

Bonjour,

Voici ma FAQ-COVID-19 : numéro 16.

L'épidémie :

Actuellement (6/4/2020 à 09h28 et 02 secondes)

1.276.302 cas confirmés (décès **69.527**, guérisons **264.048**) dans le monde (183 régions ou pays). La situation est donc une pandémie (épidémie mondiale).

Actuellement **93.780** cas confirmés en France avec **8.093** décès et **16.354** guérisons.

En Italie : **128.948** cas confirmés, **15.887** décès et **21.815** guérisons.

COVID et « éclaircie » en Ile de France. Les premiers effets du confinement semblent se faire sentir en Ile de France (désolé je ne trouve pas les chiffres pour les autres régions, je ne suis pas particulièrement un parigo-centriste !). On constate une décélération de l'augmentation des admissions en réanimation (le 4 avril 2020 à 18h00) : + 2 % le 4 avril, contre + 11 % le 1^{er} Avril 2020. Le nombre de passages aux urgences a diminué de 18% en trois jours (Ile de France). Le nombre de dossiers de régulation médicale des Samu a diminué de 7% en trois jour (*Données Cerveau IdF*). En France on observe le même phénomène avec un aplatissement des courbes de progression. Il reste toutefois 6.859 patients en réanimation et 28.747 hospitalisés (*Santé Publique France, le 5 Avril 2020 ; 14h00*).

COVID et contamination par aérosol (4). Jamais démontrée (voir FAQ numéro 15 et 5), cette voie de contamination fait toujours couler beaucoup d'encre et en particulier une publication récente du JAMA. L'analyse des caractéristiques biophysiques de l'air expiré (par exemple au cours d'une conversation) nous apprend que cet air, en forme de nuage turbulent, peut atteindre des vitesses de 30 m/s et avoir un rayon d'action jusqu'à 8 mètres (*JAMA ; 26 Mars 2020*) !. Le problème est que cet air expiré peut transporter des gouttelettes de salive de toutes tailles en particulier lors d'un éternuement ! Regardez, si après le visionnage de ceci, vous ne mettez pas de masque...

https://www.youtube.com/watch?v=piCWFgwysu0&utm_source=silverchair&utm_campaign=jama_network&utm_content=car_we ekly_highlights&cmp=1&utm_medium=email

Les auteurs pensent que la distanciation de 1-2 mètres est nettement insuffisante et plaident pour le port de masque généralisé : patient source et receveur. Un argument de plus pour le port de masque à grande échelle ; je suis un défenseur de ce principe!

COVID et atteinte cardiovasculaire. Le COVID-19 apparaît de plus en plus comme une maladie à gravité inflammatoire (poumon inflammatoire, encéphalite, orage cytokinique...) doublé d'un syndrome d'hypercoagulabilité. L'atteinte cardiovasculaire n'y échappe pas (*JAMAcardiology, 27 Mars 2020*). Cet emballement inflammatoire se traduit par des lésions de vascularite, myocardite, péricardite qui font le lit (effet gâchette ou facteur déclenchant) de trouble du rythme paroxystique, mort subite, SCA et décompensation d'insuffisance cardiaque. La présence d'un très fort pourcentage d'embolies pulmonaires ou d'accidents thromboemboliques complète le tableau. De quoi largement expliquer ces douleurs thoraciques très souvent rencontrées lors de cette maladie...

COVID et urgences vitales non COVID. Les unités de soins intensifs neurologiques et cardiologiques en France signalent une baisse importante des hospitalisations pour AVC et SCA sans lien avec le COVID-19, jusqu'à 50% pour les AVC (*données pas encore publiées*). La peur de l'hôpital ne peut pas tout expliquer. Par contre, il est connu que lors d'épidémies, la peur de l'hôpital peut faire plus de dégâts que l'épidémie elle-même (cela avait été le cas pour Ebola en Afrique). A étudier...

COVID chez les chats. Déjà soupçonnée (voir FAQ numéro 11) cette transmission a été mis en évidence par une équipe chinoise qui a recueilli 102 sérums de chats après l'épidémie de COVID-19 à Wuhan, épicode originel de l'épidémie. 15/102 (15%) étaient positifs au SARS-CoV-2 (*bioRxiv 3 Avril 2020*) [merci à Axel Ellrodt]...

COVID et IEC (3). On a déjà vu la controverse avec le traitement par IEC ou ARA2 et la possibilité d'une aggravation de la maladie COVID-19 (voir FAQ numéros 5, 7 et 10). Une étude anglaise en cours de reviewing indique le contraire, les patients sous IEC avaient une mortalité et un recours à la ventilation mécanique moins élevée par rapport aux autres patients. Le tableau de suivi (*4 Avril 2020*) des patients en réanimation à l'AP-HP indique la même chose, les patients sous ARA2 ou IEC ne sont pas associés à une surmortalité (N=1660).

Frédéric ADNET

frederic.adnet@aphp.fr