


BIBLIOGRAPHIE RECHERCHE COVID 19 #19

7 MAI 2020

REDIGEE PAR LE PR ANNE-CLAUDE CREMIEUX HOPITAL SAINT LOUIS, AP-HP

JOURNAL AUTEUR	TITRE	PRINCIPALE QUESTION	POINTS CLES
Clinical Infect Dis May 2020 (Timothy M Rawson)	Bacterial and fungal co-infection in individuals with coronavirus: A rapid review to support COVID-19 antimicrobial prescribing	La fréquence des co-infections justifie-t-elle la prescription d'antibiotiques ? Revue de la littérature	En Chine la prescription d'AB associés aux antiviraux était systématique et beaucoup d'équipes internationales ont suivi ces recommandations sans qu'il y ait de rationnel. D'après cette revue de la littérature, 9 études se sont intéressées aux co-infections. Seul 8% des patients (62 sur 806) ont une co-infection bactérienne ou fongique pdt leur hospitalisation. 72% des pts soit 1450 sur 2010 ont néanmoins reçu des antibiotiques Les auteurs concluent que malgré une large prescription d'antibiotiques, il n'y a que peu de co-infections. Un meilleur contrôle de la prescription des antibiotiques est urgent. Commentaire : la recherche de BMR dans les selles a aussi été interrompue dans beaucoup d'hôpitaux pendant la vague pandémique et on doit espérer que l'isolement strict des patients Covid-19 a en partie freiné la diffusion des BMR dans les services hospitaliers.
MedRX April 23, 2020 (Jérôme Hadjadj)	Impaired type I interferon activity and exacerbated inflammatory responses in severe Covid-19 patients	Quelle signature immunologique pour les formes sévères ? 	Etude française (Hôpital Cochin) incluant 50 pts prélevés 8 à 12 jours après le début des symptômes et avant tout TT anti inflammatoire. Cohorte contrôle de pts asymptomatiques adultes SARS-CoV2 négatif. L'étude met en évidence que, comparées aux formes mineures et modérées, les formes sévères et critiques se caractérisent par une réponse interféron type 1 altérée et une charge virale sanguine persistante ainsi qu'une réponse inflammatoire exacerbée. Pourrait ouvrir des perspectives thérapeutiques et invite à la prudence sur l'utilisation des TT qui diminue la production d'interféron (corticoides, anti-JAK..).

<p>JAMA Intern Med. online May 1, 2020 (Hao-Yuan Cheng)</p>	<p>Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset</p>	<p>Quelle est la transmissibilité du SARS-CoV2 en période pré symptomatique et après l'apparition des symptômes ?</p>	<p>Etude prospective à Taiwan de 100 cas Covid-19 confirmés (âge median 44 ans, 11-88 ans) et de leurs 2 761 contacts dont 22 paires index-cas 2aires.</p> <p>Le taux d'attaque secondaire est de 0.7%. Il est supérieur en cas de contact dans les 5 premiers jours des symptômes (1% sur 1818) vs plus tard (0 cas sur 852). Les expositions pré symptomatiques sont aussi à risque (0.7%). Le taux d'attaque est plus élevé en cas de contacts familiaux (même foyer = 4.6% et hors foyer = 5.3%) que dans les lieux de soins et autres lieux. Le taux d'attaque est plus élevé chez les plus de 40 ans (1.1%) et plus de 60 ans (0.9%)</p> <p>Conclusion : forte contagiosité précédant les 1ers symptômes et les 5 premiers jours après apparition des symptômes qui justifie une politique de dépistage, d'isolement et de contact tracing très réactive associée à des mesures de distanciation sociale.</p> <p>Remarque : taux attaque 2aire intrafamilial inférieur aux études de Shenzhen (Revue n°18 du 4 mai) et Institut Pasteur Crepy en Valois (11%)</p>
<p>Editorial Associé JAMA Intern Med. May 1 (Robert Steinbrook)</p>	<p>Contact Tracing, Testing, and Control of COVID- 19—Learning From Taiwan</p>	<p>Pourquoi ont-ils mieux fait que nous ?</p>	<p>Rappelle que Taiwan (24 Millions d'hab) a eu 330 cas de Covid-19 et 6 DC versus 1 million de cas et 60 000 DC aux US.</p> <p>Insiste sur le fait que tester et isoler uniquement les personnes symptomatiques est insuffisant et qu'il faut pratiquer cette politique (« remarquable ») de dépistage large associée aux mesures de distanciations sociales. Bref on a intérêt à imiter Taiwan au moment du dé confinement. Il n'est jamais trop tard...</p>

