

Maladie		Virus	Personnes touchées	Mode de contamination	Primo-infection	Réactivation	Diagnostic	Complications	Ttt	Autres
	SIDA	HIV 1 ou 2 Virus à ARN enveloppé avec capsid polyédrique	HSH ++ Toxico	Sang Sexe Seringue	12 jours après contamination SymptK dans 50%dk Sdr mononucléosique Commence à atteindre LTCD4+ (destruction) et macrophages (invasion, réservoir et transport)	Phase de latence clinique : => AsymptK mais baisse progressive des LTCD4+ et transmission possible Phase SIDA : LTCD4+ < 200/mm3 Cellules dendrK et centres lymphatK détruits Infections opportunistes (encéphalopathies, oesophagites à Candida, K...) Résistance progressive aux antiviraux	TROD ELISA mixte puis confirmation par WB sur même échantillon Vérific° avec 2e échantillon Suivi sérologique par rt-PCR		Trithérapie pour rendre indétectable la charge virale et pour que LTCD4+ > 500/mm3 INTI (AZT=zidovudine) INNTI (résistance pour HIV2) Inhib intégrase IProtéase (bcp d'interaction, c° sanguine concentrée par ritonavir) Inhib fusion = anti gp41 (VIH1 multirésistant) Inhib CCR5	- Co-récepteur du récept CD4 = CCR5 pour les macrophages et CXCR4 pour les LT - Organes cibles = form° lymphoïdes et cerveau - Pas de dépistage d'Ac à la naissance mais RT-PCR ADN (2 neg = pas d'infection)
	HTLV	Virus à ARN envp Rétrovirus oncogène humain	Toxics (HTLV2)	Sexe, Sang, Mat-foet et allaitement ++	Leucémie/ lymphome T aigu de l'adulte Paraparésie spastique tropicale (myélopathie associée à HTLV1)		Test immunoenzymK rech Ac anti-HTLV COnfirmation par WB ou PCR ADN		Allogreffe de moelle	
Alpha-herpes	Herpes	HSV1 ADN evp	NN entre 6mois et 1 an	Salive	Gengivo-stomatite Adénopathie Fièvre	AsymptK ou vésicules à la jonct° cutanée-labiale	Clinique	Encéphalite herpétique Kératite herpétique Herpès néonatal Herpès de l'ID	Aciclovir (pas d'effet sur virus latents) Valaciclovir (biodispo orale >)	Facilite contamin° par VIH
		HSV2 ADN evp	adolescents	1ers rapports sexuels	Vésicules très douloureuses gland, vulve ou col utérin Adénopathie Fièvre Parfois rétent° urinaire ou méningite à liq clair	AsymptK ou vésicules génitales un peu moins douloureuses	Confirmé par examen viro (PCR en temps réel)			
	Varicelle	VZV ADN evp	Enfants	Adultes	Varicelle : pt de départ pulmonaire Eruptions vésiculeuses généralisées (macules => papules => vésicules) Fièvre	Zona : réactiv° <u>radiculaire</u> et unilatérale Eruptions vésiculeuses Névralgies à type de brûlure sur le trajet du nerf		Encéphalite de la varicelle (cervelet++) Pneumonie nodulaire diffuse de l'adulte Varicelle néo-natale grave (mortT 20/30%) ID ++ (érupt° nbr, hémorrK, nécrose...)	Si bénin : ttt symptK (antihistK, antiseptK... attent° pas aspirine) Si grave : Aciclovir ou Valaciclovir Vaccin	Ttt préventif ID : gammaglob + Aciclovir
	Zona						PCR en temps réel ELISA Ac anti VZV	Algies post-zostérienne (>60a) Att cornéenne ID (extensif, possT att multiviscérale)		

Maladie		Virus	Personnes touchées	Mode de contamination	Primo-infection	Réactivation	Diagnostic	Complications	Ttt	Autres
