

Bonjour,

Voici ma FAQ-COVID-19 : **numéro 46**

C'est la dernière FAQ ! Dans ces temps de post-crise alliés à une certaine redondance de la littérature, je vais arrêter cette FAQ quotidienne.

Je remercie tous ceux qui ont pris le temps de lire ces petits résumés que j'ai essayé de rédiger pour être accessible à un public pas forcément spécialiste. J'espère que ces FAQ ont pu être utiles.

Je tiens aussi à remercier les nombreux confrères qui m'ont envoyé des articles intéressants dont la plupart ont été résumés dans cette FAQ !

Je veux particulièrement remercier chaleureusement Malika CHAFAI, qui m'a relu, a géré la liste de diffusion et avait la responsabilité de vous envoyer ces FAQ par mail.

Je diffuserai une newsletter, lorsque la littérature fournira assez de nouveautés pour être condensée à un rythme que j'espère hebdomadaire.

A très bientôt

Frédéric Adnet

L'épidémie (Johns Hopkins University) :

Actuellement à 13/5/2020 à 07h32 et 26 secondes

Dans le monde : 84.500 nouveaux cas hier. 4.262.799 cas confirmés (décès 291.981, guérisons 1.493.661) dans le monde (187 régions ou pays).

En France : 802 nouveaux cas hier. 178.349 cas confirmés avec 26 .646 décès et 57.898 guérisons.

En Italie : 1.400 nouveaux cas hier. 221.216 cas confirmés, 30.911 décès et 109.039 guérisons.

COVID et immunité. Est-on immunisé après avoir contracté le COVID-19 ? Bon, on va faire le point dans cette mise au point publiée dans le JAMA (*JAMA ; 11 Mai 2020*). L'immunité acquise pourrait soit empêcher une réinfection, soit diminuer la sévérité d'une nouvelle infection. Ce que l'on sait : l'infection au SARS-CoV-2 déclenche une réaction immunitaire attestée par la production d'anticorps. Il n'y a pas de corrélation prouvée entre le titre des anticorps et les formes cliniques ou l'évolution de la maladie. Pour les autres coronavirus, des anticorps protecteurs existent jusqu'à 3 ans pour le SARS-CoV et 34 mois pour le MERS-CoV. Il y aurait expérimentalement, sur nos fameux macaques, des échecs de réinfection par le SARS-CoV-2, 28 jours après l'infection primaire. Des réinfections ont été documentées pour 3 autres coronavirus humain entraînant des rhumes à distance du premier épisode. Il n'y a eu aucun cas de réinfection documentée avec le SARS-CoV-2 à ce jour (sur plus de 4 millions de cas confirmés). En conclusion, il existe un faisceau d'arguments pour penser qu'il existe une immunité efficace et probablement temporaire. Une grande étude de cohorte de patients infectés est nécessaire pour démontrer rigoureusement ce point.

COVID et mortalité. Le vrai impact en terme de mortalité du COVID-19 viendra de la comparaison des courbes de mortalité globale de la population entre mortalité observée et mortalité attendue (par exemple mortalité moyenne de 2019). C'est le travail qu'a publié l'observatoire régional de la santé, (*ORS ; Avril 2020*). Entre le 1^{er} mars et le 10 avril 2020, comparée aux décès de 2019, la surmortalité était de +118% pour la Seine-saint-Denis, +101% pour les Hauts-de-Seine, +94% pour le Val-de-Marne et +93% pour Paris. Les facteurs explicatifs de ces différences observées sont à rechercher dans la densité de la population, les conditions de logements, les caractéristiques sociales, l'exposition professionnelle et l'état de santé des différentes populations. [Merci au Dr. Albert Boccara].

COVID et corticoïdes. L'efficacité des corticoïdes n'a toujours pas été clairement démontrée dans le COVID-19. Dans cet article en *preprint* américain, les auteurs ont inclus des patients COVID-19+ avec une pneumopathie (*medRxiv, non encore reviewé, 5 mai 2020*). Deux périodes d'une semaine ont été définies pour le recrutement : la première semaine les patients ne recevaient pas de corticoïdes (groupe contrôle ; N=81) et l'autre semaine, les patients recevaient de la méthylprednisone 0,5 à 1 mg/kg/j pendant 3 jours (N=132). Les résultats montrèrent une diminution de la durée d'hospitalisation et une diminution de recours à des techniques ventilatoires invasives dans le groupe traité. Etude type « avant-après », non randomisée, faible niveau de preuve.

COVID et obésité. On sait que l'âge est le principal facteur de risque de mortalité du COVID-19 (FAQ numéro 45). Qu'en est-il de l'obésité chez les patients jeunes âgés de moins de 60 ans ? Des auteurs ont étudié la valeur du BMI > 25 kg.m⁻² (Aïe, je suis dedans !) comme facteur de risque de mortalité dans cette population (*Clin Infect Dis ; 8 mai 2020*). Le groupe de patients avec un BMI élevé (N=29) avait significativement plus de pneumopathies (41% vs. 11%) et plus de recours à la ventilation mécanique (14% vs. 0%) comparé au groupe de maigres (N=26). Pas de mortalité dans les deux groupes (ouf !).