

Le Masque et la plume

Petite revue de presse quotidienne...



Drs Cyril Quemeneur, Arthur James, DAR Pitié-Salpêtrière
Drs Stéphanie Sigaut, Bénédicte Grigoresco, Emmanuel Weiss, DAR Beaujon
Dr Mylene Defaye, CHU de Bordeaux SAR SUD

Point épidémiologique

Hospitalisation

Réanimation

Données au 03/04/2020

COVID-19 en France

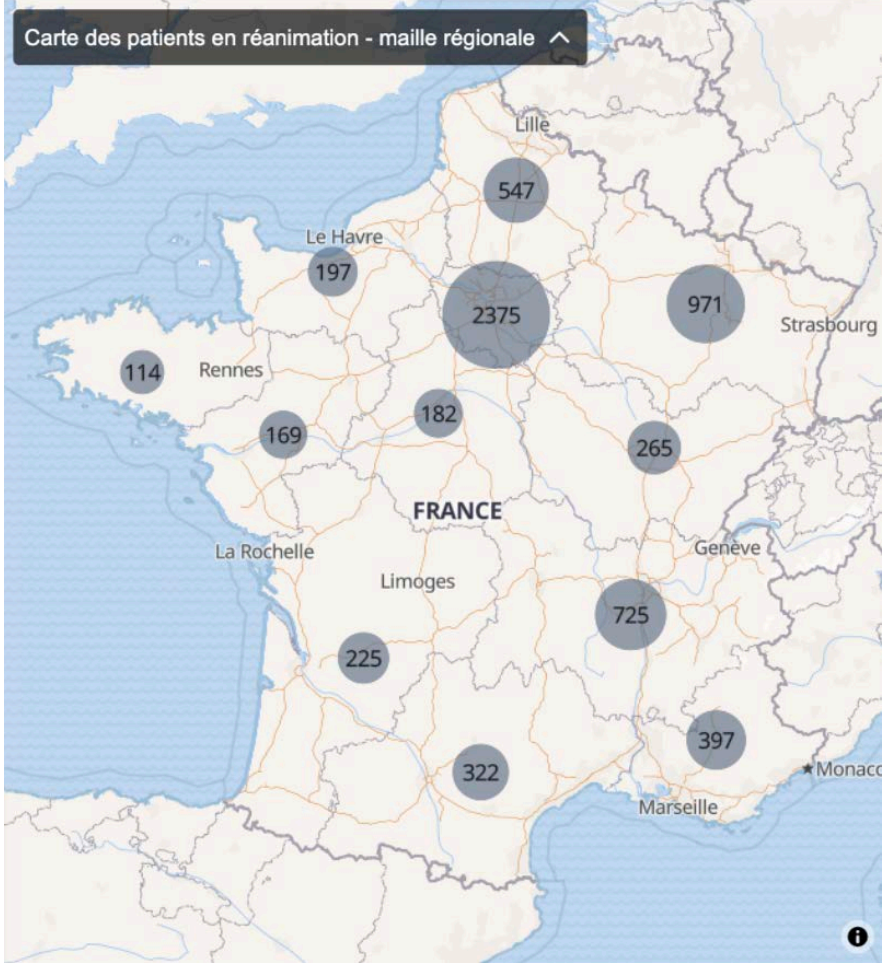
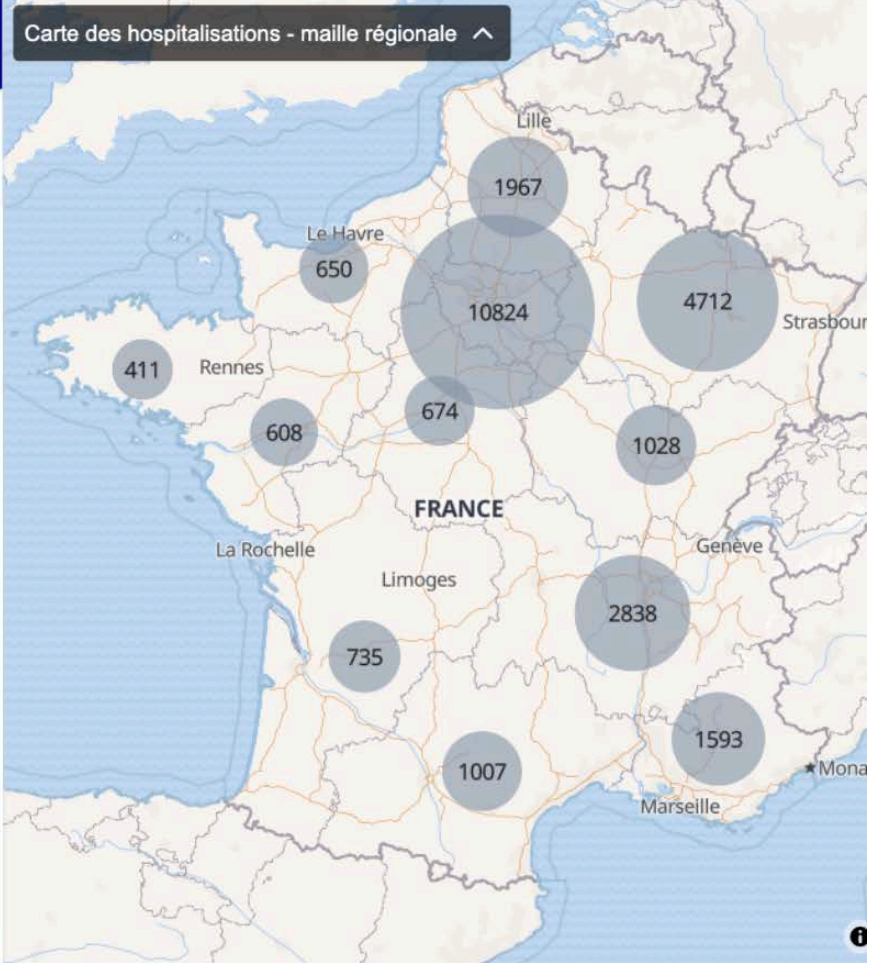
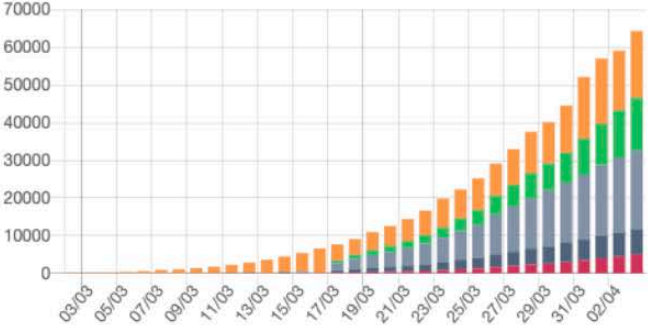
14008[Ⓢ]
(+1580)
retours à domicile

