

Webinaire Omicron du 1^{er} février 2022 – Q&R

Les questions traitées pendant la séance de table ronde lors du webinaire ainsi que les questions relevant de règles administratives (passe vaccinal, choix de règles en établissement de santé...) ou de choix politique (politique générale de vaccination) n'ont pas été traitées dans ce document.

Vaccination

L'immunité post-infection semble donc + protecteur que l'immunité induit que par les vaccins et donc comment expliquer les recommandations actuelles : * 1 dose + 1 dose + 1 infection : il faut 1 dose après 3 mois de l'infection * 1 dose + 1 dose + 1 dose : pas de dose après 3 mois de la dernière dose."

Les recommandations ont récemment été modifiées par Olivier Véran suite aux avis de l'HAS. Un ATCD d'infection équivaut à 1 dose.

Pensez-vous qu'il faudra une 4^{ème} dose d'ici 4 à 6 mois?

A l'état actuel des connaissances, nous ne savons pas actuellement en dehors des patients immunodéprimés chez qui une 4^e dose peut déjà être recommandée.

Est-ce que le vaccin spécifique Omicron pourrait nous servir pour les prochains variants ?

A l'état actuel des connaissances, nous ne connaissons pas quelles seront les prochains variants donc nous ne pouvons pas répondre.

Concernant les nouveaux vaccins ou à venir ?

Il y aura un intérêt aux vaccins par voie nasale pour stimuler l'immunité muqueuse.

Et votre avis sur Novavax en rappel ?

Les prime boost hétérologues c'est à dire la primovaccination avec des vaccins différents, ont une bonne efficacité. L'efficacité des rappels hétérologues sera à évaluer mais elle est probablement bonne.

N'aurait-il pas fallu finalement prévoir d'emblée un schéma vaccinal à trois doses lors de la primo vaccination?

Un schéma vaccinal à trois doses lors de la primo vaccination pour les VHB ou le HPV, est connu. En revanche, en janvier 2021, il n'y avait cependant pas d'étude sur les réponses vaccinales contre le SARS CoV2 pour le recommander d'emblée.

4^{ème} dose à prévoir pour les soignants exposés ?

Possible mais pas certain

On sait qu'omicron échappe aux Ac neutralisants des vaccins ou des infections antérieures. sait on si une infection par Omicron confère une protection contre une infection par un variant type delta?

La réponse par les Ac neutralisants suite aux vaccins actuels ou à une infection delta est abaissée pour l'omicron mais la réponse cellulaire reste bonne donc la protection contre une forme grave. Pas de cas décrits connus d'une infection omicron puis delta du fait de la chronologie de ces 2 variants.

Quel est vraiment l'intérêt d'une deuxième dose (voir troisième) chez les infectés?

Un ATCD d'infection est considéré maintenant comme une immunisation contre le SARS coV2, comme une dose de vaccin. Il est nécessaire de restimuler l'immunité pour conférer une meilleure réponse Ac. Un ATCD d'infection n'est pas suffisant et nécessite donc une vaccination.

Pensez-vous que des personnes soient plus facilement contaminés, certains ont été contaminés 2 fois malgré la vaccination et d'autre pas du tout ?

En excluant les immunodéprimés, il reste des inégalités de la réponse de l'immunité chez des immunocompétents, avec des différences dans les mesures barrières appliquées et le hasard.

La vaccination des enfants apporte-t-elle un réel bénéfice si les populations fragiles sont vaccinées ?

La vaccination des enfants (5-11 ans) actuellement apporte une faible bénéfice collectif car on peut être infecté et transmettre une infection à omicron malgré le vaccin. En revanche il y a un bénéfice individuel à la vaccination des enfants, chez qui le vaccin est très bien toléré, pour éviter des PIMS et surtout devant l'incertitude de l'après omicron : l'immunité cellulaire ayant été stimulée permet une protection contre les formes graves.

