

Les infections en pratique – Partie 1 «Diagnostic et Clinique»

COVID-19, la grippe et les syndromes grippaux

Léna Dietrich^{a, b}, Marta Abreu De Azevedo^{a, c}, Sebastian Wirz^a, Tobias Romer^a, Lisa Schmid-Thurneysen^a, Helmut Rasch^d, Michael J. Deml^e, Jürg Fröhlich^f, Romeo Providoli^g, Thomas Ernst^h, Muhannad Seyam^h, Meliha Jusufoska^{a, c}, Josipa Tolic^{a, c}, Suzanne Suggsⁱ, Caesar Gallmannⁱ, Philipp Busche^k, Bernhard Wingeier^l, Lukas Schöb^k, Anne Meynard^m, Oliver Hausmannⁿ, Domenica Flury^o, Alexandra Röllin^p, Helen Kovari^q, Charles Béguelin^{r, s}, Barbara Hasse^t, Gisela Etter^u, Benedikt Huber^v, Philip Tarr^a

^a Medizinische Universitätsklinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^b Regionalspital Rheinfelden, Chirurgische Klinik, Gesundheitszentrum Fricktal AG; ^c Pharmaceutical Research Care Group, Universität Basel; ^d Klinik für Radiologie, Kantonsspital Baselland; ^e Swiss Tropical and Public Health Institute und Universität Basel; ^f FMH Allg. Innere Medizin, Bern; ^g FMH Allg. Innere Medizin, Sierre;

^h Regionalspital Rheinfelden, Medizinische Klinik, Gesundheitszentrum Fricktal AG; ⁱ Institute for Public Health and Institute for Public Communication, Università della Svizzera italiana, Lugano; ^j FMH Allg. Innere Medizin, Au ZH; ^k Klinik für Innere Medizin, Klinik Arlesheim BL; ^l Abteilung Pädiatrie, Klinik Arlesheim BL; ^m Médecine Générale FMH, Centre Médical de Lancy GE, UIGP, Faculté de médecine, Université de Genève; ⁿ Löwenpraxis und Klinik St. Anna Luzern, ADR-AC GmbH Bern; ^o Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital St. Gallen; ^p FMH Allgemeine Innere Medizin Bern; ^q Zentrum für Infektionskrankheiten, Klinik im Park, Zürich; ^r Medizinische Klinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Centre Hospitalier, Bienne; ^s Universitätsklinik für Infektiologie, Universitätsspital Bern, Universität Bern; ^t Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene, Universitätsspital Zürich, Universität Zürich;

^u FMH Allg. Innere Medizin, Richterswil; ^v Klinik für Pädiatrie, Hôpital Fribourgeois, Universität Fribourg

L'épidémie de «grippe» de l'hiver 2020/2021 sera un défi pour les médecins généralistes et les médecins des hôpitaux. La COVID-19 ne peut pas être cliniquement distinguée de la grippe et d'autres syndromes grippaux – le diagnostic différentiel le plus important de la «grippe» étant la COVID-19. La PCR du nasopharynx reste la méthode de diagnostic la plus sensible pour la COVID-19. Les tests rapides permettent de détecter rapidement les personnes infectieuses et donc de réduire la durée de leur contagiosité (résultat disponible en 15–20 minutes; un test rapide négatif n'exclut pas la COVID-19)

Introduction

La deuxième vague de coronavirus disease 2019 (COVID-19) est arrivée en Suisse. Nous faisons face à une situation totalement nouvelle et il n'est pas surprenant que les opinions des experts ne soient pas uniformes. Il existe actuellement de bons articles de revue sur la COVID [2, 3] et la grippe [4–7], avec des mises à jour régulières sur les dernières avancées scientifiques. Le coronavirus SRAS-CoV2 pandémique se classera très probablement de façon permanente parmi les virus respiratoires endémiques de l'hiver tels que la grippe et le VRS (virus respiratoire syncytial) [1]. L'objectif de cet article est de présenter des informations pratiques sur la clinique et le diagnostic (partie 1) puis la prévention et le traitement (partie 2) de la grippe et de la COVID-19 de manière comparative. Les informations sont mises à jour au 1/11/2020. Dans la grande majorité des cas, la COVID-19 et la grippe ont une évolution non-complicquée [2]. Pour des raisons encore inconnues, <5% des patient.e.s atteint.e.s de la COVID-19 ont une évolution sévère pouvant engager le pronostic vital [3].