Beta-herpes	Cytomégalovirus	CMV ADN evp		Contact intime (sexe, allaitement, naissance...)	IC : Asthénie Fièvre Sdr mononucléosique Leucopénie Hépatite aiguë ID : Encéphalites graves ++ GHV (= maladie du greffon contre l'hôte) Pneumonies interstL des greffés de moelle... NN : AsymptK 90%dk Embryopathie M. des inclusions cmK		PCR en temps réel sang++ Sérologie		Pas de vaccin Acide phosphonoformique + Ganciclovir Cidofovir si résistance Gammaglobulines pour receveurs neg de greffon +	Echappement immunitaire +++ (sabotage et camouflage) Autres beta-herpes : HVV6 = asymptK, exanthème nourisson ou convuls° fébriles HVV8 = M. de Kaposi, lymphome diffus des séreuses et m. de Castleman
		EBV ADN evp	Adulte jeune	"Maladie du baiser" Salive	Enfant : Inaparente Adulte jeune : Fièvre Fatigue Angine Adénopathie (+ splénomégalie)		Bio : Sdr mononuclK Cytolyse hépK Ac hétérophiles Indirect ++ : Sérologie viro (Infecté si IgM + ; infect° ancienne si IgG EBNA +)	Rares : Encéphalites, myocardites, purpura... Lymphome B de l'ID Cancer du cavum Carcinome Nasopharyngé		
	Grippe	Influenza ARN evp		Respiratoire	Type A responsable des pandémies Fièvre à 40°, polyalgies, arthralgies, myalgies et céphalées		Direct par PCR	Surinfection bactérienne (reprise de fièvre V grippal) Grippe maligne	SymptK Vaccin° saisonR Antiviraux inhibiteurs de la neuraminidase	Grande diversité génétique (mut° ponctL et cassures/sauts formant des nouveaux gènes)
Paramyxoviridae	Rougeole	ARN evp		Respiratoire	Fièvre 40° Catarrhe Enanthème Exanthème avec éruption maculopapuleuse Muqueuses atteintes		PCR, sérologie	IC : diarrhée, pneumonie, otite... ID : encéphalite ou pneumo interstL	SymptK Vaccin ROR	Recrudescence dp dizN d'année à cause de la baisse de la couv vaccinale
	Oreillons	ARN evp		Respiratoire	Parotidite ++ Orchite (testicules) Pancréatite Méningite lymphocytaire (pas de manif° respi)		PCR, sérologie		SymptK Vaccin ROR	
	Virus Respiratoire Syncytial	VRS ARN evp		Respiratoire	Bronchiolite (dyspnée, distens°...) Rhinite ou rhynopharyngite Fièvre		PCR	Bronchiolite à VRS du nourrisson --> insuff respi aiguë	SymptK Prévent° par Ac monoclonaux anti-VRS si fdr ou antiviral aérosol de ribavarine	
	Covid-19	SRAS-Cov2 ARN evp		Goutelettes	Toux sèche, fièvre, fatigue, courbatures, perte goût et odorat...		PCR	SDRA	SymptK Ac monoclonaux dans cas graves Vaccin° pour tt pers >12a	

Maladie		Virus	Personnes touchées	Mode de contamination	Primo-infection	Réactivation	Diagnostic	Complications	Ttt	Autres
Togaviridae	Rubéole	ARN evp		Respiratoire	Erupt° maculeuse rubéoliforme rose pâle Fièvre modérée Adénopathie Arthralgies Pas d'atteinte des muqueuses	AsymptK	Sérologie Obligatoire chez la femme enceinte DiagK prénatal	Embryopathie (malform° oeil, oreille ou coeur) Foetopathie (pneumonie, hépatite...)	Vaccin ROR (contracept° obligatoire 1 mois avant et 2 mois après)	
Parvoviridae	Parvovirus B19	ADN nu	++ avec l'âge	Voie sanguine ou respi	Polyarthrite brutale, symK et bilat Mégalyrthème épidémK IC : Fièvre, Sdr pseudogrippal Anémiques : crise érythroblastique ID : Anémie chrK, thrombocytopénie... GrossS : Avortement si T1 sinon anasarque (=oedM) foeto-placentaire		Sérologie ou PCR		Transfus° si anémie Immunoglobulines polyvalentes chez les ID	Ne se multiplie que dans les cellules en division