Quel schéma vaccinal doit avoir un soignant vacciné par Janssen pour respecter l'obligation vaccinale ? Doit-il avoir reçu 2 doses (1 Janssen + 1 ARNm) ou 3 doses (1Janssen + 2 ARNm) ?

3 doses (1Janssen + 2 ARNm)

Le suivi de la sérologie des personnes immunocompétentes n'est pas recommandé et n'a pas d'intérêt. Quelque soit le taux d'AC les règles du pas s'appliquent à tous.

Vaccin: lorsque le rappel est suivi à moins de 15 jours d'une maladie covid est-ce que le rappel est à refaire?

Oui

Virologie et tests

Pourquoi le test oro-pharyngé est si peu utilisé et notamment chez les enfants (a fortiori avec le tropisme de l'omicron)

- un vrai prélèvement oropharyngé est un prélèvement plutôt performant mais il est désagréable déclenche des réflexes de vomissement. il y a de grandes chances que ce soit des prélèvements de l'intérieur de la joue par ex qui soit fait et là pas de réplication

virale. la salive qui est collectée elle a plus de charge de contenir de la salive en quantité suffisante donc plus performant. tout cela est subtil !

Quid de l'autotest supervisé par un professionnel ?

- si l'autotest est fourni avec un écouvillon large et rigide le seul prélèvement réalisable est un écouvillon nasal. si le patient a une charge virale significative (Ct < 20-25) vous le détecterez avec un prélèvement nasal. bien sur si un professionnel supervise le prélèvement et l'interprétation du test (par ex bande faible) cela est un plus.

Le prélèvement nasopharyngé est-il aussi fiable pour omicron que pour les autres variants (vs prélèvement salivaires) ?

- C'est également avec omicron le prélèvement de choix car il est réalisé au niveau du site de réplication du virus. Nous observons des charges virales moins élevée avec omicron au niveau NP qu'avec Delta mais il reste très fiable. Nous ne retrouvons pas de charge virale plus élevée de omicron dans les salives par rapport à delta. ceci est à étudier encore.

Comment expliquer les résultats faux positifs avec les autotests ou antigéniques lors de mauvaises utilisations (coca citron...)"

- on sait que certains tests antigéniques sont sensibles aux variations de pH au niveau du tampon de lyse dans lequel est déchargé l'écouvillon. si le pH est modifié il peut y avoir des fausses réactions

Les tests antigéniques peuvent-ils être mis en défaut avec des températures très froides (polémique sur les barnums à l'extérieur qui donneraient des faux négatifs potentiels ?)

- Il est généralement recommandé pour tous les réactifs d'être conservés à moins de 15°. je ne pense pas que des évaluations aient été faites sur l'impact d'une température inférieure sur les performances des tests. je ne pense pas que cela puisse avoir un réel impact.

Pour le séquençage on entend dans les médias que la France est très en retard (ex par rapport au Danemark) est-ce vrai ? Car je n'ai pas l'impression vu notre infrastructure qu'on soit en retard en France ?

- La France faisait moins de surveillance par séquençage avant la mise à disposition de plateforme dans le cadre d'EMERGEN. Aujourd'hui le système de surveillance mis en place est très performant avec des études flash toutes les semaines au cours desquelles tous les laboratoires français envoient leurs prélèvements positifs pour séquençage. pendant longtemps c'était 100% des positifs d'un jour déterminé (on est passé à 25% depuis le débordement d'activité des laboratoires). au final il est séquencé en ce moment en moyenne 10 000 virus par semaine. pour plus d'infos regarder les indicateurs de suivi EMERGEN sur le site de Santé publique France

Peut-on utiliser les autotests avec des prélèvements salivaires notamment sur les enfants ?

- pour la surveillance et le dépistage des patients contacts c'est à dire des patients que l'on va dépister dès le début de leur infection il seront testés à un moment où ils auront une charge virale élevée donc un TAg positif.

Un patient avec un résultat positif faible est-il forcément en fin d'infection? D'après certains biologistes il peut être en début ou fin d'infection.