Série Infectiologie

Dans la pratique, les infections et les défenses immunitaires sont des thèmes centraux. Ils offrent d'excellentes opportunités de collaboration interdisciplinaire, de vérification de concepts courants et d'intégration de méthodes des

médecines complémentaires. Philip Tarr est interniste et infectiologue à l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, et il mène un programme national de recherche PNR 74 sur le scepticisme vis-à-vis des vaccins. Il attache beaucoup d'importance à une médecine centrée sur les patients ainsi qu'à des articles pertinents pour la pratique, que nous allons publier régulièrement dans cette série du *Primary and Hospital Care*.



Clinique

Combien de personnes attrapent la grippe en Suisse chaque hiver?

Ils n'existe que des estimations [8, 9], la grippe étant cliniquement impossible à distinguer des infections par d'autres virus respiratoires durant la saison hivernale [4, 8, 9]. Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), environ 1 à 10% [8] voire 20% [10] de la population attrapent la grippe chaque année. Toutefois, selon les dernières analyses de l'OFSP, au cours des dix dernières années, <3% en moyenne de la population a souffert d'un syndrome grippal chaque hiver et seulement environ 2% ont consulté leur médecin de famille [11].

Qu'est-ce qu'une «maladie pseudo-grippale»?

Le «syndrome grippale» (influenza-like illness, ILI) est couramment défini par de la fièvre $\geq 38,0^\circ$ et au moins un symptôme respiratoire aigu (selon l'OMS la toux; mais aussi rhume ou mal de gorge). Cette définition pragmatique est utilisée pour la surveillance des ILI et de la grippe en Suisse par le système Sentinella (www.sentinella.ch) [9].

Comment faire la distinction entre la grippe, la COVID-19 et les autres «ILI»?

Il n'est pas possible de les distinguer par la clinique. En cas de symptômes respiratoires aigus (tab. 1) le médecin devra donc toujours tenir compte des deux virus (tab. 1) [2, 4, 12]. A noter que la fièvre est absente chez plus de 30% des patients atteints de syndromes grippaux quelque soit le virus. Une nouvelle perte de l'odorat ou du goût apparaît chez plus d'un tiers des patient.e.s COVID-19, mais parfois aussi lors d'autres infections virales respiratoires [13–18]. Les symptômes spécifiques [19] et l'évolution grave de la maladie ne permettent pas de diagnostiquer le virus en question avec certainté.

Le tableau clinique de la grippe n'est donc pas spécifique?

Non. Le diagnostic clinique de la grippe n'est correct qu'à environ 50% [19]. Même au sommet de l'épidémie annuelle de grippe, seulement 30 à 50% des ILI sont causés par la grippe – plus de la moitié des ILI sont causés par d'autres virus respiratoires (par exemple, les coronavirus endémiques, le VRS, les rhinovirus et les métapneumovirus) [12, 19, 20].

Quand est-ce que c'est juste un rhume, quand est-ce que c'est la grippe ou la COVID-19?

La grippe et la COVID-19 ne provoquent fréquemment qu'un rhume. En général, un «rhume» ne provoque pas

ou très peu de fièvre et aucune complication (sauf chez les personnes gravement immunodéprimées) [21].

Les maux de ventre et la diarrhée sont-ils un argument contre la grippe ou la COVID-19?

Non, la grippe [22] et la COVID-19 [13, 23] peuvent également provoquer des symptômes intestinaux.

Existe-t-il des cas asymptomatiques?

Oui. Environ un tiers des cas de grippe sont asymptomatiques [24]. Un tiers des cas n'a qu'une légère sensation de maladie et seulement un tiers représentent des cas «typiques» de grippe avec la fièvre élevée et une forte sensation de maladie [25, 26], surtout chez les jeunes – bien que, pour eux/elles, les complications et les cas graves soient l'exception. Dans le cas de la COVID-19, certains patient.e.s sont «pré-symptomatiques» (ils/elles deviendront symptomatiques au cours de la maladie) et environ 10 à 30% des patient.e.s restent complètement asymptomatiques [27–30].

