

Surveillance sanitaire en Aquitaine

Point spécial n°23b-2013 du 13/06/13 sur les virus émergents : grippe aviaire A(H7N9) et A(H5N1) et nouveau coronavirus (MERS-CoV)

| Situation épidémiologique |

Infections liées au nouveau coronavirus (MERS-CoV)

Le MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome CoronaVirus) a été identifié en Arabie Saoudite en septembre 2012 chez deux patients qui avaient présenté une pneumopathie sévère. Suite à cette découverte, une surveillance a été mise en place sous la coordination de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) afin de détecter d'autres cas éventuels. Le 7 mai 2013 un premier cas a été diagnostiqué en France chez un patient ayant effectué un séjour aux Emirats Arabes Unis dans les 10 jours précédents les signes cliniques. Ce patient est décédé le 28 mai. Les investigations menées suite à ce diagnostic ont permis d'identifier, parmi ses contacts, un autre cas d'infection à MERS-CoV.

Situation internationale au 11 juin 2013 (bilan OMS) : 55 cas d'infection à MERS-CoV ont été rapportés répartis dans 7 pays depuis avril 2012 ; 31 sont décédés.

La plupart des patients a séjourné dans la péninsule arabique.

- Allemagne : 2 cas (1 décès)
- Arabie Saoudite : 40 cas (25 décès)
- France : 2 cas (1 décès)
- Italie : 3 cas
- Jordanie : 2 cas (2 décès)
- Royaume Uni : 4 cas (2 décès)
- Tunisie : 2 cas (plus un cas probable décédé)

Situation en France au 11 juin 2013 (bilan InVS) : depuis 10/2012, 173 signalements de cas suspects d'infection à MERS-CoV : 49 classés possibles et prélevés, 2 confirmés, 1 décès.

Les virus de la famille des coronavirus sont nombreux et variés. Certains peuvent provoquer des infections respiratoires bénignes et d'autres des infections respiratoires sévères. Le nouveau coronavirus identifié en septembre 2012 est relativement proche du coronavirus humain du Sras, identifié en 2003, qui avait provoqué une épidémie mondiale. L'infection à MERS-CoV se manifeste par une fièvre et des signes respiratoires pouvant se compliquer par un syndrome de détresse respiratoire aiguë. Cependant, un cas avec une forme bénigne de la maladie (syndrome pseudo-grippal) a été décrit en Angleterre. La période d'incubation est estimée à 10 jours.

Les éléments rapportés à ce jour suggèrent l'existence d'une transmission interhumaine de l'infection. Cependant, selon l'OMS et l'ECDC, sur la base des informations disponibles, ce nouveau virus ne semble pas se transmettre facilement d'homme à homme, à la différence du virus du Sras. L'origine de la contamination des cas confirmés reste inconnue en l'état actuel des connaissances. La situation est suivie de près par l'OMS et l'ECDC. Les investigations sont en cours dans les pays ayant rapporté des cas pour approfondir les connaissances.

Infections liées aux virus influenzae aviaires A(H7N9) et A(H5N1)

► Virus A(H7N9)

Le 31 mars 2013, les autorités chinoises ont annoncé l'identification d'un nouveau virus A(H7N9), d'origine aviaire, isolé à partir de 3 cas humains présentant des infections respiratoires sévères. Le virus A(H7N9) est un nouveau virus grippal d'origine aviaire. Il dérive du virus A(H9N2) qui présente des caractéristiques d'adaptation potentielle à l'homme. Le virus A(H7N9) s'est montré sensible à l'Oseltamivir et au Zanamivir sur les souches qui ont été jusqu'à maintenant testées. L'apparition d'un nouveau virus grippal chez l'homme incite à la plus grande prudence d'autant plus que les formes cliniques observées sont graves et que la source de contamination et la voie de transmission restent encore méconnues. **Au 29 mai 2013, l'OMS a été informée de 132 cas en Chine confirmés au laboratoire dont 37 décès (27 %).**

► Virus A(H5N1)