- un patient prélevé tôt après son contact contaminant ou au tout début des symptômes peut être positif faible effectivement. donc surtout dans le suivi des cas contacts il ne faut pas hésiter à refaire un test Ag / PCR après un premier test négatif (intérêt du protocole J0 J2 J5)

Et VPP des TAG ? Comme il n'y a plus besoin de RT-PCR systématique après TAG +

- en période de forte prévalence les VPP sont excellentes donc pas de confirmation par PCR

Après un test RT PCR positif comment recommander de ne plus faire de dépistage et pendant combien de temps? Certains patients ""bénéficient"" de plusieurs tests RT PCR dans les jours et semaines suivantes. Le protocole de l'éducation nationale a noyé certains de nos collègues à l'hôpital...

- les recommandations sont faites en connaissance aussi des capacités de diagnostic française. la très grande majorité des patients n'excrètent plus de virus après 7 jours surtout chez les vaccinés d'où la reco de levée d'isolement à 7 jours sans nouveau test. ceci peut être bien discuté chez le patient immunodéprimé.

Pourriez-vous préciser les capacités de séquençage de la France ? Nous sommes passés à 4 sites alors qu'il me semble que nous n'en avons qu'un au début de la crise

- oui ces dernières semaines c'est entre 8000 et 12 000 séquences qui ont été faites chaque semaine. vous trouverez toutes les infos sur le site de santé publique france / EMERGEN

Est-ce suffisant pour surveiller les variants et comparable aux autres pays de l'OCDE ?

- oui c'est suffisant ce qui est intéressant c'est la réalisation des enquêtes flash : toutes les semaines à un jour précis tous les labo de France adressent leurs échantillons sur ces plateformes pour un séquençage exhaustif. cette approche permet je pense d'avoir une vraie visibilité sur la circulation sur tout le territoire et permet de surveiller l'émergence éventuelle d'un nouveau variant dans une région donnée

La question qui revient en pratique est de savoir quand s'arrête la contagiosité. c'est fondamental pour le parcours de soin du patient qui reste bloqué en "médecine Covid" parce que les SSR n'en veulent pas et même longtemps après le diagnostic ou exigent des PCR négatifs post covid négatif

- la SFM Société Française de Microbiologie a émis des recommandations sur l'interprétation à faire des valeurs de Ct des PCR en lien avec la charge virale....un Ct correspondant à un Ct >37 (PCR du CNR) est la traduction d'une charge virale très faible qui ne peut pas être associée à une charge suffisante pour contaminer qqn

Pourquoi l'accès au RT PCR salivaire demeure complexe même pour les populations ciblées (personnes en situation de handicap dépistages itératifs...)?

Pourquoi l'accès aux tests salivaires (RT-PCR) est toujours compliqué voir impossible alors que ce test est adapté pour les dépistages répétitifs et plus acceptable pour les enfants, personnes en situation de handicap et personnes avec troubles cognitifs.

- pour avoir de bonnes performances Il faut réaliser une collecte de salive (1 voire 2 ml) pas facile à obtenir dans ces populations ou même chez l'enfant de moins de 5 ans.... nous n'avons pas de données sur l'efficacité d'un prélèvement salivaire qui serait un écouvillon imbibé de salive.... nous essayons de regarder cela au niveau du CNR

L'omicron est -il contagieux quelques jours avant les symptômes, vers quel jour est le maximum de la charge virale chez un malade, et pour quelle durée ? est-ce différent par rapport à delta ou autre variant?

- Le pic de contagiosité reste a priori à 24h après le début des symptômes. Il n'est pas rare que des patients testés très tôt au début de leur symptômes soit négatif puis positif à 24h (principalement quand le suivi est fait par test Antigénique moins sensibles que la PCR=

On sait qu'omicron échappe aux Ac neutralisants des vaccins ou des infections antérieures. Sait-on si une infection par omicron protège contre une infection par un variant type delta?