Suis-je déjà contagieux avant que les symptômes se manifestent?

Il est souvent mentionné que les patient.e.s atteint.e.s de la grippe sont déjà contagieux 12 à 24 heures avant l'apparition des symptômes [31–35]. C'est la justification habituellement proposée dans les discussions sur la possible obligation de vaccination ou le port du masque obligatoire des travailleurs de la santé [36, 37]. Malheureusement, les données sur les individu.e.s asymptomatiques ou pré-symptomatiques pouvant transmettre la grippe [32, 34, 35] et le risque relatif de contagiosité ne sont pas claires [33, 38]. Les patient.e.s avec la grippe pré-symptomatique excrètent moins de virus et sur une plus courte durée que après l'apparition des symptômes. [24]. Avec la COVID-19, d'autre part, il est clair que les personnes a-/pré-symptomatiques transmettent le SRAS-CoV2 – environ la moitié de toutes les transmissions proviennent de personnes a-/pré-symptomatiques [2, 27, 39–45].

Puis-je attraper la COVID-19 et la grippe en même temps?

La «co-infection» par plusieurs virus respiratoires est possible, mais semble très rare [343]. Au moment où la première vague COVID-19 est apparue en Suisse en février 2020, les virus de la grippe ont pratiquement disparu dans les échantillons qui ont été testés pour plusieurs virus en parallèle. Dans l'hémisphère sud, une vague d'influenza extrêmement bénigne a également eu lieu en juin/juillet 2020 (pendant la saison de la grippe là-bas), très probablement parce que les mesures de distance protègent contre la COVID-19 et la grippe [344].

La grippe et la COVID-19 se manifestent-ils différemment chez les personnes présentant des facteurs de risque?

La grippe «atypique», p.ex. avec seulement des symptômes légers tels qu'une légère toux, un rhume ou une faiblesse, est plus fréquente chez les personnes âgées que chez les jeunes [21, 26, 46]. Les complications sont également nettement plus fréquentes chez les personnes âgées, notamment la pneumonie, l'hospitalisation, l'usage d'antibiotiques et une durée prolongée de la maladie [26, 47, 48]. La grippe peut également entraî-

ner des complications telles que des exacerbations de BPCO et des événements cardiovasculaires [4, 8, 49–52]. Les cas graves de COVID-19 sont nettement plus fréquents chez les personnes à âgées (>65 ans) ou présentant des facteurs de risque; ils peuvent être assez bien prédits à l'aide de nouveaux algorithmes [288–290].

Quels sont les facteurs de risque?

Les facteurs de risque pour l'influenza et la COVID-19 semblent être similaires (tab. 1), y compris la grossesse [42, 54–56]. L'âge avancé semble être plus important

Tableau 1: Caractéristiques cliniques de la grippe et de la COVID-19.

