne à les tester, on peut trouver du virus avec des charges virales basses ( $< 37$ ) jusqu'à 20 jours après le début des symptômes.

- **Forme simple qui se complique**

- ✓ Evolution identique, mais les signes respiratoires sont exacerbés avec des lésions immuno-pathologiques sans présence de virus. Au scan, il y a une image en verre dépoli.

- **Forme compliquée d'emblée**

- ✓ Charges virales nasales et des VA inf élevées d'emblée, et restant élevées. Ce sont ces patients chez qui la mortalité est la plus élevée

Donc, si les patients sont vus dans les formes qui se dégradent à J7-8, il est possible que la détection virale soit prise en défaut du fait qu'ils sont déjà tard dans l'histoire de la maladie.

**Ne pas oublier que d'autres virus circulent encore.**

# Traitement

- Symptomatique, mais éviter corticoïdes et AINS
- Antiviraux:
  - ✓ Remdesivir: expérience avec MERS Cov et Ebola. Essais en cours
  - ✓ Antirétroviraux: échec Lopinavir/Ritonavir dans les cas graves.
  - ✓ Chloroquine: beaucoup trop précoce pour conclure. Expérience avec Chickungunya: accidents cardiaques sans effet antiviral in vivo
  - ✓ Interférons, anticorps monoclonaux: en cours d'évaluation pour cas graves

CONCLUSION PROVISOIRE: beaucoup trop tôt pour une recommandation de molécule

# Les mesures (rappels)

- Les mesures individuelles (hors soignants):
  - masque pour les malades au contact d'autres personnes
  - lavage des mains
  - confinement
- Les soignants
  - Masques chirurgicaux en hôpital
  - Masques FFP2 si soins proches
  - Se cantonner à l'essentiel et urgent

# Conclusion provisoire

- Les restrictions de circulation vont modifier les données
- Il s'agit d'une pneumonie virale, probablement compliquée de phénomènes « cytokiniques » dans les cas graves
- Typologie d'infection connue, mais pas de traitement ni de vaccin
- **Problème logistique surtout**, lié au nombre par rapport aux capacités du système de santé
- Problème d'**hystérie médiatique** créant une atmosphère anxiogène dans la population
- Mais **ne pas nier le problème** non plus, la région Grand Est est là pour le rappeler