

Bonjour,

Voici ma FAQ-COVID-19 : numéro 23

L'épidémie :

Actuellement (14/4/2020 à 13h10 et 57 secondes)

1.930.780 cas confirmés (décès **120.450**, guérisons **462.061**) dans le monde (185 régions ou pays). La situation est donc une pandémie (épidémie mondiale).

Actuellement **137.877** cas confirmés en France avec **14.986** décès et **28.001** guérisons.

En Italie : **159.516** cas confirmés, **20.465** décès et **35.435** guérisons.

COVID et jogging. Attention ! Si vous pratiquez le jogging, vous aspergez de gouttelettes de salive le suivant jusqu'à 10 mètres de distance. Des biophysiciens ont modélisé le nuage de gouttelettes de salive d'un joggeur en fonction de sa vitesse. Résultats : à 4 km/h (marche rapide) la distance de sécurité pour le suivant est de 5 mètres ; à 14,4 km/h (jogging) cette distance est de 10 mètres. En deçà, vous serez noyé dans un nuage de gouttelettes salivaires (conditions de laboratoire avec vent nul). Solution : courir de front avec une distance de sécurité de 1,5 mètre. Regardez la figure 10 et 12 de cet article, vous serez impressionnés (adieu le jogging) ! (www.urbanphysics.net/COVID19_Aero_Paper.pdf). [merci au Dr Axel Ellrodt]

COVID et Guillain Barré. Le premier cas de Guillain Barré associé au COVID-19 a été décrit (*Lancet neurology* ; 1^{er} Avril 2020). Il s'agissait d'une femme de 61 ans, ayant voyagé à Wuhan, qui était hospitalisée pour une asthénie et une faiblesse des deux membres inférieures. Pas de syndrome grippal. Le bilan biologique relevait une lymphopénie et une thrombopénie. Une hyper-proteinorachie sans cellules était mise en évidence au LCR et le diagnostic de Guillain-Barré était évoqué. A J8 apparition d'un syndrome grippal et d'une pneumopathie évocatrice du COVID-19. Les PCR naso-pharyngées devenaient positives au SARS-CoV-2. Ce cas clinique met en évidence une association mais pas forcément de lien de causalité entre les deux maladies (reconnu par les auteurs).

COVID et transplantés. L'immunosuppression est toujours un facteur de risque débattu (FAQ numéro 21). Certains auteurs pensent que les traitements immunosuppresseurs pourraient combattre l'orage cytokinique (FAQ numéros 11 et 12) et donc être associés à un meilleur pronostic. Un bilan d'un centre de transplantation hépatique italien publie leur expérience en relatant 3 décès parmi 6 transplantés COVID-19+ (*Lancet Gastrohepato enterol* 9 Avril 2020). Les trois patients décédés avaient tous un traitement immunosuppresseur minimum (greffe effectuée > 10 ans) et des facteurs de risques majeurs du COVID-19 (obésité, âge > 65 ans, diabète et HTA). Les auteurs remarquent que les trois patients vivants recevaient un traitement immunosuppresseur maximum et étaient récemment transplantés. Cette observation va dans le sens d'un effet mineur de l'immunosuppression comme facteur de risque de la forme grave du COVID-19.

COVID et ivermectine. L'ivermectine (Stromectol®), anti-parasitaire efficace contre la gale et la filariose se découvre des propriétés anti-SARS-CoV-2 ! Il est capable de diminuer d'un facteur 5000 (!) la concentration de ce virus dans un modèle de cellules en laboratoire (*Antiviral Research* ; 6 Avril 2020). La cible de l'ivermectine est une protéine du SARS-CoV-2, la IMPa/b1, qui est nécessaire à l'entrée du virus dans la cellule et qui inhibe la réaction cellulaire antivirale. Ces résultats ont été démontés *in vitro*. Il y a un abîme avant de prouver l'efficacité en pratique clinique ; mais peut-être un nouvel espoir ? [merci au Dr. Tomislav Petrovic]

COVID et remdesivir. Cet agent anti RNA-polymérase (FAQ numéro 13) a été élu le meilleur espoir thérapeutique dans un article de synthèse récent publié dans le JAMA (*JAMA* ; 13 Avril 2020). Cependant, peu d'essais convaincants ont été publiés. Il a montré des résultats positifs lorsqu'il était administré (200 mg le premier jour puis 100 mg/j pendant 9 jours) à titre compassionnel chez 61 patients présentant un COVID-19 grave (*NEJM* ; 10 Avril 2020). Parmi les 53 patients analysés, 68% (38/53) avaient une évolution clinique favorable, 17 (32%) patients ont été extubés. La mortalité était de 18%. Cette étude observationnelle souffre de l'absence d'un groupe contrôle (patient sans remdesivir) et donc laisse sur sa faim...

Frédéric ADNET
frederic.adnet@aphp.fr