- Je ne sais pas

Peut on tirer des informations sur la pérennité de l'immunité vaccinale ou naturelle contre le SARSCoV2 de l'immunité connue après une infection par les autres coronavirus saisonniers?

- Nous n'avons jamais étudié précisément cette question sur les coronavirus saisonniers. Il en existe 4 qui co-circulent en permanence et l'on sait que chaque individu fait en moyenne 2 épisodes de rhume par an (coronavirus ou rhinovirus) donc je pense que l'immunité anti coronavirus est comme pour les autres virus respiratoires (VRS, Grippe y compris) non pérenne.

Le BA.2 peut-il recontaminer un sujet précédemment infecté par un BA.1 ?

- Je ne sais pas

Peut-on réaliser une PCR avec criblage sur un même écouvillon de virologie ?

- Oui généralement le laboratoire qui fait le diagnostic initial par PCR bien sûr, fait le criblage à partir du même échantillon. Par contre un écouvillon utilisé pour un test antigénique ne peut être réutilisé pour une PCR de criblage.

Quid du prélèvement anal ?

- L'excrétion fécale du SARS COV 2 n'est pas constante c'est-à-dire que seuls certains patients excrètent du virus dans leurs selles. Ce prélèvement manque donc d'intérêt.

Avez vous des tests virologiques pour détecter les supers contaminant ?

- On peut estimer qu'un patient est un super contaminant quand sa charge virale naso pharyngée est très élevée c'est-à-dire quand le patient à une PCR avec un Ct très bas (< 20 par ex)

Il est dit que les TAG sont moins sensibles chez les sujets symptomatiques et qu'il vaut mieux faire une PCR dans ces cas-là: validez-vous cela? Si oui quelle en est l'explication?

- Vous voulez dire Asymptomatiques ? quoi qu'il en soit il a été montré qu'il n'y avait pas de différence de niveau de charge virale détectée chez les patients symptomatiques vs asymptomatiques. Donc quelle que soit la population testée, les tests antigéniques restent moins sensibles que la PCR.

Pourquoi l'accès aux RT PCR salivaire demeure complexe même pour les populations ciblées (personnes en situation de handicap dépistages itératifs...)?

- Dans un premier temps, sur les observations déjà faites sur les autres virus respiratoires, le prélèvement salivaire était significativement moins sensible que le prélèvement nasopharyngé. Sur les observations faites récemment sur le SARSCOV2, il semblerait que la salive contienne autant de virus que le nasopharynx ce qui a permis de le proposer.
- En pratique, la réalisation du test salivaire n'est pas si facile car il faut que le patient sache cracher (difficile chez les moins de 5 ans ou certaines formes de handicap), il faut un certain volume (> 1 ml donc il faut cracher plusieurs fois), c'est une manœuvre contaminante pour le personnel qui est à côté du patient qui crache). Une fois au labo, c'est un prélèvement généralement plus visqueux qui doit être prétraité, fluidifié sinon nous prenons le risque qu'il soit ininterprétable. Sur un plan organisationnel. La majorité des labos ont dû mettre en place des nouvelles organisations industrielles et la prise en charge des salives désorganisent ces flux sous tension.
- Voilà pourquoi le prélèvement naso pharyngé reste à mon avis, le prélèvement de choix

Clinique et thérapeutique

Pouvez-vous donner les références de l'étude sur les aspergilloses ?

Crit Care . 2022 Jan 28;26(1):30. doi: 10.1186/s13054-022-03902-8.

Paxlovid et interaction médicamenteuse ? et donc précaution d'emploi notamment chez les personnes âgées polytraitées ?

Notamment les chimiothérapies doivent-elles être décalées avec le ttt antiviral ?

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3311074/fr/covid-19-acces-precoce-accorde-au-paxlovid-en-traitement-curatif

Il y avait des recherches sur des anticorps polyclonaux ? abandonnées ? inefficaces ?

