

Bonjour,

Voici ma FAQ-COVID-19 : numéro 5.

L'épidémie :

Actuellement (19/3/2020 à 15h53 et 06 secondes)

227.310 cas confirmés (décès 9.311, guérisons 84.532) dans le monde (159 pays). La situation est donc une pandémie (épidémie mondiale). L'incidence de cette épidémie dans la région de Wuhan (la plus touchée) est de 1,1% de la population. La même incidence en France donnerait 660.000 cas confirmés...

Actuellement **9.058** en France avec **243** décès et **12** guérisons.

En Italie : **35.713** cas confirmés, **2.978** décès et **4.025** guérisons.

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ACE) et COVID-19 : on sait que l'HTA et le diabète sont des facteurs de risque des formes graves et de la mortalité des patients COVID+ (voir FAQ n° 2 et FAQ n°4). Une lettre au Lancet montre que le virus a besoin de l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ACE2) pour pénétrer dans les cellules épithéliales. Hors cette enzyme membranaire est hyper exprimée chez les diabétiques et les patients hypertendus traités par ACE. Les auteurs suggèrent que les patients hypertendus à risque COVID changent de traitement en passant aux inhibiteurs calciques.

AINS et COVID : l'ANSM a déjà émis en 2019 un avertissement mettant en garde contre l'utilisation des AINS chez des patients fébriles en décrivant plusieurs cas de pneumopathie chez des sujets jeunes dont certaines mortelles. La recommandation était d'éviter l'usage des AINS chez les patients fébriles (en particulier l'ibuprofène et le kétoprofène). Pour les patients COVID+, le mécanisme serait une augmentation de l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ACE2) par les AINS qui favoriserait l'adhésion des virus sur les cellules. Donc on évite les AINS pour les patients à risque COVID.

Critères d'hospitalisation au SAU des patients suspects de COVID (ARS) : syndrome grippal et SpO2 < 90 % en air ambiant ou FR ≥ 30 cycles/minutes ou FC > 100/min ou signes de choc. Ces signes sont à pondérer avec la présence de facteurs de risques : âge > 65 ans, insuffisance respiratoire chronique, Insuffisance cardiaque, dialysés, diabète, cirrhose, immunodéprimés, obésité (IMC > 30), grossesse plus de trois trimestres.

Fin de l'éviction pour un professionnel de santé COVID+ (collégiale des infectiologues) : disparition des signes cliniques depuis plus de 48 heures après au moins 7 jours d'éviction. Port du masque chirurgical 7 jours après la reprise d'activité. Recommandations susceptibles d'évoluer+++

Forme digestive et COVID-19 : Il existerait presque 10% de forme clinique uniquement digestive (diarrhée, nausée, vomissement) au cours du COVID-19 chez l'adulte.

Premier grand essai thérapeutique négatif : l'association lopinavir-ritonavir (antirétroviraux anti VIH très prometteurs ; voir FAQ n°4) administrée à la dose de 400 mg/100 mg deux fois par jour pendant 14 jours n'a pas montré de différence significative dans l'amélioration clinique ni dans la mortalité (19% dans le groupe traité (N=99) et 25% dans le groupe placebo (N=100).

Contamination par patients asymptomatiques : contrairement au message rassurant de la FAQ n°1, il semble que les patients asymptomatiques peuvent être contaminants. La mesure de la charge virale des prélèvements naso-pharyngés de patients asymptomatiques ou pauci symptomatiques était du même ordre que celle des patients symptomatiques (N=17) dans une lettre récente du NEJM.

Stabilité du SARS-CoV2 en aérosol et sur des surfaces. Inquiétant... Le SARS-CoV2 est plus stable sur le plastique et sur l'acier inoxydable que sur le cuivre et le carton. Le virus viable a été détecté jusqu'à 72 heures après l'application sur ces surfaces (demi-vie sur plastique ou acier : 6 heures ; demi-vie de décroissance sur cuivre : 1 heure et sur carton : 3 heures). Il reste stable en aérosol pendant plus de 3 heures (demi-vie de décroissance 1,1 heure). Etude publiée dans une lettre du NEJM. Les auteurs laissent entendre que la contamination par aérosol est possible...

Frédéric ADNET