5091[Ⓢ]
(+588)
décès à l'hôpital

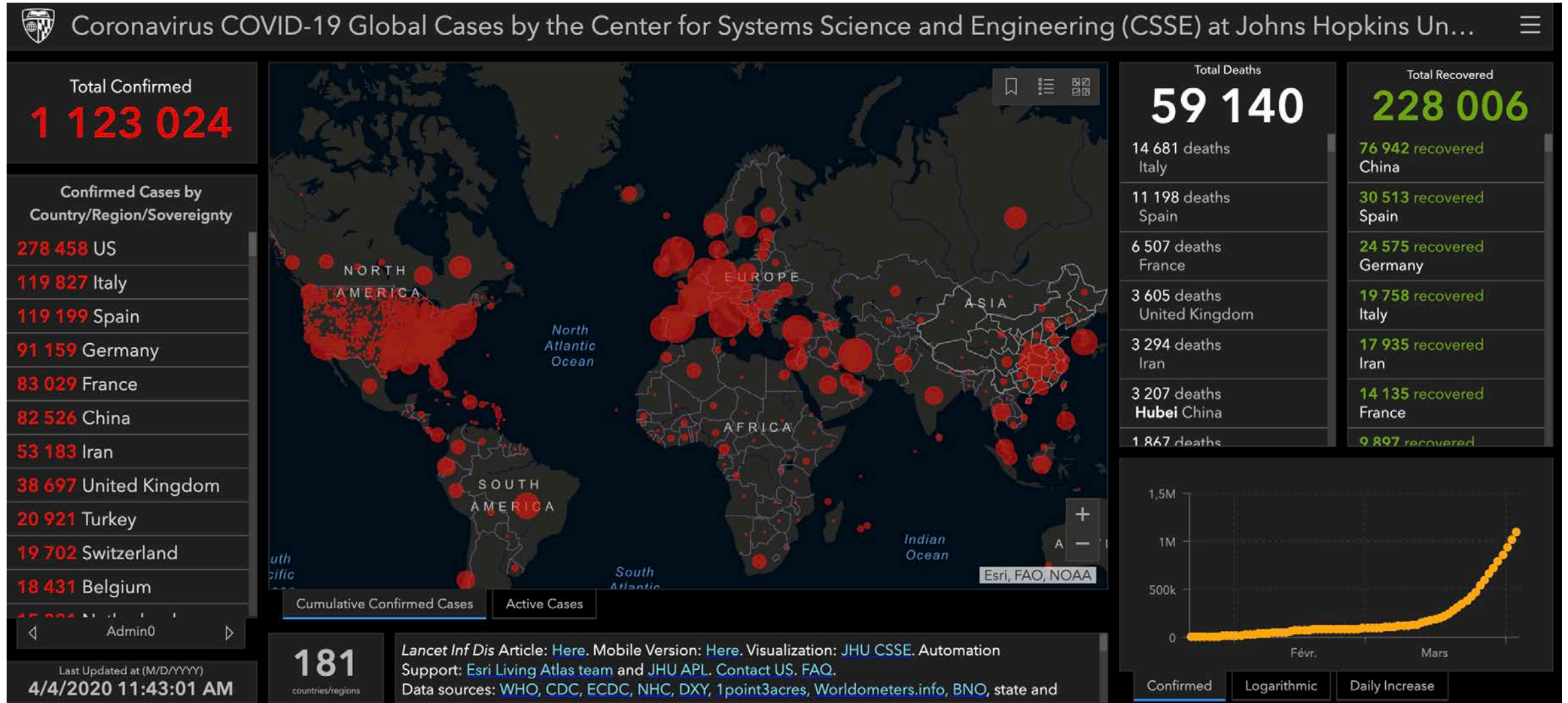
27432[Ⓢ]
(+1186)
hospitalisations

6662[Ⓢ]
(+263)
en réanimation

64338[Ⓢ]
(+5233)
cas confirmés



- LE MONDE le 04/04/2020 à 11h43



Epidémiologie COVID-19 dans 11 pays Européens et impact des interventions non thérapeutiques

Type d'étude

- Modèle **prédictif**
- **Estime le nombre de cas par pays en se basant sur le nombre de morts** déclarés par pays car c'est un paramètre dont le mode d'évaluation est stable
- **Estime également l'efficacité des interventions de confinement en évaluant leur effet sur le R_0**

