

Synthèse de l'avis du HCSP relatif à la gestion et à la prévention des infections à MERS-CoV du 28 juin 2013

Le tableau typique associe un syndrome infectieux avec fièvre associé à un syndrome respiratoire (avec +/- dyspnée) et une toux (signe d'appel respiratoire principal mais qui peut être absent). Des signes digestifs (diarrhée et vomissements) sont présents dans 35 % à 60 % des cas.

Les manifestations cliniques initiales ne sont pas toujours typiques d'infection respiratoire aiguë fébrile sévère. Au début de l'évolution, une proportion non négligeable de patients peut ne pas avoir de fièvre, ne pas avoir de toux et ne pas avoir d'infiltrats radiologiques. Des signes digestifs peuvent être présents et non évocateurs. Les signes de gravité et les défaillances viscérales peuvent s'installer secondairement. Ainsi, devant un patient revenant d'une zone atteinte mais présentant une symptomatologie atypique, il convient de ne pas écarter trop rapidement le diagnostic d'infection à MERS-CoV.

Le MERS-CoV n'est pas toujours retrouvé dans des prélèvements respiratoires hauts de type naso-pharyngé. Il est présent dans les prélèvements respiratoires d'origine basse à des charges virales parfois très élevées.

La transmission de personne à personne est possible, bien que limitée. Il est cependant important de respecter les mesures d'hygiène et d'isolement, au minimum, en chambre individuelle.

Les définitions de cas :

Cas possible :

a) Toute personne ayant voyagé ou séjourné dans les pays listés (cf. site InVS 1), qui, au cours des 14 jours après son retour, a présenté :

- ▲ Des signes cliniques et/ou radiologiques de détresse respiratoire aiguë (SDRA) ou d'infection du parenchyme pulmonaire, avec une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et de la toux, sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la pathologie.
- ▲ Pour les personnes immunodéprimées ou présentant une pathologie chronique, il faut considérer également la survenue d'un syndrome fébrile avec diarrhée et/ou tableau clinique sévère.

b) Tout contact (ex : famille, soignants) d'un cas possible ou confirmé, ayant présenté :

- ▲ Une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 14 jours suivant le dernier contact avec le cas possible/confirmé pendant que ce dernier était malade (i.e. symptomatique).
- ▲ Pour les contacts immunodéprimés ou présentant une pathologie chronique, il faut considérer également la survenue d'un syndrome fébrile, avec diarrhée et/ou tableau clinique sévère.

Cas confirmé :

Cas possible avec prélèvements indiquant la présence du nouveau coronavirus MERS-CoV.

Prise en charge d'une suspicion de cas :

Dans la situation actuelle, tout cas suspect doit toujours faire l'objet d'une évaluation initiale par l'Agence régionale de santé (ARS) et l'InVS pour sa qualification en cas possible ou non, en liaison avec l'infectiologue référent lorsque le cas est à l'hôpital.

Les professionnels de santé qui auraient été exposés sans précaution à un cas confirmé a posteriori doivent être considérés comme des cas contact.

Le HCSP recommande que :

- ▲ Si un patient contacte le système de santé (un médecin, le centre 15), pour une symptomatologie pouvant évoquer une infection à MERS-CoV et avec une anamnèse compatible, il conviendra de ne pas l'orienter d'emblée vers les services d'urgence, mais d'organiser directement sa prise en charge avec les mesures détaillées en annexe 3, afin d'éviter le contact avec d'autres patients, dans l'attente du classement du cas par l'ARS et l'InVS.
- ▲ Si un patient se rend directement dans un service d'urgence, avec une symptomatologie pouvant évoquer une infection à MERS-CoV et avec une anamnèse compatible, il devra être pris en charge

Synthèse de l'avis du HCSP relatif à la gestion et à la prévention des infections à MERS-CoV du 28 juin 2013

d'emblée dans un box fermé avec les mesures détaillées en annexe 3, et devra y rester jusqu'à classement en « cas possible » par l'ARS et l'InVS, puis il sera transféré vers le secteur d'hospitalisation ciblé (hôpital et service ad hoc). Il conviendra de prévenir l'infectiologue, le microbiologiste et l'hygiéniste référents.