Rappel du positionnement et indications des anticorps polyclonaux et plasma de convalescent sur les fiches mémos soignants, en secteur ambulatoire, en hospitalisation, et en EHPAD :

<https://www.coreb.infectiologie.com/fr/principes-generaux.html>

A-t-on des données sur les immuno paralysies post infections type Guillain Barré ?

Voici une sélection de 4 articles sur Gullain et COVID et 1 vaccin covid

Les données ne sont pas claires pour moi

1: Caress JB, Castoro RJ, Simmons Z, Scelsa SN, Lewis RA, Ahlawat A, Narayanaswami P. COVID-19-associated Guillain-Barré syndrome: The early pandemic experience. Muscle Nerve. 2020 Oct;62(4):485-491. doi: 10.1002/mus.27024. Epub 2020 Aug 11. PMID: 32678460; PMCID: PMC7405390.

2: Lunn MP, Cornblath DR, Jacobs BC, Querol L, van Doorn PA, Hughes RA, Willison HJ. COVID-19 vaccine and Guillain-Barré syndrome: let's not leap to associations. Brain. 2021 Mar 3;144(2):357-360. doi: 10.1093/brain/awaa444. PMID: 33313690; PMCID: PMC7799242.

3: Abu-Rumeileh S, Abdelhak A, Foschi M, Tumani H, Otto M. Guillain-Barré syndrome spectrum associated with COVID-19: an up-to-date systematic review of 73 cases. J Neurol. 2021 Apr;268(4):1133-1170. doi: 10.1007/s00415020-10124-x. Epub 2020 Aug 25. PMID: 32840686; PMCID: PMC7445716.

4: Carod-Artal FJ. Neurological complications of coronavirus and COVID-19. Rev Neurol. 2020 May 1;70(9):311-322. English, Spanish. doi: 10.33588/rn.7009.2020179. PMID: 32329044.

5: Keddie S, Pakpoor J, Mousele C, Pipis M, Machado PM, Foster M, Record CJ, Keh RYS, Fehmi J, Paterson RW, Bharambe V, Clayton LM, Allen C, Price O, Wall J, Kiss-Csenki A, Rathnasabapathi DP, Geraldes R, Yermakova T, King-Robson J, Zosmer M, Rajakulendran S, Sumaria S, Farmer SF, Nortley R, Marshall CR, Newman EJ, Nirmalanathan N, Kumar G, Pinto AA, Holt J, Lavin TM, Brennan KM, Zandi MS, Jayaseelan DL, Pritchard J, Hadden RDM, Manji H, Willison HJ, Rinaldi S, Carr AS, Lunn MP. Epidemiological and cohort study finds no association between COVID-19 and Guillain-Barré syndrome. Brain. 2021 Mar 3;144(2):682-693. doi: 10.1093/brain/awaa433. PMID: 33313649; PMCID: PMC7799186.

6: Paterson RW, Brown RL, ... Zandi MS. The emerging spectrum of COVID-19 neurology: clinical, radiological and laboratory findings. Brain. 2020 Oct 1;143(10):3104-3120. doi: 10.1093/brain/awaa240. PMID: 32637987; PMCID: PMC7454352

Omicron atteint peut être moins les poumons ?

- il semble que omicron se réplique plus au niveau de l'arbre respiratoire supérieur. Mais comme on l'a dit sans immunité préalable l'infection peut évoluer vers une infection pulmonaire
- l'atteinte pulmonaire dans la COVID est plus due à l'inflammation causée par le virus que la présence du virus en lui-même

A t on des études chez pt en réa qui distinguent leur présentation clinique vis à vis statut vaccinal ? En comparant les pt de la première vague et ceux infectés par omicron

ne peut pas répondre

Si le patient est toujours sous oxygene on arrete la CTCpie au bout de dix jours? on ne prolonge pas?

Il ne semble pas avoir de bénéfice à prolonger une corticothérapie au-delà de J10, pas de données le soutenant sauf si apparition d'une Pneumonie organisée mais là ce ne sont plus les mêmes posologies et on entre dans l'expertise des pneumologues, ce que je ne suis pas

Un patient qui devait subir une intervention chirurgical à eu le covid donc intervention décalé mais son test PCR est toujours +! Doit on décaler encore l'intervention ou doit il présenter un certificat de guérison??

