

Bonjour,

Voici ma FAQ-COVID-19 : **numéro 37**

L'épidémie (Johns Hopkins University) :

Actuellement à 30/4/2020 à 09h32 et 27 secondes

Dans le monde : 80.000 nouveaux cas hier. **3.196.664** cas confirmés (décès **227.723**, guérisons **981.128**) dans le monde (185 régions ou pays).

En France : 3.100 nouveaux cas avant-hier. **166.543** cas confirmés avec **24.121** décès et **49.118** guérisons. [*il y a toujours un problème de comptage par ce site officiel pour la France*]

En Italie : 2.100 nouveaux cas hier. **203.591** cas confirmés, **27.682** décès et **71.252** guérisons.

COVID et non COVID. On avait signalé une baisse des autres urgences médicales que le COVID pendant l'épidémie (FAQ numéro 16). C'est maintenant quantifié par une publication dans le NEJM pour les syndromes coronariens (*NEJM ; 28 Avril 2020*). Une équipe italienne a comparé les admissions pour syndrome coronarien aigue dans 15 hôpitaux du nord de l'Italie entre le 20 février et le 31 Mars 2020 par rapport à la même période en 2019 et à une période de référence de la même année avant l'épidémie. Le taux d'admission pendant l'épidémie (13,3 admissions par jour) était significativement plus bas par rapport à la période avant épidémie (18,0 admissions par jour) et l'année précédente (18,9 admissions par jour). Détail intéressant : ce sont surtout les SCA non ST+ qui ont été le type de SCA impacté par cette baisse. Cette morbi-mortalité silencieuse du COVID-19 devrait être mise en évidence...

COVID et Crohn. Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) essentiellement le Crohn et la RCH devraient être des situations à risque pour le COVID-19 puisque ces patients bénéficient souvent d'un traitement anti-inflammatoire et/ou immunosuppresseur. Pourtant peu de cas de MICI compliqués de COVID-19 ont été rapportés. Dans une lettre récente à Gut (*Gut ; 20 Avril 2020*), les auteurs décrivaient une forme grave de COVID-19 chez un patient porteur de la maladie de Crohn et sous traitement immunosuppresseur anti-TNF (adalimumab). Il n'y eut pas de symptomatologie abdominale dans ce cas et l'évolution a été rapidement favorable à l'arrêt de l'adalimumab. Les auteurs évoquaient même un effet protecteur de cette molécule contre l'orage cytokinique.

COVID et Kawasaki. On a signalé (FAQ numéro 36) un inquiétant cluster actuel d'état de choc cardiogénique probablement lié au COVID-19 chez l'enfant. Il ferait suspecter une myocardite et/ou une vascularite de type Kawasaki. Il y a une soixantaine de cas en Europe dont 21 en Ile de France. La majorité a un diagnostic COVID-19. L'association entre la vascularite de Kawasaki et le COVID-19 a été signalée récemment (*Hosp Pediatr ; 7 Avril 2020*). Il s'agissait d'un enfant de 6 mois, COVID-19+, qui a développé les signes cliniques du COVID (fièvre, refus du biberon) et à J4, survenait une éruption érythémateuse de type maculo-papuleux, non prurigineuse, associée à une conjonctivite, une stomatite et un œdème des extrémités. Le diagnostic de maladie de Kawasaki était évoqué et l'évolution a été favorable sous perfusion d'immunoglobuline. C'était, à notre connaissance, le seul et premier cas décrit (avant le cluster actuel). [Merci au Dr. Jocelyn Gravel]

COVID et charge virale. Un article complet a collecté les charges virales (3.497 prélèvements) chez 96 patients COVID-19+ hospitalisés (*BMJ ; 21 Avril 2020*) Les PCR étaient positives dans le nasopharynx (100%), la salive (100%), les selles (59%), le sérum (41%) et l'urine chez un seul patient (1%). La durée médiane de la positivité des PCR était de 22 jours dans les selles, 18 jours dans les voies aériennes supérieures et 16 jours dans le sérum. Les durées les plus longues et les quantités de charges virales les plus élevées étaient observées dans les formes graves et chez les patients âgés. La persistance de l'ARN viral dans les selles ne veut pas forcément dire que le patient est toujours contagieux.

COVID et ACR. Des auteurs italiens se sont demandés s'il y avait une association entre les arrêts cardiaques en dehors de l'hôpital et l'épidémie de COVID-19 (*NEJM ; 30 Avril 2020*). En comparant le nombre d'ACR dans une région touchée par le COVID-19, ils ont constaté une augmentation de 58% du nombre d'ACR par rapport à une période de référence de 2019 (362 vs. 229 ACR). Cent-trois patients avaient une suspicion de COVID-19, ceux-ci représentaient 77% de l'augmentation du nombre des ACR. Il n'y avait pas de différence dans la distribution d'âge et de sexe. Le taux de décès après réanimation était plus élevé en 2020. Ceci est probablement rattaché à une incidence plus importante des mauvais marqueurs pronostiques de l'ACR pendant l'épidémie (arrivée des secours plus long [+2min.], moins de témoins ayant pratiqué un massage cardiaque [-16%], et plus d'ACR survenant à domicile [+7%]). Cette augmentation a été signalée aussi à New-York. On soupçonnait bien que le COVID-19 pouvait entraîner des troubles du rythme grave (FAQ numéro 16)...

Frédéric ADNET

frederic.adnet@aphp.fr