En 12/2003, une souche virale de type A(H5N1) hautement pathogène a été identifiée dans des foyers de grippe aviaire en République de Corée et signalée à l'Office International des épizooties (OIE). De nombreux autres foyers aviaires causés par ce virus ont été depuis identifiés dans plusieurs pays d'Asie, d'Europe, d'Afrique et du Moyen-Orient. Les infections liées au virus A(H5N1) entraînent des tableaux respiratoires majoritairement sévères. **Depuis 2003, sur les 629 cas humains confirmés biologiquement et notifiés à l'OMS, 374 (59 %) sont décédés (données au 11 juin 2013).** Depuis 07/2004, l'InVS a reçu 621 signalements concernant des patients de retour de pays où sévit l'épizootie, dont 46 ont été classés en cas possible (point au 12 avril 2013). Tous les prélèvements sont revenus négatifs. Les appels se sont faits très rares depuis 2009.

| Objectifs de la surveillance |

L'objectif de la surveillance est d'assurer la détection précoce des cas de grippe aviaire ou d'infection à un nouveau coronavirus pour :

- une prise en charge thérapeutique rapide et adaptée du malade ;
- une confirmation virologique, avec caractérisation précise permettant le suivi de l'évolution du virus ;
- l'alerte précoce des autorités sanitaires ;
- la recherche active des personnes ayant partagé la même exposition ;
- la recherche active de transmission inter-humaine.

| Définition de cas (au 13 juin 2013) |

Grippe A(H5N1) / Grippe(H7N9)

Cas possible :

- a) Toute personne ayant voyagé ou séjourné dans les pays ou zones à risque (cf. liste ci-dessous), qui, au cours des 10 jours après son retour, a présenté :
 - des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë grave basse (nécessitant une hospitalisation) ;
 - **sans** autres étiologie identifiée pouvant expliquer la symptomatologie.
- b) Les personnes co-exposées symptomatiques, définies comme celles ayant séjourné dans les zones exposées avec le cas possible/confirmé qui présente une infection respiratoire aiguë quelle que soit la gravité, dans les 10 jours suivant l'exposition ;
- c) Tout contact étroit d'un cas possible/confirmé, qui présente une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité dans les 10 jours suivant le dernier contact avec le cas possible/confirmé pendant que ce dernier était malade (i.e. symptomatique).

Cas confirmé :

Cas avec un prélèvement respiratoire indiquant la présence du virus aviaire A(H7N9) ou A(H5N1).

Nouveau coronavirus (MERS-CoV)

Cas possible :

- a) Toute personne ayant voyagé ou séjourné dans les pays ou zones à risque (cf. liste ci-dessous), qui, au cours des 10 jours après son retour, a présenté :
 - des signes cliniques et/ou radiologiques de détresse respiratoire aiguë (SDRA) ou d'infection du parenchyme pulmonaire, incluant une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et de la toux sans autres étiologie identifiée pouvant expliquer la pathologie ;

Pour les personnes immunodéprimées ou présentant une pathologie chronique, considérer également la survenue d'un syndrome fébrile avec diarrhée e/ou tableau clinique sévère.
- b) Tout contact (ex : famille, soignants) d'un cas possible/confirmé, ayant présenté une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 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, considérer également la survenue d'un syndrome fébrile avec diarrhée e/ou tableau clinique sévère.

Cas confirmé :

Cas avec prélèvements respiratoires indiquant la présence du nouveau coronavirus.

| Pays ou zones à risque (au 13 juin 2013) |

Grippe A(H5N1)

Bangladesh, Cambodge, Chine (dont Tibet), Egypte, Indonésie, Laos, Myanmar, Vietnam, Russie (*Provinces entre la mer Noire et la mer Caspienne : de Volgograd aux frontières du Caucase et Kraï de Primorsk à l'extrême sud-est de la Russie*), Iran (*Province du Mazandaran*), Népal, Hong-Kong, Bhoutan, Inde, Corée (*République populaire démocratique*)

Grippe(H7N9)

Chine

Nouveau coronavirus (MERS-Cov)

Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabe Unis, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, Syrie, Territoires palestiniens occupés, Yemen

- **Important** : les définitions de cas et la liste des pays ou zones à risque sont régulièrement mises à jour sur le site de l'InVS ; retrouvez directement ces mises à jour en cliquant ici : [Grippe aviaire](#) et [Coronavirus](#).