<p>NEJM.org. May 1, 2020 (Niccolò Parri)</p>	<p>Children with Covid-19 in Pediatric Emergency Departments in Italy</p>	<p>Caractéristiques et pronostic des formes pédiatriques</p>	<p>En Italie, les enfants < 18 ans représentent seulement 1% des pts Covid-19. 11% ont été hospitalisés et aucun n'est DCD Cette cohorte comprend 100 enfants vus dans 17 urgences pédiatriques entre le 3 et le 17 mars. Classification : 2% asymptomatiques ; 58% formes mineures, 19% F. modérée, 1% sévères et 1% critiques Age médian 3.3 ans. Dans 55% des cas la source n'était pas intra familiale. 4% ont eu une SatO2<95% en AA. 9 enfants ont eu besoin d'une assistance respiratoire dont 6 avec des pathologies sous-jacentes. Conclusion : proportion assez élevée de contamination extra-familiale par rapport aux autres études qui pourrait être due au confinement assez tardif, et bcp de formes mineures et peu de modérées mais peut être liée à une sous-estimation car pas de scanner systématique (Rx thorax). Bon PN.</p>
<p>Science 456 1 MAY 2020 • VOL 368 ISSUE 6490 (Jon Cohen)</p>	<p>COVID-19 shot protects monkeys</p>	<p>1^{er} résultats du vaccin Sinovac Biotech (Chine) à base de virus inactivé</p>	<p>Deux doses différentes ont été administrées à 8 singes rhésus macaques qui ont été inoculés 15j plus tard. Ils ont été protégés par les deux doses mais la forte dose évite un « blip » viral. Les 4 singes contrôles étaient infectés. Les anticorps neutralisants étaient capables de neutraliser les souches de SARs-CoV2 circulantes dans les différents pays. Les études de Phase 1 sont en cours. D'après l'OMS 6 vaccins sont actuellement en cours d'essai chez l'homme et 82 sont en développement</p>
<p>NEJM.org. May 1, 2020 (Elisabeth Brandstetter)</p>	<p>Early Detection of Covid-19 through a Citywide Pandemic Surveillance Platform</p>	<p>Une plateforme de surveillance des virus respiratoire circulant dans la communauté</p>	<p>Comment identifier l'introduction d'un nouveau virus respiratoire dans la communauté ? Description d'une plateforme de surveillance des virus respiratoires implantée à Seattle avec au cours d'une étude l'envoi à domicile de kit d'auto-prélèvement nasal à 3524 participants du 1^{er} janvier au 9 mars dont 2353 (66%) ont pu être testés pour le SARS-CoV2. 25 PCR+ (1.1%) dont 2 enfants. Seuls 7 des 25 PCR+ (28%) avaient consulté un médecin. Un autre virus respiratoire était retrouvé dans 4 cas (16%). Méthode très intéressante pour toucher les personnes pauci-symptomatiques qui ne viennent pas consulter et surveiller la circulation communautaire du virus.</p>

