

## ZOOM SUR Covid 19(2)

**SFTG 77/91- le 12.05.2020**

Du beau monde confiné et pas déconfit né par ce beau jour où régnait un...micro-climat étonnant !

Annette à dessein animait, mettant le niveau...Delabar haut et passant tour à tour les rênes de l'expertise à 3 pôles différents d'intervenants du CHSF (Covid Horrible Sujet Fallacieux)

### 1/Étude OUTCOV

**Philippe MÉNAGER, pneumologue chef de service au CHSF** présente l'étude OUTCOV=

- Les acteurs = médecins du CHSF (dont Amélie Chabrol et Philippe Ménager), médecins généralistes des CPTS Centre Essonne et Hygie, les laboratoires d'analyse (CHSF et ville), les modulaires du CHSF, le promoteur est l'hôpital St Joseph de Paris
- Principe de base= éviter l'hospitalisation et notamment la réa
- Dates théoriques (à repousser pour raison d'absence d'inclusion)=27/4 au 30/5, notamment car le vendredi soir et le week-end sont des biais d'inclusion très problématiques
- Les bras =azithromycine(7 jours), lopinavir+ritonavir, hydroxychloroquine(7 jours), et un bras de contrôle(0 jour)
- Ce n'est pas une étude en double aveugle (patients et médecins savent ce que reçoit le patient)
- Sujets= patients ambulatoires (suivi généraliste) ou arrivant aux urgences, compatibles avec Covid, ayant des signes respiratoires (toux ou dyspnée), de plus de 70 ans ou de plus de 50 ans avec comorbidités (HTA, diabète, obésité, cancer, immuno-dépression) et sans critères d'hospitalisation (nous les verrons plus loin)
- Phases=
  - 1/info et communication par what's app aux médecins des CPTS comme aux médecins des urgences, le médecin est responsable de ses inclusions
  - 2/screening (généraliste, y compris par télé-consultation ou médecin des urgences) qui comprend questionnaire Covid, proposition de PCR + bilan bio (NFS plaquettes, iono, créat, Ca, Mg, BHC, albuminémie, glycémie, HbA1C), en expliquant que si la PCR est négative, le patient est exclu de l'étude, tandis qu'une PCR positive **peut** permettre l'inclusion, ce bilan est fait en labo de ville ou au CHSF si le patient est passé par les urgences
  - 3/réalisation de la PCR
  - 4/résultat de la PCR et si réception par généraliste, adressage en randomisation à [suivicovid19@chsf.fr](mailto:suivicovid19@chsf.fr), si passage par urgences, convocation directe par unité de suivi Covid
  - 5/accueil par modulaires du CHSF pour examen plus ECG, ré-explications, consentement des 2 parties, vérification bilan et interactions avec les autres traitements
  - 6/randomisation réalisée par médecin formé qui assurera le suivi, 2<sup>ème</sup> ECG si inclusion azithromycine ou hydroxychloroquine, si bras contrôle doit accepter de ne pas recevoir d'autres anti-viraux, médicament remis sans rentrer dans l'hôpital par le biais d'une ordonnance type, RDV pris avec infectiologue à J60
  - 7/télésuivi=1 par jour de J1 à J19
  - 8/consultation téléphonique de clôture à J20
  - 9/consultation infectiologue J60

10/programmation de scanner thoracique sans injection à M4 pour M6

11/bilan final à M6 avec scan, EFR, consultation pneumo

- L'hospitalisation constitue une sortie de l'étude, soit si hoshi conventionnelle, décision hospitalière de poursuite ou non du traitement, soit si réa arrêt du traitement.  
Les critères d'hospitalisation sont : FR>22/mn, SpO<sup>2</sup><92%, pression systolique<90 mm Hg, altération de conscience, confusion, somnolence, AEG du sujet âgé
- Délais entre étude et début des signes=4 jours ?
- Numéro dédié pour RDV PCR=0161693070 ou 0161697814