Figure 1

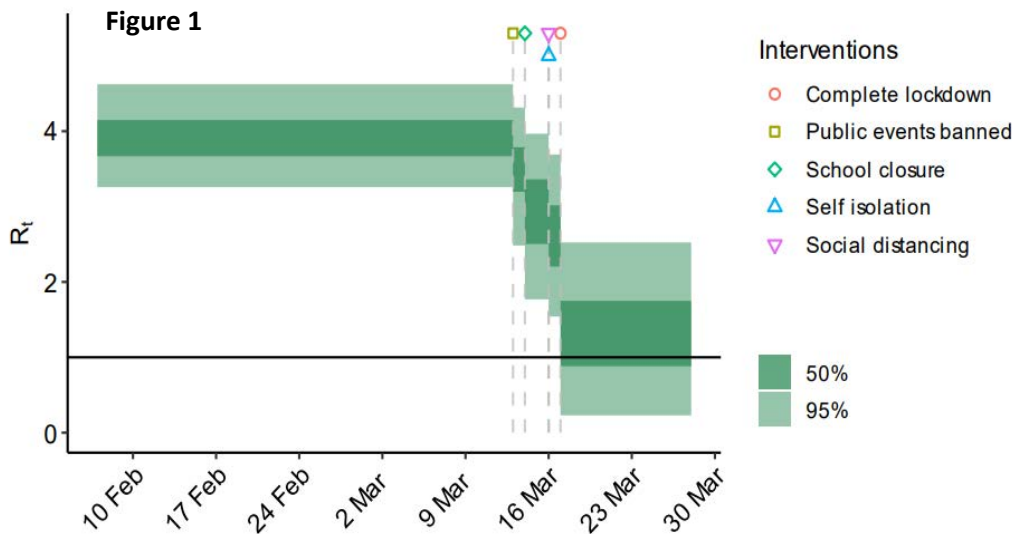


Table 1: Posterior model estimates of percentage of total population infected as of 28th March 2020.

Country	% of total population infected (mean [95% credible interval])
Austria	1.1% [0.36%-3.1%]
Belgium	3.7% [1.3%-9.7%]
Denmark	1.1% [0.40%-3.1%]
France	3.0% [1.1%-7.4%]
Germany	0.72% [0.28%-1.8%]
Italy	9.8% [3.2%-26%]
Norway	0.41% [0.09%-1.2%]
Spain	15% [3.7%-41%]
Sweden	3.1% [0.85%-8.4%]
Switzerland	3.2% [1.3%-7.6%]
United Kingdom	2.7% [1.2%-5.4%]

Résultats

- Résultat principal : En date du 28 mars entre 1.9% et 11.4% de la population européenne serait infectée
- Table 1 : 3,0% de la population française serait atteinte soit 2M de personnes
- Figure 1 : Estimation de l'impact de différentes mesures de confinement sur la risque de contamination (R_0)
- Table 2 : Les interventions mises en place pour réduire la contagion (R_0) sont utiles : elles pourraient déjà avoir évitée entre 21000 et 120000 morts

Table 2	Le 28 mars		Le 31 mars		
	Nb morts observées	Nb de morts prédites	Nb de morts prédites	Nb de morts prédites si pas d'interventions	Nb de décès évités par les interventions
France	1,995	1,900 [1500 - 2500]	3,100 [2300 - 4200]	5,600 [3600 - 8500]	2500 [1000 - 4800]
Europe	17,787	19000 [16000 - 22000]	28,000 [23000 - 36000]	87000 [53000 - 140000]	59000 [21000 - 120000]

Notre interprétation

Tous les modèles sont en partie faux mais certains sont utiles

- **Modèle imprécis (IC_{95%} larges!)**
- **Sur-évalue peut être le nombre total de cas et l'efficacité du confinement**
- **Pour autant pour la France l'hypothèse la plus prudente avance 1,1% de la population touchée**
- **Le nombre de décès en France et en Europe évités par les interventions est majeur.**