	Papillomavirus	HPV ADN nu		Sexuelle et abrasions cutanées	Verrues cutanées, condylomes ano-génitaux acuminés ou plans, condylomes laryngés Tumeurs bénignes de la peau et des muq malpighienne chez l'h		Clinique Cytologique (Frottis ++) HistoK	Cancer du col de l'utérus	Electrocoagul°, cryothérapie, podophylline ou cidofovir Vaccin°	
Hepadnavirus	Hépatite B	VHB ADN enveloppé	Toxico IV	Sang ++ Sexe, sueur, salive Accouchement ou post-natal		Hépatomégalie Adénopathie Splénomégalie Asthénie, fièvre, ictR, perte d'appétit...	Sérologie ELISA	Hépatite fulminante (0,1%) mortelle dans 90%dk => transplant° hépK urgente Cirrhose Cancer primitif du foie	3TC, Adéfovir, Telbivudine, Entécavir, Ténofovir Vaccin	4 gènes (HBs = Ag, séroconversion Ag/Ac signe résolution ; HBe = infectiosité) Tropisme hépatocytR + lymphocytes Particule de Dane
	Hépatite C	HVC ARN evp	Toxico IV VIH + (coinfect° fréq)	Sang ++ Allaitement, sexe et mat-foetale (faible)	AsymptK (90%dk)	Sdr métabo Lymphoprolifération B maligne M. auto-imm Cryoglobulinémie mixte Asthénie, fièvre, ictR, perte d'appétit...	Sérologie ELISA confirmée par PCR Rt-PCR pour suivi et ttt	Cirrhose Cancer primitif du foie	Détermin° génotype infect° important ++ pour tt Antiprotéase Inhib polymérase Anti-NS5A	VariabT génétique ++ ChronT dans 60 à 80% dk Eradic° totale VHC dans 95%dk
	Hépatite D	HVD ARN evp	HVB+	Voie parentérale			RT-PCR	Complicue les VHB	Interféron pégylé Vaccin VHB	Incapable de se répliquer sans VHB
	Hépatite E	VHE ARN nu		Fécalo-orale	ID : possible hép chronK Formes neuro		ELISA + PCR	Chez femmes enceintes ++	Rlbavarine si chronK	
	Hépatite A	VHA ARN nu	Pays pauvres et chauds (Sud)	Oro-fécale, sexe recto-oral		Asthénie, ictère, augment° transaminases ALAT (= cytolysé hépatK) et bilirubine, anorexie, fièvre...	Sérologie ELISA	Peu, évolution favorable, peu de risques d'hépatite fulminante	Symptomatique Vaccin inactivé	Pas de chronicité

Maladie		Virus	Personnes touchées	Mode de contamination	Primo-infection	Réactivation	Diagnostic	Complications	Ttt	Autres
Picornaviridae	Polyomyélite	Entérovirus ARN nu, résiste à l'acidT gastK		Indirecte par l'aliment° ou l'eau souillées ++ Respi	Sdr paralytique (brutal, asymK, périphérK sans perte de sensibT, régressement lent) Sdr infectieux Sdr méningé		RT-PCR		2 vaccins : atténué ou inactivé (utilisé en Fr)	Provoque une poliomyélite => myélite de la corne antérieure de la moelle
	Autres entérovirus	Echovirus, coxsackievirus...		Indirecte par l'aliment° ou l'eau souillées ++ Respi	Le + souvent asymptK Parfois : herpangine, érupt° vésiculeuses, conjonctivite hémorrhK...		RT-PCR			
Rhabdoviridae	Rage	ARN evp		Transcutané (morsure donc salive)	Atteinte lobe temporaux et hippocampe ++ Sdr paralytique, insomnie, anxiété, hyperesthésie g, spasme pharyngo-laryngé et spasme facio-cervical		RT-PCR	Encéphalite	Désinfection immédiate Sérothérapie antirabique et vaccin	DDL = Guillain-Barré ou poliomyélite Si animal enragé => abattu
