

Bonjour,

Voici ma FAQ-COVID-19 : **numéro 31**

### L'épidémie (Johns Hopkins University) :

#### Actuellement à 23/4/2020 à 8h31 et 27 secondes

**Dans le monde : 74.100** nouveaux cas hier, **2.630.005** cas confirmés (décès **183.470**, guérisons **713.768**) dans le monde (185 régions ou pays).

**En France : 2.800** nouveaux cas avant-hier. **157.135** cas confirmés avec **21.373** décès et **41.331** guérisons (*la France a toujours des problèmes avec les chiffres envoyés aux organismes internationaux de référence*).

**En Italie : 3.400** nouveaux cas hier, **187.327** cas confirmés, **25.085** décès et **54.543** guérisons.

**COVID et diagnostic.** Une méta-analyse (63 études pour le scanner (N=6.218) et 19 études pour la PCR (N=1.502), a évalué les performances du scanner thoracique (présence de verre dépoli) et de la PCR par prélèvement nasopharyngé, crachats ou gorge pour le diagnostic du COVID-19 (*Radiology sous presse, 20 Avril 2020*). La sensibilité et spécificité du scanner thoracique ont été déterminées respectivement de 94% IC<sub>95%</sub> [91% ;96%] et de 37% IC<sub>95%</sub> [26% ;50%]. La sensibilité pour la PCR était de 89% IC<sub>95%</sub> [81% ;94%]. Compte tenu d'une prévalence du COVID-19 dans la population étudiée (38%) la valeur prédictive positive (VPP) du scanner était de 49% et la valeur prédictive négative (VPN) de 91%. Si la prévalence de la maladie était de 1% (rôle dans un dépistage systématique), la VPP serait de 1,5% et la VPN de 99%. Ainsi, dans une population à faible prévalence de COVID-19, le scanner thoracique positif ne permet pas d'affirmer la présence d'un COVID-19. Par contre, l'absence de ce signe permet d'écartier la maladie. Conclusion, dans le cadre d'un dépistage dans une population à faible prévalence, il vaut mieux la PCR...

**COVID et autopsie.** Le COVID-19, maladie vasculaire ? On a vu que les ATCD cardiovasculaires (HTA, diabète) étaient surreprésentés dans les formes graves (FAQ numéro 4). On connaît aussi le rôle de l'inflammation dans ces formes graves (FAQ numéro 12). Les SARS-CoV-2 entrent par le récepteur cellulaire ACE2 présent un peu partout mais aussi dans l'endothélium vasculaire. Les résultats de trois autopsies trouvaient une véritable infiltration virale des parois vasculaires réalisant un tableau histologique d'endothélite... (je ne sais pas si ce terme existe, mais bon il veut bien dire ce qu'ils ont trouvé) (*Lancet ; 17 Avril 2020*). Ces résultats pourraient alimenter beaucoup de constatations cliniques, puisque la dysfonction vasculaire pourrait -en partie- expliquer les tableaux respiratoires (FAQ numéro 30).

**COVID et engelures.** C'est un serpent de mer! L'association COVID-19 et engelures est toujours discutée (FAQ numéros 17,25). Ici un cas clinique avec étude de biopsie (*JAAD Case Reports; 15 Avril 2020*). Il s'agissait d'un homme symptomatique COVID-19+ de 23 ans, sans ATCD notable (pas de Lupus ni de syndrome de Raynaud) présentant des lésions d'engelures aux orteils (en dehors de périodes hivernales). La biopsie a révélé un infiltrat lichénoïde sous la membrane basale, avec altération des veinules. Pas d'argument direct pour une vascularite ni pour une infiltration virale endothéliale. Pas de microthrombus. En fait histologie d'une engelure banale. Association ou coïncidence, le débat est toujours ouvert... [Merci au Dr. Jean-Michel Rémy]

**COVID et rein.** Une revue des atteintes rénales a été récemment publiée (*Kidney International ; 20 Avril 2020*). Le rein est une autre cible du SARS-CoV-2 (FAQ numéro 26). Le COVID-19 entraîne des tableaux d'insuffisances rénales aiguës dans 5 à 15 % des formes graves. Sa présence est un facteur indépendant de la mortalité. L'imagerie suggère un processus inflammatoire associé à de l'oedème du parenchyme rénal. Les mécanismes sont débattus entre une agression directe du virus dans le parenchyme rénal ou la conséquence de l'orage cytokinique. La protéinurie massive semble être un symptôme annonciateur.

**COVID et hydroxychloroquine.** Tout le monde en parle ! L'hydroxychloroquine toujours au cœur du débat (FAQ numéros 4,9,11,13,18,21,25,26). Une analyse américaine rétrospective a comparé trois groupes de patients (*medRxiv, pas encore reviewé, 21 Avril 2020*): un traité par l'hydroxychloroquine (N=97), un autre traité par l'association hydroxychloroquine+azithromycine (N=113) et un groupe non traité par ces molécules (N=158). Tous étaient COVID-19+. La mortalité était de 28% dans le groupe hydroxychloroquine, 22% dans le groupe association des deux médicaments et 13% dans le groupe sans médicament (résultat significatif). Les groupes différaient en terme de SpO<sub>2</sub>, fréquence respiratoire, valeurs de la CRP et de la troponine. Après ajustement par score de propension (technique statistique qui permet de rendre comparable les groupes de patients), on observait toujours une surmortalité significative dans le groupe traité par hydroxychloroquine par rapport au groupe sans médicament. Etude rétrospective observationnelle associée à un bas niveau de preuve. Raoult pas content ! [Merci au Dr. Anne Léger]

Frédéric ADNET

[frederic.adnet@aphp.fr](mailto:frederic.adnet@aphp.fr)