Recommandations SFAR

Avez-vous notion de plus de réinfections avec OMICRON ?

Je ne sais pas répondre si la question est deuxième infection à omicron identique et non sous variant BA.2. Par contre il y a en effet plus de patients guéris d'un variant antérieur qui ont eu omicron qu'un autre variant

Pendant quelle période pensez-vous que le patient soit protégé vis à vis des formes sévères? sous-entendu, à partir de quand on peut penser que faire un MAb si COVID précoce utile?

ne peut pas répondre

On voit qu'Omicron est également moins à risque de formes graves dans d'autres pays où la population a été beaucoup moins vaccinée

Si on compare à Delta oui, pas si on compare aux autres souches antérieures à niveau de préexposition à SARS-CoV-2 similaire (infections antérieures et nb de doses de vaccins) Mais à redemander à un épidémiologiste.

Hygiène

<https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2022/02/SF2H-Protection-patients-et-professionnels-contexte-COVID-19-V07.02.22.pdf>

Ne pensez-vous pas qu'une des leçons du COVID-19 à retenir sera de ne plus tolérer les chambres partagées par deux patients ?

- Du point de vue "PCI" c'est tout à fait vrai mais nous ne disposons pas que de chambres seules malheureusement et n'utiliser les chambres doubles en chambres seules cela amputerait fortement nos capacités de prise en charge de patients. La France est un des pays où il y a le plus de chambres seules ...

On peut continuer à utiliser les KN95 si Fitcheck OK?

- Oui cela apporte une forme supplémentaire pour trouver le bon masque pour chaque agent

Pour les APR FFP2 le KN 95 est-il toujours autorisé ou seulement le EN 149 ?

- Les KN95 doivent passer la norme EN149

On ne précise jamais pour le masque chirurgical si I/II ou IIR

- Oui mais on se tourne le plus souvent vers le type II (et IIR en interventionnel).

Quelle efficacité pour les masques disposant des 2 normes EN 149 et EN 14683 ?

- les propriétés des deux normes s'additionnent

Certains pays (USA GB) : les soignants utilisent des APR pour le covid-19 ils en font trop ?

Comme expliqué lors de la présentation sur les masques du webinaire, les APR n'apportent une protection supplémentaire qu'en situation d'aérosolisation. Certains pays appliquent des recommandations différentes qui ne semblent pas justifiées par l'analyse des connaissances qui a été réalisée en France par la SF2H

Les soignants anglais évaluent même le FFP3 pour la covid-19 très exagéré non ? :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34783656/>

Oui exagéré à la lumière de l'analyse de la littérature réalisée par la SF2H

A t-on analysé les différences entre les différents FFP2: masques ""coqués"" masques canards etc.... Selon la forme les fuites sont bien différentes

La forme des masques peut effectivement comporter des différences en fonction du morphotype du visage. Il est difficile de comparer l'efficacité des différents FFP2 pour cette raison.

Concernant un cas contact hospitalisé faut il l'isoler? combien de temps? et quand faut-il refaire la PCR ?

Un patient cas contact doit être isolé dans l'attente du résultat du premier test réalisé(J0). Si ce test est négatif l'isolement peut être levé et le test renouvelé à J7 (parfois J5 dans certains établissements) ou dès l'apparition de symptômes évocateurs.

Donc nous ne faisons pas de différence de durée des précautions entre patients hospitalisés pour Covid et patients chez qui on découvre un Covid en cours de séjour peu symptomatiques et qui restent parfois symptomatiques peu de temps ni selon le statut vaccinal ou non ?

Oui les durées sont les mêmes, les durées d'isolement sont en revanche prolongées chez les patients ayant été hospitalisés en réanimation pour une COVID ou immunodéprimé.