

Bonjour,
Voici ma FAQ-COVID-19 : numéro 8.

L'épidémie :

Actuellement (24/3/2020 à 16h01 et 27 secondes)

396.249 cas confirmés (décès **17.252**, guérisons **103.334**) dans le monde (169 régions ou pays). La situation est donc une pandémie (épidémie mondiale). L'incidence de cette épidémie dans la région de Wuhan (la plus touchée) était de 1,1% de la population. La même incidence en France donnerait 660.000 cas confirmés...

Actuellement **20.149** cas confirmés en France avec **862** décès et **2.207** guérisons.

En Italie : **63.927** cas confirmés, **6.077** décès et **7.432** guérisons.

COVID et cœur : certaines formes cliniques du COVID-19 se traduisent par une symptomatologie cardiovasculaire : palpitations et douleurs thoraciques. Il y a une élévation de la troponine I, chez 10 à 20 % des patients hospitalisés. Près de 12 % des patients décédés de cette affection présentaient une atteinte cardiaque significative. Un arrêt cardiaque pendant l'hospitalisation peut survenir chez des patients sans antécédent cardiovasculaire. Le mécanisme est discuté entre myocardite virale ou SCA.

COVID et contamination oro-fécale : il est maintenant établi que l'infection par le SARS-CoV-2 peut se révéler par un tableau digestif (nausées-vomissements) (voir FAQ numéro 5). Des virus ont été mis en évidence dans les selles lors de ces épisodes. Les récepteurs aux virus (ACE2, voir FAQ numéro 5) se concentrent sur l'arbre respiratoire mais aussi digestif (gastrique, duodéal et rectal). La contamination oro-fécale est ainsi théoriquement possible poussant des recommandations de nettoyage bactéricide de la cuvette de WC et de maintenir la lunette abaissée.

PCR et faux négatifs : la PCR est très performante (taux de faux négatifs autour de 10%) pour les formes mineures avec atteinte des voies aériennes supérieures et rhinorrhée. Pour les formes graves avec dyspnée (pneumopathie) la PCR est performante la première semaine (taux de faux négatifs inférieure à 10%) et devient moins performante la deuxième semaine (négativisation des prélèvements nasaux), le virus se concentrant dans les poumons ou alors la pneumopathie virale est en voie de guérison (ou bien surinfectée par une bactérie).

COVID-19 et mortalité italienne : tout le monde a remarqué que les italiens mourraient beaucoup du COVID-19. Un article de JAMA de cette semaine tente de répondre. La mortalité observée du nombre de cas déclarés en Italie est de 7,2% alors qu'en Chine elle est de 2,3%. La différence est très importante pour les patients d'âge supérieur à 70 ans (38% en Italie vs. 12% en Chine). De plus, le nombre de patients âgés est très supérieur en Italie par rapport à la Chine (687 patients de plus de 90 ans avec une mortalité de 23%). L'autre explication proviendrait d'une définition non consensuelle de la mortalité liée au COVID-19 entre la Chine et l'Italie. La troisième explication tient au fait que le dénominateur (nombre de patients atteints du COVID-19) n'est pas le même en Chine et en Italie, lié à des politiques de dépistage différentes entre la Chine et l'Italie.

COVID-19 et port de masque : dans le Lancet de cette semaine, on rappelle les recommandations de l'OMS pour l'indication du masque facial (chirurgical) :

- Patients qui ont des symptômes respiratoires.
- Soignants près d'un malade symptomatique lors de soins courants (non invasif).
- Patients en quarantaine s'ils doivent quitter le domicile.
- Patients à risque et personnes âgées, si possible.
- L'utilisation des masques faciaux à toute la population pourrait être envisagée si les stocks le permettent.

Frédéric ADNET