<p>N Engl J Med April 2020 epub (De Filippo O)</p> <p>(C Spaulding, HEGP)</p>	<p>Reduced Rate of Hospital Admissions for ACS during Covid-19 Outbreak in Northern Italy</p>	<p>Il y a-t-il une réduction du nombre de cas de syndrome coronaire aigu (SCA) en pandémie COVID ?</p>	<p>Analyse des données de 15 hôpitaux du nord de l'Italie 547 cas de SCA en pandémie COVID Diminution d'environ 50% par rapport à l'année précédente</p> <p>Moins de SCA en pandémie COVID : augmentation des morts subites à domicile ????</p>
<p>N Engl J Med April 2020 epub (Baldie E)</p> <p>(C Spaulding, HEGP)</p>	<p>Out-of-Hospital Cardiac Arrest during the Covid-19 Outbreak in Italy</p>	<p>Il y a-t-il une augmentation des arrêts cardiaques extra-hospitaliers (ACEH) au cours de la pandémie COVID ?</p>	<p>Registre des ACEH de Lombardie (Italie) Au cours des 40 premiers jours de pandémie en 2020 : augmentation de 58% des ACEH comparé à même période en 2019 (362 vs 229) Sur les 362, 103 présentaient dans les 3 jours précédant l'ACEH des symptômes compatibles avec une infection à COVID Augmentation des ACEH en pandémie COVID++++ Mécanisme ? Liés au COVID ou syndrome coronarien qui ne vient plus à l'hôpital ??</p>
<p>Circulation April 2020 epub (Piccolo R et al)</p> <p>(C Spaulding, HEGP)</p>	<p>Population Trends in Rates of Percutaneous Coronary Revascularization for Acute Coronary Syndromes Associated with the COVID-18</p>	<p>Il y a-t-il une diminution des angioplasties pour syndrome coronaire aigu en Campanile, Italie ?</p>	<p>Diminution de 68% des angioplasties pour syndrome coronaire aigu en mars 2020 par rapport à mars 2019 Diminution plus importante chez femme âgée Probablement réticence à venir à l'hôpital pour douleur thoracique Un article de plus sur la diminution des procédures réalisées pour syndrome coronaire aigu en pandémie COVID Education du public +++++</p>

Circulation April
2020 epub
(Stefanini G)

(C Spaulding, HEGP)

ST-Elevation
Myocardial
Infarction in Patients
with COVID-19:
Clinical and
Angiographic
Outcomes

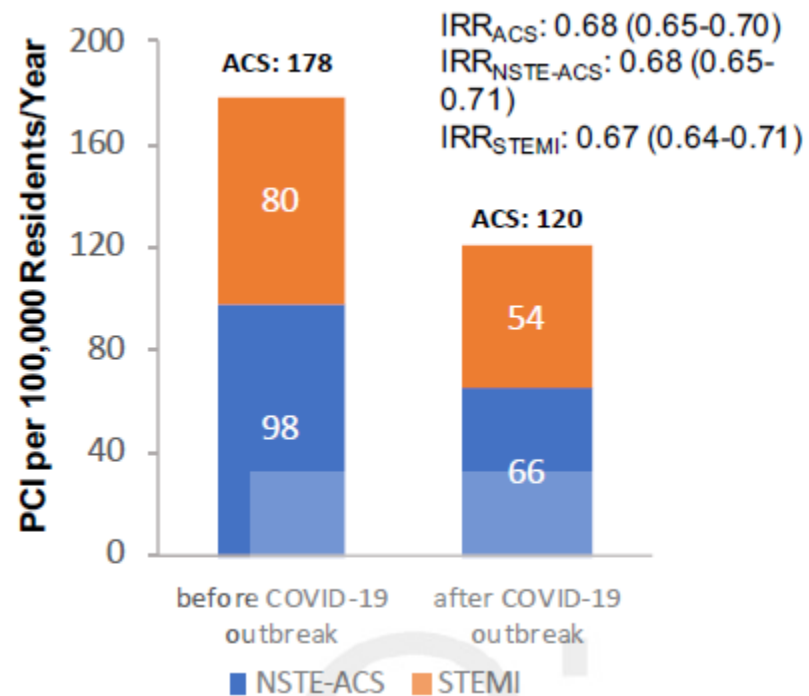
Comment se
présente
l'infarctus du
myocarde chez
les patients
COVID?

