

Bonjour,

Voici ma FAQ-COVID-19 : numéro 18.

L'épidémie :

Actuellement (8/4/2020 à 10h40 et 57 secondes)

1.434.426 cas confirmés (décès **82.220**, guérisons **301.768**) dans le monde (184 régions ou pays). La situation est donc une pandémie (épidémie mondiale).

Actuellement **110.070** cas confirmés en France avec **10.343** décès et **19.523** guérisons.

En Italie : **135.586** cas confirmés, **17.127** décès et **24.392** guérisons.

COVID et hydroxychloroquine (4). La bataille à la mauvaise publication continue (FAQ numéros 9, 11 et 13) ! Des auteurs français ont voulu vérifier la décroissance rapide de la charge virale détectée par PCR nasopharyngée sous traitement par hydroxychloroquine (*Médecine et Maladie Infectieuses, sous presse, 2020*). Un suivi de 11 patients aboutit à un résultat inverse de ceux publiés par l'équipe du Pr. Didier Raoult avec une méthodologie comparable (et donc critiquable). Il y eut un décès, 2 passages en réanimation et 4 effets indésirables (allongement du QTc). Pour 80% des patients (N=10) la PCR était toujours positive à J5-J6 (Raoult trouvait 17%). Cette publication souffre des mêmes réserves méthodologiques : pas de groupe contrôle, effectif ultra-faible... [Merci au Dr Benoit Papon]

COVID et incidence en France. En se basant sur une mortalité réelle de 2% des modélisateurs ont estimé le nombre de patients atteints de COVID-19 en France le 2 avril 2020 à 3.538.549 (*sous presse, Bulletin de l'Académie Vétérinaire de France ; 2020*). [Merci au Dr Arnaud Bourdé]

COVID et Italie. Première grosse série de malades COVID-19+ italienne en réanimation (N=1591). Pas de choses nouvelles à part un sex-ratio très en faveur des hommes (82%). Les paramètres ventilatoires ont été colligés : PEP médiane de 14 [12-16] cm H₂O, PaO₂/FiO₂ médiane de 160 [114-220] mm Hg. Parmi les patients sortis de réanimation il y avait 61% de mortalité (*JAMA ; 6 Avril 2020*). L'âge médian était de 63 ans. L'âge et l'HTA étaient des facteurs liés à la mortalité (on le savait déjà !).

COVID et masques en tissu. Les masques en tissu « home made » ont le vent en poupe ! Pourtant les études ne sont pas rassurantes. Une étude contrôlée randomisée réalisée en 2015 et comparant les masques en tissu avec les masques chirurgicaux révélait l'inefficacité des masques folkloriques : plus de gripes, plus de syndromes grippaux et plus de détection de virus comparé aux masques chirurgicaux (*BMJ Open ; 26 Mars 2015*). Un autre article met en garde contre la mauvaise utilisation des masques et le danger de faire n'importe quoi (*Lancet respiratory 20 Mars 2020*). Il semble que les masques artisanaux soient de véritables « passoires à virus » et qu'un des facteurs les plus importants réside dans l'apprentissage à attacher et à détacher son masque en respectant sa durée de vie. Respectez la distanciation physique ! [Merci au Dr Axel Ellrodt]

COVID et enfant (2). Nous avons relaté que les formes infantiles étaient plus bénignes que les formes adultes (FAQ numéro 3). C'est confirmé dans une série américaine de 2.572 patients COVID-19+ < 18 ans (*Morbidity and Mortality Report ; 6 Avril 2020*). Des symptômes mineurs (fièvre, toux, dyspnée) sont présents (73%) alors que pour les adultes ceux-ci avaient une fréquence de 93%, 6% des enfants ont été hospitalisés (10% chez les adultes) et il y eut 3 décès (0,1%).

COVID et chirurgie. Une intervention chirurgicale peut être un facteur déclenchant de la forme grave du COVID-19 ! Une série de 34 patients subissant une chirurgie programmée pendant la période asymptomatique de la maladie a été publiée (*EclinicalMedicine ; 4 Avril 2020*). Tous les patients ont développé la pneumopathie COVID en post-opératoire immédiat. Quinze (44%) ont été en réanimation et il y eut 7 décès (20%). N'opérez pas les COVID-19+ !

COVID et oxygénothérapie (2). Changement de stratégie ! Initialement les techniques non invasives n'avaient pas la cote (FAQ numéros 2 et 11), on assiste à un changement de paradigme, l'oxygénothérapie à haut débit (OHD) ou la VNI en mode CPAP-Boussignac® doivent être essayées avant de passer à l'intubation pour « passer un cap » (*MARS n°2020_27 du 3 Avril 2020*). Soignants avec un masque FFP2 et en tenue de protection complète (risque aérosol). L'indication est l'impossibilité de maintenir une SpO₂ > 92% avec un débit maximal de 6 L/min au masque à haute concentration. Réglage : (1) CPAP-Boussignac® : débit O₂ : débuter à 20 L/min ; (2) OHD débuter à 40 L/min et FiO₂ = 0,6. Objectif SpO₂ > 92% et baisse de la fréquence respiratoire. Intubation si fatigue respiratoire (épuisement), trouble de la conscience ou hypoxie malgré l'augmentation du couple FiO₂/débit.

Frédéric ADNET

frederic.adnet@aphp.fr