	L'influenza	COVID-19
Fréquence	En moyenne <ul style="list-style-type: none"> – 2,3% des personnes <60 ans non vaccinées par hiver [91] – 0,8% des personnes <60 ans vaccinées par hiver [91] – environ 6 % des personnes ≥65 ans non vaccinées par hiver [92] – environ 2,4% des personnes ≥65 ans vaccinées par hiver [92] 	Jusqu'à présent (15/11/2020): >260 000 cas et >3300 décès en Suisse [53]
Période d'incubation	En moyenne 2 jours (1–4 jours)	En médiane 5 jours (2–14 jours); pour 25% plus de 7 jours [94]
Nombre moyen de personnes infectées par une personne malade***	Environ 1,3 sans mesures de protection [4]	Environ 2–3 sans mesures de protection; 5–7 selon un nouveau modèle mathématique [95]
Diagnostique différentiels	COVID-19, influenza, autres virus respiratoires, pneumonie bactérienne surtout en cas de dyspnée: embolie pulmonaire, exacerbation de BPCO	
Évolution, complications	<ul style="list-style-type: none"> – Environ 1/3 asymptomatique, 1/3 cas légers, 1/3 symptômes typiques de la grippe – La durée des plaintes chez les jeunes en bonne santé est généralement <1 semaine [8, 26] – L'apparition soudaine de la maladie ne concerne qu'environ 5 % des patient.e.s [26] – La fièvre régresse souvent après 2 ou 3 jours – Une toux d'irritation et un état général réduit peuvent persister pendant des semaines après la guérison [8] – Rarement des cas graves de dyspnée, d'infiltrats pulmonaires bilatéraux, d'hypoxémie jusqu'au syndrome de détresse respiratoire aiguë sévère (SDRA) 	<ul style="list-style-type: none"> – 10–25% asymptomatique [29, 30]. – >95% des cas sont des cas légers (traitement ambulatoire) [39] – <5% admission à l'hôpital [96] – rarement admission aux soins intensifs: [3, 97, 98] insuffisance respiratoire (généralement du 7^e au 12^e jour après l'apparition des symptômes) avec dyspnée, infiltrats pulmonaires bilatéraux, hypoxémie – Septicémie, dysfonctionnement d'organes – Arythmie cardiaque – Rhabdomyolyse – Coagulopathie, [100–104] risque accru de complications thromboemboliques – L'évolution à long terme n'est pas encore claire, une faiblesse prolongée a été décrite [302–305]
Groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"> – Âge >65 ans – Maladies cardiovasculaires – Maladies respiratoires – Diabète – Immunosuppression – Femmes enceintes 	<ul style="list-style-type: none"> – Semblable à la grippe, en particulier âge >65 ans [23] – L'obésité [292]
Mortalité	<ul style="list-style-type: none"> – Environ 0,1% [107]. – La mortalité est 10 à 20 fois plus élevée à un âge >65 ans [307] – 70% des décès en Europe concernent le groupe d'âge >65 ans [306] 	<ul style="list-style-type: none"> – Plus élevé que pour la grippe – Très dépendant de l'âge: En CH, <0,5% des patient.e.s malades d'âge <60 ans sont morts, mais >10% des plus de 70 ans sont morts [53] – 90–95% des décès en Europe concernent le group d'âge >65 ans [291, 306]
Diagnostic	PCR par un prélèvement nasopharyngé ou des crachats	
Laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> – Une CRP >25–30 mg/l est en corrélation avec une hospitalisation, une durée plus longue et plus de complications y compris la pneumonie [108–110, 111] 	<ul style="list-style-type: none"> – Leucocytes normaux ou leucopénie (chez 30 à 45% des patient.e.s) – Lymphopénie (33–85%) [96, 112] – Augmentation des d-dimères, [100–104] CRP, [113, 114] troponine [97], ferritine [101] peuvent être corrélés avec une évolution plus sévère, mortalité

*** Le nombre de personnes infectées par une personne malade (également appelé nombre de reproduction de base ou R_0) – qui dépend des mesures de protection, des conditions environnementales et du comportement – n'est donc pas un nombre fixe pour un virus particulier.

que tous les autres facteurs de risque en ce qui concerne la mortalité liée à la COVID-19 [23, 57, 291]; cela s'explique en partie – et surtout chez les personnes âgées – par les directives anticipées (pas d'hospitalisation, pas de transfert aux soins intensifs). L'obésité est un facteur de risque important pour une évolution sévère de la COVID-19 [63–65, 292, 293].

Qu'est-ce que les personnes vulnérables doivent prendre en considération concernant COVID-19?

Les patient.e.s présentant des facteurs de risque bien contrôlés (par exemple, l'asthme, le diabète, l'hypertension) peuvent être rassurés – une évolution défavorable de la COVID-19 n'est par conséquent pas à craindre. Les thérapies immunomodulatrices (y compris les stéroïdes par inhalation [294]) peuvent être continuées [58]. Le type de médicament antihypertenseur n'affecte pas le l'évolution de la COVID-19 [59–62]. Les médicaments prescrits (par exemple, les inhibiteurs de l'ECA, Sartane) peuvent être poursuivis.

Qu'y a-t-il à prendre en considération en cas de grossesse?