## 2/Topo Covid 19

### Amélie Chabrol, infectiologue CHSF

- Protection=
  - personne n'a réussi à cultiver le virus, mais on pense que probablement, il n'est pas transmissible après J8
  - l'isolement concerne les cas symptomatiques et la quatorzaine des cas contacts, la durée en est de 14 jours passée à 24 pour les plus de 75 ans et les immuno-déprimés
  - si toux à J20, le masque ne sert pas à l'isolement, mais c'est un geste social, il faut donc le garder
- Problèmes symptomatiques=
  - rechutes avec persistance de signes parfois 1 mois (cf anosmie et agueusie pour lesquelles on discute une atteinte neurologique-paires crâniennes-)
  - douleurs thoraciques persistantes après embolie pulmonaire ou pas=péricardite à minima, les explorations spécifiques (épreuve d'effort, IRM cardiaque, angioscan) n'apportent rien, le risque d'embolie pulmonaire en dehors de l'hospitalisation est CERTAIN à tout moment dans la mois qui suit, l'anticoagulation préventive n'est pas indiquée en ville (contexte différent de l'EHPAD), par contre si alitement après 48h de fièvre, surtout si obésité ou HTA, une HBPM est indiquée, il y a une atteinte endothéliale diffuse (preuves d'autopsie)
- Traitements=
  - pas de nouveauté réelle
  - hydroxychloroquine en hôpital ne fonctionne pas (3 articles dont un insistant sur sa toxicité)
  - Discovery=difficulté d'inclusion
  - tocilizumab, scandale médiatique, affirmation de son fonctionnement avant les 28 jours nécessaires pour l'adulte (et 31 pour l'enfant)
  - étude doxycycline en cours
  - ivermectine=NON (doses trop fortes)
- Définition des cas a/c 11.5.20= cas confirmé=PCR+, cas probable= signes cliniques d'infection respiratoire et signes scan très évocateurs de Covid, cas possible= tout signe évocateur de Covid=>dépistage

- La PCR= sensibilité estimée à 70%, nécessite un ramonage nasal, meilleure sensibilité au début=>à prescrire dans les 14 jours de symptômes sans problème, mais optimale jusqu'à 7 jours, PCR de suivi sans intérêt
- La sérologie : en l'absence de vaccin et devant la faible immunité collective, on ne sait pas si l'infection et la guérison confèrent une immunité, la sérologie ne permet pas de savoir si la personne est contagieuse, n'est pas indiquée précocement, et ses indications restent limitées aux enquêtes épidémiologiques, aux cas graves symptomatiques hospitalisés, aux cas sans gravité évocateurs en ville avec PCR négative et à distance pour des patients symptomatiques sans gravité n'ayant pas eu de PCR
- Le scanner thoracique, VPP 0.1, aucun intérêt du scan de dépistage chez l'asymptomatique (trop de faux positifs), à garder pour les infections respiratoires aiguës hospitalisées, si PCR longue à avoir ou négative
- Le dépistage a/c du 11 mai=
  - Dépistage massif dès les premiers symptômes, isolement des patients à domicile en attendant le résultat, quatorzaine des personnes vivant sous le même toit
  - Niveaux= niveau 1= médecin traitant et urgentiste, gestion du foyer familial, organisation PCR, prescription de masques, arrêt de travail impératif, niveau 2 CPAM gère tous les autres contacts, niveau 3 ARS gère les situations difficiles
  - Isolement et tracing indispensables si précoces, si éducation et si on proscrie les termes « brigades » et « enquêtes », on peut le faire sans ordi, l'essentiel est de casser les chaînes de transmission et d'éviter une nouvelle vague.

### 3/Covid et pédiatrie

#### **Bérénice Chailloux et Sébastien Rouget, pédiatres CHSF**

- En Île de France, 200 cas supplémentaires, dont 50% avec de la toux, 1% en désaturation et 0 mort. L'Essonne fournit un cluster d'atteintes myocardiques
- On a beaucoup parlé de la maladie de Kawasaki=celle-ci survient entre 18 et 24 mois, c'est une maladie inflammatoire avec fièvre au long cours. Ses critères majeurs sont : fièvre plus de 5 jours, atteinte cutanée, conjonctivite, atteintes externes, érythème et chéilite. Critère mineur=irritabilité. En temps normal, il y en a une par mois ou 2 mois. Le traitement par immunoglobulines à fortes doses IV et aspirine est efficace
- La forme Covid est différente=ce sont des enfants plus âgés, avec atteinte cutanée, oculaire, peu de ganglions, pas d'atteinte externe. On observe des dégradations en quelques heures avec choc cardiogénique nécessitant la réa. Au CHSF, une PCR sur 6 était positive. C'est un syndrome « Kawasaki like » avec a priori pas d'atteinte coronaire au contraire des Kawasaki. Les tests devraient être faits à J5 et même avant. Chez les moins de 3 mois, on observe altération de l'état général, diarrhée isolée, fièvre isolée. Le traitement est le même que pour la maladie de Kawasaki.
- Les problèmes qui se posent en pédiatrie sont : le masque enfant (notice indiquant une contre-indication avant 2 ans), le nombre de places en réa, le risque de transmission enfant

vers adulte (études contradictoires), les recommandations de retour à l'école qui semble irréaliste dans le contexte actuel, les crèches

- L'asthme n'est pas un facteur de risque et n'empêche pas le retour à l'école