Registre réalisé en Lombardie, Italie

28 patients, diagnostic d'infarctus sur clinique, ECG (sus décalage ST) chez patients COVID +

11 patients n'avaient pas de lésion coronaire significative à la coronarographie

Fréquence élevée de « coronarographies blanches » chez patients COVID
présentant signes ECG d'IDM



<p>JAMA May 2020 epub (Mercurio N) (C Spaulding, HEGP)</p>	<p>Risk of QT Interval Prolongation Associated With Use of Hydroxychloroquine With or Without Concomitant Azithromycin Among Hospitalized Patients Testing Positive for (COVID-19)</p>	<p>Quelle est la fréquence de l'allongement du QT chez des patients COVID + recevant de l'hydroxychloroquine associé ou non à l'azithromycine ?</p>	<p>90 patients 19% avec hydroxychloroquine seul : augmentation du QT > 500 ms Augmentation du QT plus important si association hydroxychloroquine et azithromycine : (23 vs 5.5 ms) Une torsade de pointe</p> <p>Plaide pour une administration hospitalière de l'hydroxychloroquine, dans des protocoles ou registres chez des patients COVID</p>
<p>N Engl J Med May 2020 Epub (Mehta M) (M Azizi, HEGP)</p>	<p>Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19</p>	<p>Facteurs prédictifs de mortalité dans l'infection COVID 19 ?</p>	<p>Etude de base des données de patients 8910 Covid-19, hospitalisés dans 11 pays sur trois continents entre le 20 décembre 2019 et le 15 mars 2020, et qui étaient décédés à l'hôpital ou ont survécu à la sortie de l'hôpital.</p> <p>Dans l'analyse de régression logistique multivariée, un âge supérieur à 65 ans, une maladie coronarienne, une insuffisance cardiaque congestive, les antécédents d'arythmie cardiaque, une BPCO et le tabagisme actuel étaient associés à un risque accru de décès à l'hôpital.</p> <p>Le sexe féminin était associé à une diminution du risque.</p> <p>Ni les IEC ni les ARA2 n'étaient associés à un risque accru de décès à l'hôpital, chez tous les patients ou les hypertendus seuls.</p> <p>Les IEC ou les statines ont été associés à un risque plus faible de décès à l'hôpital.</p>

<p>. N Engl J Med. May 2020 Epub (Mancia G)</p> <p>(M Azizi, HEGP)</p>	<p>Renin-angiotensin-aldosterone system blockers and the risk of Covid-19</p>	<p>Risque associé aux inhibiteurs du SRA. Lombardie</p>	<p>Etude cas-témoins comparant 6272 patients Covid-19 à 30759 témoins appariés selon l'âge, le sexe et la municipalité de résidence dans la région de Lombardie en Italie.</p> <p>En analyse multivariée, ni les IEC ni les ARA n'étaient associés à la probabilité d'infection par le SRAS-CoV-2.</p> <p>Une analyse supplémentaire comparant les patients atteints d'infections graves ou mortelles avec des témoins appariés n'a pas non plus montré d'association entre ces médicaments et Covid-19 sévère.</p>
<p>N Engl J Med. (Reynolds HR)</p> <p>(M Azizi, HEGP)</p>	<p>Renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors and risk of Covid-19.</p>	<p>Risque associé aux inhibiteurs du SRA. New-York</p>	<p>Etude sur base de données administratives de 12594 patients Covid-19 du système de santé de New York qui ont été testés pour entre le 1er mars et le 15 avril 2020. 5894 patients ont eu un test positif, parmi lesquels 1002 avaient un COVID grave. Il n'y avait aucune association pour aucune des classes de médicaments analysées, y compris les inhibiteurs de l'ECA et les ARA, avec un résultat de test positif ou un COVID grave.</p> <p>En conclusion : Ces trois études ne fournissent aucune preuve que l'utilisation des IEC ou des ARA2 soit associée au risque d'infection par le SRAS-CoV-2, et au risque de Covid-19 sévère</p> <p>Les recommandations de l'ESH doivent donc continuer à s'appliquer : Il n'y a pas lieu d'interrompre les IEC et les ARA2</p>