

Bonjour,

Voici ma FAQ-COVID-19 : **numéro 42**

**L'épidémie (Johns Hopkins University) :**

**Actuellement à 07/5/2020 à 11h32 et 27 secondes**

**Dans le monde : 92.700** nouveaux cas hier. **3.768.535** cas confirmés (décès **264.109**, guérisons **1.249.987**) dans le monde (187 régions ou pays).

**En France : 3.500** nouveaux cas avant-hier. **174.224** cas confirmés avec **25.812** décès et **54.081** guérisons. [*il y a toujours un problème de comptage par ce site officiel pour la France*]

**En Italie : 1.400** nouveaux cas hier. **214.457** cas confirmés, **29.684** décès et **93.245** guérisons.

**COVID et traitement.** Un anticorps monoclonal spécifique humain du SARS-CoV-2 a été synthétisé et semble efficace (*Nature Communications ; 4 Mai 2020*). Cet anticorps a été obtenu après immunisation de souris transgéniques et mise en culture de lignées cellulaires infectés. Les essais sur ces cultures cellulaires ont montré une bonne activité antivirale. Un espoir de traitement préventif ou curatif... [Merci au Dr. Axel Ellrodt]

**COVID et lopinavir/ritonavir.** On avait vu que l'association de ces deux molécules (Kaletra®, antirétroviraux anti-VIH) constituait une voie thérapeutique intéressante (FAQ numéros 22 et 27) malgré un essai négatif. Le NEJM publie dans son dernier numéro (*NEJM ; 7 Mai 2020*) le résultat d'un essai randomisé, ouvert comportant 199 patients COVID-19+, oxygène-dépendant. On avait déjà mentionné les résultats préliminaires de cette étude dans la FAQ numéro 5. Le groupe traité (N=99) recevait le lopinavir-ritonavir 400/100 mg x2 par jour pendant 14 jours. Le critère principal était le délai d'amélioration clinique. Les résultats montrent aucune différence entre les deux groupes sur le délai d'amélioration clinique. La mortalité ne différait pas de manière significative entre les deux groupes (19% dans le groupe traité et 25% dans le groupe contrôle).

**COVID et immunité.** Nous ne savons pas encore avec certitude si l'immunité acquise lors de la contamination est efficace pour éviter une ré-infestation (FAQ numéro 32). Force est de constater qu'aucun cas convaincant de réinfection et encore moins de formes graves n'ont été décrits. Des auteurs ont posé le problème d'un éventuel « passeport immunitaire » comportant le statut sérologique des citoyens vis-à-vis du COVID-19. Ce passeport pourrait donner accès à des privilèges (déconfinement, retours à des emplois non protégés, etc.) et créer ainsi des inégalités sociales (*JAMA ; 6 Mai 2020*). On pourrait quand même penser que pour les enfants, l'inscription de ce statut sur le carnet de santé pourrait faire diminuer des barrières sociales dans les liens familiaux.

**COVID et hydroxychloroquine.** Un article de revue vient de paraître, rassemblant sept essais cliniques sur l'hydroxychloroquine, afin de faire une synthèse (*Acad Emerg Med ; 2 Mai 2020*). Cinq de ces essais étaient en faveur de l'hydroxychloroquine. Cependant, tous les essais analysés comportaient un risque significatif de biais et une insuffisance méthodologique majeure rendant impossible une recommandation thérapeutique. On n'avance pas ! [Merci au Dr. Jocelyn Gravel]

**COVID et confinement.** L'efficacité du confinement a été modélisée aux Etats-Unis (*Lancet, en cours de reviewing, 28 Avril 2020*). L'effet du confinement sur la diminution de la progression de l'épidémie a été estimé à 3,8% la première semaine et 8,6% la deuxième semaine. Ce confinement a pu freiner l'augmentation exponentielle de l'épidémie par un facteur de 62,3% avant d'observer une diminution du nombre de nouveaux cas. Les auteurs estimaient ainsi que cette mesure a permis d'éviter des centaines de milliers de nouvelles infections et des milliers de décès. Le confinement semble donc efficace ! [Merci au Dr. Axel Ellrodt]

**COVID et enfants.** Une enquête rétrospective sur 74 enfants COVID-19+ a montré ce que l'on savait (FAQ numéros 32,35 et 39) c'est à dire des symptômes mineurs (*Pediatrics, 4 Mai 2020*). L'intérêt de ce travail est qu'il démontre que la transmission a lieu dans la cellule familiale dans le sens adulte vers l'enfant (95%), ce qui renforce ce que l'on soupçonnait (FAQ numéro 32). Une co-infection était présente dans 51% des cas (mycoplasme et virale)

Frédéric ADNET

[frederic.adnet@aphp.fr](mailto:frederic.adnet@aphp.fr)