Les femmes enceintes sont exposées à un risque d'évolution compliquée de la grippe (pneumonie, septicémie, naissance prématurée, insuffisance pondérale du nouveau-né) [66, 67, 69]. Une explication courante est une immunosuppression qui augmente au fil de la grossesse et dure jusqu'à environ quatre semaines après l'accouchement [68]. COVID-19 augmente aussi légèrement le risque de complications pendant la grossesse [295–298].

Comment la grippe et la COVID-19 se manifestent-ils chez les enfants?

La grippe est une cause majeure de fièvre, de toux et d'hospitalisation chez les enfants [70–74]. Les enfants ont tendance à avoir des symptômes plus prononcés et une fièvre plus élevée que les adultes [46, 75]. L'otite moyenne aiguë est une complication typique [76]. La situation est différente avec la COVID-19: les enfants, les adolescents et les jeunes adultes sont souvent peu symptomatiques ou asymptomatiques – seulement environ la moitié a de la fièvre ou la toux [40, 77]. Les cas graves sont rares [78]; les vascularites et un syndrome similaire à la maladie de Kawasaki (syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique) sont rarement signalés chez les enfants atteints de COVID-19 [77–80]. De tels cas, qui peuvent initialement se présenter comme un choc septique, se sont également manifestés en Suisse [299, 300]. Depuis mai 2020, ces cas sont systématiquement enregistrés

et analysés dans une étude de la Swiss Pediatric Surveillance Unit [301].

Quel rôle épidémiologique les enfants jouent-ils dans la propagation de la grippe et de la COVID-19?

Plus d'enfants que d'adultes sont atteints de la grippe chaque hiver [81, 82]. Les enfants de tout âge sont les vecteurs de transmission de la grippe les plus fréquents tant aux adultes qu'entre eux. [83]. La transmission intrafamiliale (à domicile) semble être la plus courante, augmentant avec le nombre d'enfants dans une même maison. [38, 81]. Le rôle des enfants dans la transmission de COVID-19 n'est pas encore définitivement clarifié [84, 85]. L'infection par le SRAS-CoV2 semble être aussi fréquente chez les enfants que chez les adultes [78, 84]. La majorité des experts (mais pas tous) [78, 88–90]) et l'OFSP considèrent que les enfants ne contribuent que modestement à la propagation épidémique du SRAS-CoV-2 [85, 86], et estiment que la nécessité de fermer les écoles, de porter des masques et de prendre d'autres mesures de distance à l'égard des enfants est minimale [86, 87]. On estime que les enfants sont généralement infectés par les adultes, et que les enfants infectent rarement les adultes.

Diagnostic

Dois-je faire un diagnostic virologique en cas des ILI?

Oui: diagnostiquer la COVID-19 le plus rapidement possible, isoler les patient.e.s et placer les contacts en quarantaine. La détection de la grippe est indiquée pour les patient.e.s hospitalisé.e.s (en raison de l'isolement) et pour les patient.e.s vulnérables (indication pour oseltamivir).

Sur qui dois-je effectuer un prélèvement et un test PCR SRAS-CoV2?

Selon les recommandations pour le diagnostic de COVID-19, et actuellement seulement chez les personnes *symptomatiques* [308], y inclus en cas de détérioration générale peu claire ou d'un nouvel état confusionnel chez les personnes âgées. Les enfants de moins de 12 ans présentant des symptômes légers ne doivent pas être testés dans tous les cas [309].

Quels sont les échantillons qui conviennent à la détection de la grippe et du SRAS-CoV2?

La référence est le diagnostic par PCR à base des sécrétions respiratoires. En cas de grippe, les prélèvements nasopharyngés et pharyngés semblent convenir similairement [115]; pour la COVID-19, le prélèvement nasopharyngé est préférable [43, 116].



Figure 1: Résultats typiques de la radiographie et scanner du thorax chez les patient.e.s COVID-19.

A. 18/3/2020: Infiltrats périphériques multiples et flous sans bronchogramme. Pas d'épanchement. Les changements correspondent à des zones en verre dépoli déjà distinctes (flèches rouges) – typiques pour la COVID-19.

