

Bonjour,

Voici ma FAQ-COVID-19 : **numéro 38**

L'épidémie (Johns Hopkins University) :

Actuellement à 02/5/2020 à 11h32 et 29 secondes

Dans le monde : 86.900 nouveaux cas hier. **3.357.450** cas confirmés (décès **238.950**, guérisons **1.058.596**) dans le monde (187 régions ou pays).

En France : 756 nouveaux cas avant-hier. **167.305** cas confirmés avec **24.628** décès et **51.124** guérisons. [*il y a toujours un problème de comptage par ce site officiel pour la France*]

En Italie : 2.000 nouveaux cas hier. **207.428** cas confirmés, **28.236** décès et **78.249** guérisons.

COVID et sérologie. Un article complet publié dans Nature Médecine a suivi la réponse sérologique de 285 patients COVID-19+ (*Nature Médecine ; 29 Avril 2020*). Dix-neuf jours après le début des symptômes, 100% des patients avaient une sérologie positive (IgG). Le taux d'anticorps était en plateau dans les 6 jours après la séroconversion. Les taux d'IgG et IgM étaient plus importants dans les formes graves de COVID-19. Le temps médian de séroconversion était de 13 jours après le début des symptômes. Les auteurs ont pu confirmer le diagnostic chez 4 patients COVID-suspect et PCR négative. Les auteurs proposent le couplage PCR/sérologie pour le diagnostic du COVID-19. Reste à savoir si ces anticorps confèrent une réelle immunité ! [Merci au Dr. Sébastien Beroud]

COVID et sérologie (suite). Des recommandations concernant les indications à la prescription des sérologies SARS-CoV-2 ont été proposées par l'APHP (*APHP ; 30 Avril 2020*).

- **Diagnostic initial du COVID-19** dans les 5 jours après le début des symptômes : utiliser le test rapide TROD (IgM + IgG) couplé avec la PCR nasopharyngé (30% de faux négatifs pour la PCR). Les indications concernent surtout les patients COVID-suspect aux urgences.
- **Sérodiagnostic :** affirmer que le patient a été en contact avec le virus : demander le test immunochimique IgG (technique ELISA). Les indications concernent les patients hospitalisés dans des zones à risque (gériatrie) et les personnels de santé dans le cadre d'une déclaration de maladie professionnelle.

Dans l'état actuel des connaissances, une sérologie positive n'autorise pas à diminuer les mesures barrières (masques, distanciation).

COVID et Vitamine D. On a vu que la pyramide des âges et la couverture vaccinale pouvaient expliquer les différences de mortalité du COVID-19 constatées entre plusieurs pays (FAQ numéros 33, 35 et 21). Une autre hypothèse est à la mode : la plus faible exposition au soleil dans les pays de l'hémisphère nord et donc le plus faible taux de vitamine D pourrait –en partie- rendre compte de la plus forte mortalité dans ces pays (*Aliment Pharmacol Ther ; 20 Avril 2020*). La vitamine D joue un rôle dans la résistance aux infections et aurait une action de modulation de l'inflammation. Bof !

COVID et aérosols. On n'a toujours pas fait la preuve d'une contamination du COVID-19 par aérosol, et, dans ce contexte, la quantité de virus inhalée est probablement un critère déterminant (FAQ numéros 15 et 16). Des chercheurs ont dosé les virus SARS-CoV-2 dans différents endroits dans l'air ambiant (*Nature ; 27 Avril 2020*). Ils trouvèrent très peu de virus contenu dans l'air des chambres à pression négative et autour des patients mécaniquement ventilés (0-1 copies.m⁻³.h⁻¹). Ils trouvèrent des concentrations importantes dans les toilettes des patients (19 copies.m⁻³.h⁻¹). Concernant l'hôpital, le virus était en général indétectable sauf dans les zones où se concentrait le public. Les zones réservées aux soignants étaient initialement riches en virus (6 copies.m⁻³.h⁻¹), virus qui a disparu après que les procédures strictes de nettoyage aient été initiées. Les auteurs n'ont pas contrôlé le potentiel infectieux des concentrations de virus mis en évidence. Ils concluent en la nécessité d'aérer les pièces et de procéder à des nettoyages rigoureux.

COVID et sans-abris. On a vu (FAQ numéro 32) que les SDF étaient une population à haut risque de transmission du virus SARS-CoV-2. Une nouvelle étude le confirme : un dépistage a été effectué chez 408 SDF avec âge moyen 52 ans (*JAMA ; 27 Avril 2020*). Il y avait 147 (36%) avec PCR + dont 88% de patients asymptomatiques. Il faut absolument mener une politique de dépistages systématiques dans les centres pour SDF si on veut réduire les chaînes de contaminations communautaires.

COVID et remdesivir. On avait donné les résultats suite par une indiscretion sur l'essai négatif du remdesivir contre placebo (FAQ numéro 33). Il est maintenant publié dans le Lancet (*Lancet ; 29 Avril 2020*) et confirme l'absence d'efficacité sur la mortalité et l'amélioration des symptômes cliniques (mêmes chiffres que l'abstract). L'essai a été arrêté pour futilité. On attend que l'efficacité du remdesivir annoncé par Donald Trump soit publié !

Frédéric ADNET

frederic.adnet@aphp.fr