

Bonjour,

Voici ma FAQ-COVID-19 : numéro 12.

### L'épidémie :

#### Actuellement (31/3/2020 à 14h52 et 28 secondes)

**803.313** cas confirmés (décès : **39.014**, guérisons : **172.657**) dans le monde (179 régions ou 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 **45.183** cas confirmés en France avec **3.031** décès et **7.964** guérisons.

En Italie : **101.739** cas confirmés, **11.591** décès et **14.620** guérisons.

**COVID et progression de l'épidémie au 31 Mars 2020 :** l'épicentre de l'épidémie se situe en Europe de l'Ouest pour probablement évoluer vers les Etats-Unis. La courbe des décès en France suit celle de l'Italie avec 8 jours de retard avec un doublement tous les 2,5 jours. Les courbes de cas confirmés commencent à s'infléchir depuis 3 jours passant vers une progression linéaire plutôt qu'exponentielle (ralentissement de la progression). Les pays où l'épidémie s'est stabilisée sont la Chine, la Corée du Sud et Singapour. Les USA, l'Espagne et l'Angleterre ont une courbe inquiétante de type exponentielle pour le nombre de cas confirmés.

**COVID et admission en réanimation :** les chiffres de l'AP-HP (28 Mars 2020) renseignent 959 patients en réanimation sur 8.321 patients avec PCR positive (11%). La mortalité globale des patients hospitalisés est de 6% et la mortalité des patients admis en réanimation et dont le séjour est terminé est de 51% (110/214). Un traitement par corticoïdes au long court avant l'admission du patient est significativement rattaché à cette mortalité.

**COVID et anticoagulant.** Nous avons vu que les Ddimères élevés étaient associés à un mauvais pronostic (voir FAQ numéro 3). Une étude vient de montrer qu'un traitement systématique par anticoagulant (HBPM ou héparine) était associé à une diminution de la mortalité chez des patients (N=449) présentant la forme grave du COVID-19 et en particulier ceux qui avaient des valeurs de Ddimères plus de 6 fois de la normale (mortalité 33% vs. 52%) (*J Thromb Haemost, 27 Mars 2020*).

**COVID et Pangolin.** La piste du pangolin se précise. Dans un article de Nature (*Nature ; 26 Mars 2020*). Les chercheurs ont trouvé dans des Pangolins (*Manis Javanica*) des SARS-CoV-2 très similaires au virus qui nous empoisonne la vie. En fait, le SARS-CoV-2 serait la résultante de la fusion de deux coronavirus, un premier issu de la chauve souris (réservoir naturel) et un autre du pangolin (hôte intermédiaire). Le pangolin apportant un petit fragment d'acide nucléique responsable de l'affinité sur les récepteurs ACE2 présents chez les épithéliums des voies aériennes chez l'homme, porte d'entrée du virus (voir FAQ numéro 5). Pas de chance !

**COVID et premiers malades graves américains admis en réanimation.** La première série de patients (N=24) en réanimation vient d'être publiée dans le NEJM (*NEJM 31 Mars 2020*). Rien de nouveau dans les caractéristiques cliniques (voir FAQ numéro 4), la mortalité est de 50%. Les facteurs associés à la mortalité sont l'âge et la présence de comorbidités.

**COVID et nouveau-né :** les infections des nourrissons et nouveaux nés sont rares. Comme signalé dans le FAQ numéro 6, elles se révèlent souvent par des signes digestifs. Pour les nourrissons ce sont des refus d'alimentation et/ou des vomissements.

**COVID et formes digestives (3):** Déjà signalé dans les FAQ numéro 5 et numéro 9, le syndrome digestif apparaît quelquefois au premier plan. Ce syndrome initial est présent dans 16% des cas de COVID-19 dans une série de 1.141 patients PCR+. Il combine vomissements, diarrhées, douleurs abdominales et nausées. Il n'est pas utile de se lancer dans des explorations digestives, faites le scanner thoracique (96% de positif) qui montre la pneumopathie en verre dépoli (*Clinical Gastro et Hepat, 18 Mars 2020*).

**COVID et dépistage de masse :** Les anglais prônent le dépistage de masse (pour toute la population) pour arrêter l'épidémie en deux mois. Le débat est ouvert... (*BMJ 22 Mars 2020*)

**COVID et orage cytokinique.** La morbi-mortalité des formes graves du COVID-19 serait expliquée par l'emballement de la réponse inflammatoire (orage cytokinique) (voir FAQ numéro 7). Le profil biologique de ces patients montre une lymphopénie (CD4 et CD8), une hypoalbuminémie, et une élévation des Ddimères, des Interleukines (IL2, IL6, IL10) et du TNFalpha (*JAMA Cardiol 27 Mars 2020*).

Frédéric ADNET