B. 22/3/2020: Infiltrats bilatéraux en augmentation. Les zones préalablement en verre dépoli évoluent vers des consolidations périphériques étendues, ce qui correspond à une évolution typique à partir de la 2^e semaine après l'apparition des symptômes avec dégradation importante des fonctions pulmonaires. Le patient a été intubé entre-temps (flèche noire).

C. Modifications importantes du parenchyme périphérique avec les deux principaux signes de l'infection COVID-19: infiltrats en verre dépoli (flèche rouge) et consolidations (flèche noire). La localisation des infiltrats en périphérie et la répartition bilatérale sont typiques, et peuvent être observées régulièrement à partir de la 2^e semaine au plus tard.

D. Des zones en verre dépoli étendues et bien définies dans tous les lobes pulmonaires. La dilatation vasculaire dans les zones en verre dépoli (flèche rouge) est typique pour la COVID-19.

Dois-je faire une PCR multiplex respiratoire?

Pour des raisons de coût, uniquement dans certains cas. Actuellement, jusqu'à 19 virus respiratoires et 4 bactéries sont détectés à l'aide des plateformes PCR multiplex disponibles, y compris l'influenza A et B, les virus corona précédemment «endémiques» (229E, NL63, OC43, HKU1) et maintenant aussi le SRAS-CoV2 [12]. Les méthodes PCR multiplex ont généralement une sensibilité réduite (de 5 à 10 points de pourcentage) par rapport à la PCR simple.

Les tests rapides sont-ils recommandés?

Les tests rapides de détection de la grippe basés sur l'antigène sont peu coûteux (15 points de taxe), mais ont un taux de faux négatifs élevé (>50%) et ne sont donc pas adaptés pour exclure une grippe [120]. Des tests rapides sont maintenant également disponibles pour la COVID-19 [310, 345], qui détectent les protéines spécifiques du SRAS-CoV2 dans le prélèvement nasopharyngé. Le résultat est disponible en 15 à 20 minutes. En général, les tests antigéniques n'atteignent pas la sensibilité des tests PCR: si le frottis contient peu de virus, une infection peut être manquée – un test rapide négatif n'exclut pas la présence de COVID-19. D'autre part, s'ils sont positifs, les tests rapides permettent de détecter rapidement les personnes infectieuses et donc de réduire la durée de leur contagiosité [311].

Quand une radiographie ou un scanner (CT) du thorax est-il utile?

Chez les patient.e.s à risque présentant des symptômes et en cas d'évolution grave (dyspnée, fréquence respiratoire augmentée, réduction de la saturation en oxygène). Le diagnostic différentiel le plus important est la

pneumonie bactérienne. Chez les patient.e.s hospitalisé.e.s, une CT low-dose du thorax peut être envisagé en première intention [121–127].

Puis-je distinguer la COVID-19, la pneumonie grippale et la pneumonie bactérienne sur l'image radiographique?

Non. Un infiltrat ne peut pas être clairement interprété comme étant viral ou bactérien. La détection du SRAS-CoV2 ou du virus de la grippe dans le prélèvement nasopharyngé ne prouve pas que l'infiltrat est causé par cet agent pathogène [120]. Un infiltrat lobaire indique une pneumonie bactérienne [128], alors que des infiltrats mal définis (au CT: en verre dépoli, souvent bilatéraux, réticulonodulaires, avec des consolidations) indiquent plus la présence de COVID-19 ou d'autres virus (fig. 1) [121–127].

À quelle fréquence l'influenza provoque-t-elle une pneumonie («surinfection bactérienne»)?

Probablement environ 1:200 chez les jeunes et 1:40 chez les personnes âgées [120], souvent dans la première semaine des symptômes et cliniquement difficile à distinguer de la grippe seule (la leucocytose [130, 131] et l'élévation de la CRP [132] ne sont pas des paramètres fiables). Les signaux d'alarme sont la dyspnée, une fréquence respiratoire augmentée, l'hypoxie et la septicémie. Plus de 50% sont hospitalisés et la mortalité pourrait être >5% [26, 129]

En cas de suspicion de pneumonie, est-il utile de poursuivre des mesures diagnostics?

