

Bonjour,

Voici ma FAQ-COVID-19 : numéro 4.

L'épidémie :

Actuellement (18/3/2020 à 14h33 et 12 secondes)

204 255 cas confirmés (décès 8.243, guérisons 82.107) dans le monde (157 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 **7.696** en France avec **148** décès et **12** guérisons.

En Italie : **31.508** cas confirmés, **2.503** décès et **2.941** guérisons.

Recommandations concernant l'imagerie pour les patients suspects de COVID avec critères d'hospitalisation à leur prise en charge initiale : Il n'y a pas de place pour la radiographie thoracique, si une imagerie est indiquée, il faut réaliser un scanner sans injection.

Durée de contagiosité serait en médiane de 20 jours [17-24] après le début des signes cliniques avec un maximum de 37 jours selon une étude chinoise sur 191 patients.

La période d'incubation a été revue, elle serait en médiane de 2 jours avec des extrêmes entre 0 et 24 jours.

Profil clinique du COVID-19 chez le sujet âgé (série de 47 patients) : profil atypique : syndrome abdominal (diarrhées ou vomissements), lymphopénie isolée, confusion, fébricule transitoire, instabilité hémodynamique.

Profil clinique du COVID-19 chez les enfants (série de 20 patients) : premiers symptômes fièvre (60%) et toux (65%). De manière surprenante, une co-infection est détectée chez 40% à la phase initiale (rare chez l'adulte). La symptomatologie est moins « bruyante » par rapport à l'adulte. La pro-calcitonine élevée semble plus informative que la CRP (à l'inverse de l'adulte), cette élévation est peut-être en rapport avec une co-infection bactérienne. Les images de scanner sont superposables aux adultes.

Intubation d'un patient COVID-19 : c'est une période à risque. Intubation à séquence rapide. Utilisation préférentielle d'un vidéo-laryngoscope pour maintenir la tête de l'opérateur la plus éloignée possible de la bouche du patient. Filtre sur circuit expiratoire et inspiratoire, BAVU. Technique oro-trachéale la plus rapide possible. Si branchement ou débranchement du patient au respirateur : éteindre le respirateur avant le branchement ou le débranchement (évite pollution de l'air par le virus). Utilisation d'un circuit fermé. Opérateur habillé en protection complète (charlotte, lunette, masque, surblouse, gants).

Hydroxychloroquine (Plaquenil®) et COVID-19. Une publication (Raoult D et al.) sous-presses compare trois groupes : prise d'hydroxychloroquine seul (200 mg x3/jour pendant 10 jours) (N=14), associée avec de l'azithromycine (500 mg le premier jour et 250 mg les jours suivants) (N=6), ou rien (N=16). Tous les patients étaient positifs à J0. A J6, 100% du groupe hydroxy + azythromysicne avaient une PCR négative vs. 57% dans le groupe hydroxy seul et 12% dans le groupe « rien ». Attention ! Ces résultats sont à prendre avec des pincettes : absence de randomisation, nombreux perdus de vue, groupes non comparables, et surtout effectifs ridiculement faibles qui rend les comparaisons très aléatoires. Prudence... Mais des médecins commencent les prescriptions face au buzz...

Facteurs associés à la mortalité des patients intubés COVID-19 (série de 101 patients décédés) : âge > 70 ans, existence comorbidité (HTA (58%), diabète (22%). Le décès survenait à J4 [2-7]. Le profil biologique des patients décédés révélait une élévation de la troponine, de l'urémie, de la PCT et de l'acide lactique. CD3 et CD8 étaient significativement abaissées.

Frédéric ADNET