Gastroentérites aiguës GEA	Calicivirus	ARN nu, capsidé icosaoédrique avec une seule prot	Enfants et adultes	Oro-faecale Interhumaine Indirecte	Gastroentérite aiguë : Diarrhée aqueuse Vomissements Fièvre		PCR sur selles réalisées à la phase aiguë	Liées à la déshydratation aiguë	Réhydratation ++	2 genres : Norovirus > Sapovirus Moins graves chez le nourrisson
	Rotavirus	ARN nu à capsidé icosaoédrique	Enfants avant 5 ans (entre 6 mois et 2 ans ++)	Oro-faecale Interhumaine	Destruction des entérocytes => diarrhée osmotique et par malabsorption Induct° sécrétion intestinale => diarrhée sécrétoire Gastroentérite aiguë : Diarrhée acqueuse non glairo-sanglante Fièvre Vomissements pré-diarrhéiques		Délect° Ag dans les selles par ELISA	Liées à la déshydratation aiguë	Réhydratation ++ Solutés de Réhydratation Orale (SRO) ou IV si ttt oral impossible Vaccin multivalent et vaccin humain atténué monovalent qui réduisent l'incidence de formes sévères	1ère cause d'infection nosocomiale en pédiatrie et principale étiologie des diarrhées de l'enfant
	Adénovirus 40/41, Astrovirus									
Ses	Fièvre jaune	Flaviviridae ARN evp Virus amaril	Amérique du sud et Afrique	Piqûre d'arthropodes	Phase rouge : 3 à 6 jours Fièvre, nausées et aspect congestif du visage Phase jaune : Disparition de la fièvre, hépatonéphrite		Sérologie ou RT-PCR	Nécrose hépatique Hémorragies avec hématurie Encéphalopathie	Vaccin vivant atténué (même pour femme enceinte et VIH+ peu ID si besoin ++) Protection individuelle	DECLARATION OBLIGATOIRE A L'ARS Mortalité entre 5 et 50%
	Dengue	Flaviviridae ARN evp		Piqûre d'arthropodes (moustique Aedes)	50 à 80% de formes asymptK Sdr pseudogrippal fébrile et douloureux Fièvre, adénopathie, exanthème maculo-papuleux type rougeole, lympho-thrombopénie, douleurs rétro-orbitaires	Risques + de dvp formes graves	Selon apparition des symptômes : J0-J7 PCR J5-J7 PCR + séro J8+ séro	Hémorragies, défaillance d'organes, choc hypovolémique	Vaccin en essai clinique	DECLARATION OBLIGATOIRE A L'ARS CI la prise d'aspirine ou d'AINS Arbovirose la + freq

Maladie		Virus	Personnes touchées	Mode de contamination	Primo-infection	Réactivation	Diagnostic	Complications	Ttt	Autres
Arbovirus	Zikavirus	Flaviviridae ARN evp		Piqûre d'arthropodes (moustique Aèdes) Voie intra-utérine Accouchement Lait maternel, Sexe, Sang	75 à 80% de formes asymptK Triade conjonctivite, rash maculo-papuleux prurigineux et fièvre légère		Selon apparition des symptômes : J0-J7 PCR J5-J10 PCR + séro J10+ séro	Microcéphalie du NN Sdr de Guillain-Barré (Méningo-)Encéphalite chez l'adulte	Spontanément résolutif en 2 semaines	DECLARATION OBLIGATOIRE A L'ARS
	Chikungunya	Togaviridae ARN evp		Piqûre d'arthropodes (moustique Aèdes)	75 à 95% de formes asymptK Pdt 10 jours triade : Fièvre > 39 brutale Arthralgies ++ Eruption maculo-papuleuse		Selon apparition des symptômes : J0-J7 PCR J5-J7 PCR + séro J8+ séro	Tb hémorrK et neuroK Chronicité : polyarthrite Forme néonatale gravissime	AINS Cortico et méthotrexate si polyarthrites	DECLARATION OBLIGATOIRE A L'ARS