- ⤴ La prise en charge d'un cas classé possible se fasse dans un établissement hospitalier en capacité de mettre en place l'ensemble des mesures de prises en charge clinique et biologique détaillées ci-après.
- ⤴ Que le microbiologiste référent soit informé et prenne contact avec les autres biologistes pour organiser la gestion des prélèvements dans l'établissement.
- ⤴ Que l'équipe opérationnelle d'hygiène soit également informée pour s'assurer de la mise en place des procédures recommandées lors des soins et des prélèvements.

Mesures d'hygiène pour la prise en charge des patients suspects :

Prélèvements :

1. Prélèvements respiratoires :

Les prélèvements respiratoires doivent être effectués en adéquation avec le tableau clinique et selon les principes suivants :

- ⤴ Réalisés le plus tôt possible, si possible dès l'admission du patient ;

NB : répétés au bout de quatre jours d'évolution clinique s'ils se sont révélés négatifs pour le MERS-CoV (J0 étant défini comme le premier jour de l'apparition de la fièvre, des prélèvements réalisés avant J4 peuvent s'avérer négatifs).

- ⤴ Nature des prélèvements : à la fois des prélèvements des voies respiratoires basses (cf. infra) qui ont démontré une meilleure sensibilité pour la recherche du MERS-CoV et des prélèvements des voies respiratoires hautes dits « naso-pharyngés », plus adaptés à la recherche des autres virus respiratoires.
- ⤴ Modalités de réalisation des prélèvements des voies respiratoires basses :

Port d'un appareil de protection respiratoire FFP2 pour le soignant et de type « contact » pour le cas suspect.

- Chez les patients non intubés/non ventilés :

Pour les adultes :

Des échantillons des voies respiratoires basses peuvent être obtenus lors d'un effort de toux, une expectoration provoquée ou par aspiration trachéale.

Pour les enfants :

Le recueil d'une expectoration étant très difficile, on réalisera une aspiration naso-pharyngée immédiatement après une séance de kinésithérapie respiratoire (expectoration provoquée).

Chez les patients dont l'état clinique a nécessité une intubation :

Qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants, le prélèvement des voies respiratoires basses est idéalement un lavage broncho-alvéolaire effectué sous fibroscopie ou à défaut un autre prélèvement profond (prélèvement distal protégé, aspiration trachéale, mini-lavage alvéolaire dirigé par fibroscopie ou aveugle).

2. Autres prélèvements :

- ⤴ Un prélèvement de sang sur tube sec sera systématiquement réalisé, accompagné si possible d'un prélèvement sur EDTA.
- ⤴ Prélèvements de selles ou écouvillonnage rectal seront réalisés en cas de diarrhée en respectant strictement l'application des mesures d'hygiène de type « contact ».

3. Acheminement des prélèvements au laboratoire de l'établissement :

Tous les échantillons biologiques respiratoires (superficiels ou profonds), de sang, de selles, d'urines ou autres des patients classés « cas possibles » (a fortiori des cas confirmés) doivent être acheminés au laboratoire sous triple emballage.

Synthèse de l'avis du HCSP relatif à la gestion et à la prévention des infections à MERS-CoV du 28 juin 2013

Ces dispositifs, de même que les kits de prélèvements, doivent être disponibles facilement dans les services à risque de recevoir ce type de patients.

4. Gestion des examens microbiologiques :

Norme : laboratoire de niveau LSB3 ou à défaut LSB2 avec l'ensemble des mesures d'hygiène et les procédures de type 3 en particulier pour les équipements de protection individuels des professionnels, le respect des procédures et l'élimination des déchets.

5. Acheminement des prélèvements respiratoires par un transporteur utilisant un conditionnement de catégorie B (Norme UN 3373).

La liste des laboratoires en capacité de faire le diagnostic de MERS-CoV est disponible sur le site de l'InVS.