Chez les patient.e.s à risque ou présentant une évolution grave (hospitalisation), une hémoculture est re-

Tableau 2: Recommandations pour la sérologie SRAS-CoV-2 (modifié conformément à [138]).

Indications actuelles des tests sérologiques:

- Études séro-épidémiologiques
- Confirmation d'une infection passée

Pas encore adapté pour:

- Diagnostic aigu de COVID-19
- Diagnostic des infections asymptomatiques
- Confirmation qu'une personne est immune et ne doit pas être placée en quarantaine après une exposition au COVID 19
- Évaluation de la contagiosité
- Sélection des donneurs de plasma en convalescence
- Évaluation de l'efficacité des futures vaccins SRAS-CoV-2

commandée [133]. En cas d'hospitalisation on peut obtenir des tests d'antigènes urinaires pour détecter le pneumocoque et la légionelle [120, 133].

Pourquoi les frottis de l'influenza ou de la COVID-19 sont parfois faussement négatifs?

Pour plusieurs raisons: 1) frottis mal effectué (pas assez en profondeur ou douleur lors du frottis naso-pharyngé, réflexe nauséux lors du prélèvement pharyngé); 2) après quelques jours, le virus n'est plus présent que dans les expectorations [120]. En principe, aucun test négatif ne peut exclure avec certitude l'influenza ou la COVID-19 [312]. En cas de doute, il faut répéter le frottis un ou deux jours plus tard [342] ou – dans le cas de COVID-19 – effectuer un CT thoracique. Des résultats faussement négatifs peuvent avoir des conséquences, par exemple la propagation nosocomiale de COVID-19 aux voisins de chambre parce que le patient n'a pas été isolé [134].

Est-ce utile d'effectuer une sérologie SRAS-CoV-2?

L'état actuel des connaissances et les indications dans la pratique quotidienne ou à l'hôpital sont encore limitées (tab. 2). Les résultats faussement positifs (dus par exemple à un récent rhume avec un coronavirus «endémique») semblent être rares. Après la COVID-19, il

semble que >90% des personnes développent des anticorps qui persistent pendant au moins quatre mois [313, 314]. Il n'est pas encore clair si ces anticorps indiquent une immunité à la réinfection [135]. Environ 10% des patients restent séronégatif/ves, très probablement si l'infection par COVID-19 était légère (traitement ambulatoire).

Puis-je attraper la COVID-19 deux fois?

Des cas de réinfection par la COVID-19 sont décrits, mais très rarement – probablement parce que la plupart des premières infections sont effectivement suivies d'une immunité protectrice [315, 316].

Pourquoi seulement peu de personnes ont-elles de graves complications liées au COVID-19?

Cela n'est pas encore clair [139], probablement à cause d'une prédisposition génétique, par exemple dans le système immunitaire inné [317–321]. Les résultats d'une première analyse d'association du génome (risque de complications plus élevé avec le groupe sanguin A) n'ont pas pu être confirmés [140, 322, 323].

Aux États-Unis, les afro-américains ont un taux de mortalité COVID-19 plus élevé, mais cela n'est pas nécessairement dû à l'appartenance ethnique, mais plutôt à un désavantage socio-économique [141–143]. Des infections par des coronavirus endémiques antérieures pourraient offrir une protection partielle contre la COVID-19, c'est-à-dire une protection contre les évolutions graves [136, 324].

Disclosure statement

OH: emploi à temps partiel chez ADR-AC GmbH à Berne, qui effectue des tests immunologiques pour le SRAS-CoV-2 et autres. Tous les autres auteurs: pas de conflits d'intérêts.

Les références les plus importantes

- Gandhi RT, Lynch JB, Del Rio C. Mild or Moderate COVID-19. *N Engl J Med.* 2020; NEJMcp2009249.
- Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ. Severe COVID-19. *N Engl J Med.* 2020; NEJMcp2009575.
- Paules C, Subbarao K. Influenza. *Lancet.* 2017;390:697–708.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.primary-hospital-care.ch

Correspondance:
Prof. Dr. med. Philip Tarr
Medizinische
Universitätsklinik,
Kantonsspital Baselland
CH-4101 Bruderholz
[philip.tarr\[at\]unibas.ch](mailto:philip.tarr[at]unibas.ch)