Signalement d'un cas en Aquitaine

Les médecins prenant en charge un patient et suspectant :

- soit un cas possible répondant aux définitions ci-dessus ;
- soit un regroupement de cas d'infections respiratoires aiguës graves hospitalisées ;

doivent immédiatement signaler ces situations par téléphone au point focal régional de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires pour validation de la classification en cas possible par la cellule régionale de l'InVS (Cire). Ils préciseront s'il existe des personnes co-exposées ou des contacts étroits à investiguer.

Signaler, alerter

Point focal

Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires

24h/24

05 57 01 47 90

@ ars33-alerte@ars.sante.fr

05 67 76 70 12

Aquitaine

ars Agence Régionale de Santé Aquitaine

InVS INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Prise en charge

La prise en charge des cas suspects de grippe aviaire ou de NCoV a fait l'objet de rapports du Haut conseil de la santé publique (HCSP) :

- **Grippe aviaire** : [Avis du 25 avril 2013](#)
- **MERS-CoV** : [Avis du 19 mars 2013](#) → [Avis du 24 mai 2013](#)

Les précautions d'hygiène à mettre en place sont détaillées dans chacun des avis du HCSP. Il s'agit de l'association de précautions complémentaires de type « Air » et de précautions complémentaires de type « Contact ».

Prélèvement et confirmation du diagnostic microbiologique

Le classement comme cas possible d'un cas suspect par la Cire conduit à la réalisation de prélèvements pour la confirmation du diagnostic microbiologique. Les modalités techniques des conditions de prélèvements sont précisées dans chacun des avis du HCSP.

- **Grippe aviaire** : prélèvements respiratoires et envoi au CNR des virus Influenzae ;
- **MERS-CoV** : prélèvements respiratoires + sang et selles et envoi au CNR des virus Influenzae.

Traitement

- **Grippe aviaire** : les souches A(H5N1) et A(H7N9) testées sont sensibles aux inhibiteurs de la neuraminidase (oseltamivir et zanamivir) et résistantes à l'amantadine et la rimantadine. Le traitement antiviral par inhibiteur de la neuraminidase est recommandé et doit être institué le plus rapidement possible – au mieux dans les 48 premières heures après apparitions des symptômes. Un traitement symptomatique complète la prescription de l'inhibiteur de la neuraminidase.
- **MERS-CoV** : il s'agit essentiellement du traitement symptomatique de la détresse respiratoire et éventuellement d'une insuffisance rénale associée. Il n'y a pas de traitement antiviral spécifique.

| Liens pour en savoir plus |

Institut de veille sanitaire (InVS) : <http://www.invs.sante.fr/>

Haut conseil de la santé publique (HCSP) : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Accueil>

Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) : <http://www.ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>

Organisation mondiale de la santé (OMS) : <http://www.who.int/csr/don/fr/index.html>

Directrice de la publication : Françoise Weber, Directrice générale de l'InVS

Rédacteur en chef : Patrick Rolland, Responsable de la Cire Aquitaine

Equipe de rédaction :

Isabelle Teycheney	Assistante
Christine Castor	Epidémiologiste
Martine Charron	Médecin épidémiologiste
Gaëlle Gault	Epidémiologiste
Laure Meurice	Epidémiologiste
Véronique Servas	Médecin épidémiologiste
Sabine Vygen	Médecin épidémiologiste EPIET

Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine
103 bis rue Belleville - CS 91704 - 33063 Bordeaux Cedex
Tél. : 05 57 01 46 20 - Fax : 05 57 01 47 95
ars-aquitaine-cire@ars.sante.fr

Retrouvez le Point épidémiologie :
www.invs.sante.fr (carte régions et territoires)

www.ars.aquitaine.sante.fr (espace Cire)