

L'infection respiratoire communautaire est la pathologie la plus rencontrée en médecine de ville. Les virus impliqués circulent selon une saisonnalité bien connue, traditionnellement hivernale mais avec toutefois des différences de date d'apparition des épidémies selon les virus en cause.

La confirmation virologique des infections respiratoires est indispensable pour les tableaux cliniques sévères justifiant une hospitalisation et présente également un intérêt quand un traitement antiviral peut être efficace s'il est fondé et administré précocement (cas de la grippe).

La détection des virus respiratoires par biologie moléculaire s'est développée ces dernières années offrant maintenant de larges panels de détection avec des niveaux de sensibilité et de spécificité élevés. Si chez le nourrisson les infections respiratoires dominantes sont celles à VRS et à rhinovirus, une émergence de formes sévères de coqueluche est actuellement observée chez les très jeunes enfants.



© STEVE GSCHNEIDER/SP/PHANIE

Infections respiratoires communautaires

Pneumonies et Coronavirus

Les Coronavirus sont des virus à ARN monocaténaux, d'aspect caractéristique en couronne en microscopie électronique, isolés pour la première fois en 1960 et dont la responsabilité dans les syndromes infectieux des voies respiratoires basses a été déterminée en 1970 (1^{re} épidémie chez 418 enfants âgés de moins de 18 mois aux États Unis).

Six Coronavirus humains ont été à ce jour identifiés, deux d'entre eux ayant émergé de façon récente (SARS-CoV et MERS-CoV).

Les infections respiratoires basses à Coronavirus surviennent plutôt de façon sporadique chez des sujets fragiles (âge > 65 ans, tabagiques, atteints de BPCO) parfois en association avec les Rhinovirus.

Des épidémies d'infections respiratoires à Coronavirus (HCoV OC43) ont toutefois été décrites.

La saisonnalité des infections respiratoires à Coronavirus est hivernale comme cela est le cas pour d'autres virus impliqués dans ce type d'infection. (tableau I).

Une méta-analyse effectuée à partir de 24 études ayant regroupé 6 404 patients adultes atteints d'infections respiratoires basses virales (virus détectés par PCR en temps réel) a montré que l'incidence des infections à Coronavirus (environ 8 %) était inférieure à celle du virus Influenza et des Rhinovirus mais supérieure à celle des autres virus impliqués dans ces pathologies.

Cette incidence est moins importante chez les enfants et les adultes jeunes.

En termes de gravité, par rapport à l'ensemble des pathologies respiratoires virales, les infections à Coronavirus ne sont pas trop sévères mais 12 % des cas conduisent cependant à une hospitalisation.

Tableau I : Saisonnalité et périodicité des virus impliqués dans les infections respiratoires.

Virus	Saison	Périodicité	Incubation
Influenza virus	Hiver	Annuelle	1 - 2 j
VRS	Automne / hiver	Annuelle	2 - 8 j
hMPV	Hiver	Annuelle	5 - 6 j
PIV	Automne / hiver	Tous les 2-3 ans	2 - 8 j
Coronavirus	Hiver	Tous les 2-3 ans	1-3 j
Rhinovirus	Toute l'année	Annuelle	8 h - 2 j



© GARGO/PHANIE

Coronavirus émergents

SARS-CoV (*severe acute Respiratory syndrome coronavirus*) et MERS-CoV (*Middle East respiratory syndrome coronavirus*) sont les deux bêta-coronavirus qui ont récemment émergé.

L'épidémie due au SARS-CoV qui a débuté en novembre 2002 a déclenché dès mars 2003 une alerte mondiale par l'OMS entraînant des mesures de contrôle efficaces et la fin de cette épidémie en juillet 2003.

Pendant la durée de l'épidémie 8 422 cas ont été confirmés avec 11 % de décès. De nouveaux cas enregistrés récemment suggèrent que le SARS n'a pas été totalement éradiqué ce qui incite à la vigilance.

Le signalement de deux cas d'infection respiratoire due à un nouveau Coronavirus a été fait en avril 2012 en Arabie Saoudite et au Qatar chez deux patients ayant développé une pneumopathie sévère. Le séquençage de ce nouveau virus a été réalisé en octobre 2012.

Si les connaissances sont encore incertaines concernant les réservoirs du virus (chauve-souris, dromadaires) il a été prouvé que le MERS-CoV peut se transmettre d'homme à homme mais son potentiel de contagiosité est faible.

Actuellement 1 521 cas ont été confirmés dans 26 pays mais avec une majorité d'entre eux en Arabie Saoudite et 56 % de ces cas sont décédés (âge > 65 ans).

Les derniers cas recensés (une centaine) l'ont été en 2015 en Corée du sud, dans une série d'hôpitaux où l'absence de mesures de protection peut expliquer la multiplication des cas secondaires, le patient index ayant contracté la maladie lors d'un voyage au Moyen Orient.

En conclusion

Les infections à Coronavirus sont fréquentes dans la communauté avec probablement un sous-diagnostic.

La transmission nosocomiale est décrite à la fois pour les souches classiques (HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-229E, HCoV-HKU1) et pour les souches émergentes (SARS-CoV, MERS-CoV).

La prise en charge thérapeutique ne peut être pour l'instant que symptomatique et le contrôle de ces infections passe uniquement par la prévention respiratoire. |

CHANTAL BERTHOLOM

source

D'après une communication de B. Guery – Lille
35^e Réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse, 14 décembre 2015.