Présentation d'une étude en cours

DisCoVeRy



- Type d'étude : Essais thérapeutique randomisé contrôlé prospectif multicentrique en ouvert en bras parallèles en Europe
- Population : Adultes hospitalisés avec une **PCR positive à SARS-CoV2 ET** soit une **SpO2 ≤ 94 % soit SDRA soit le besoin d'un support ventilatoire**
- Stratification : par région européenne et sévérité à l'inclusion
- NSN : **620 soit 3100 patients**
- 5 groupes de randomisation
 - **Remdesivir** 200mg à j1 puis 100mg/j x10j IV
 - **Lopinavir 400mg /ritonavir 100mg x2/j** x14j PO
 - **Lopinavir/ritonavir (idem) + Interferon β1** 44µg à j1, j3 et j6
 - **Hydroxychloroquine : 400mg x2 à j1 puis 400mg/j** x14j
 - **Bras contrôle** (soins usuels)
- Etude adaptative : un bras peut être ajouté si une thérapeutique émerge ou retiré si une analyse intermédiaire montre un effet délétère
- Critère de jugement principal : **échelle de sévérité de l'état clinique à 7 valeurs** allant de « non hospitalisé sans limitation d'activité » à « décédé » à j15
- Sponsors : INSERM
- Source : ClinicalTrials : **NCT04315948**

Sophie Susen¹, Charles Ambroise Tacquard², Alexandre Godon³, Alexandre Mansour⁴, Delphine Garrigue¹, Philippe Nguyen⁵, Anne Godier⁶, Sophie Testa⁷, Pierre Albaladejo³, Yves Gruel⁸, au nom du GIHP et du GFHT.

¹CHU Lille, ²CHU Strasbourg, ³CHU Grenoble, ⁴CHU Rennes, ⁵CHU Strasbourg, ⁶HEGP, Paris, ⁷AO Istituti Ospitalieri, Cremona, Italie, ⁸CHU Grenoble, ⁸CHU Tours.

Point reco: Anticoagulation et COVID-19

Rationnel:
 Etat d'hypercoagulabilité
 Incidence EP Sévère estimée à 10%
 Posologies insuffisantes d'anticoagulation préventive habituelle

Objectif Numéro 1: Définir le niveau de risque thrombotique

- Recherche FDR thromboemboliques majeurs (Cancer actif, ATCD < 2 ans de MTEV)
- Recherche FDR déterminant COVID-19: IMC, gravité atteinte respiratoire
- En déduire 4 niveaux de risque (cf tableau)

Objectif Numéro 2: Surveiller l'hémostase des patients COVID-19

- Contrôle tous les 24-48h : NFS, TP, TCA, Fg, D-dimères
- Si cas sévères, aggravation, thrombopénie, chute du fibrinogène: rechercher CIVD (monomères fibrine, FII, FV, Antithrombine)

Objectif Numéro 3: Prescrire un traitement anticoagulant adapté

Prévention et traitement des complications thrombotiques en cas d'infection par le COVID-19 hospitalisé

	Pas d'oxygénothérapie	Oxygénothérapie	Oxygénothérapie nasale à haut débit ou ventilation artificielle	Monitoring de l'anticoagulant
IMC <30 kg/m ²	HBPM dose prophylactique standard ou fondaparinux <i>(par ex : enoxaparine 4000 UI/24h SC; enoxaparine 2000 UI/24h SC si Clcr entre 15 et 30 ml/min; tinzaparine 3500 UI/24h SC si Clcr >20 ml/min; fondaparinux 2,5 mg/24h si Clcr >50 ml/min)</i>			Surveillance de l'activité anti-Xa: - HBPM : éviter le surdosage (> 1,2 UI/ml pour l'enoXaparine) - HNF : objectif 0,3-0,5 UI/ml
IMC ≥30 kg/m ² <u>sans</u> FDR*	enoxaparine 4000 UI/12h SC enoxaparine 6000 UI/12h SC si poids >120 kg HNF: 200 UI/kg/24h, si Clcr < 30 ml/min			
IMC ≥30kg/m ² <u>avec</u> FDR*				
Thromboses itératives de cathéter ou de filtre d'EER Syndrome inflammatoire marqué (par ex: fibrinogène >8 g/L) Hypercoagulabilité (par ex: D-dimères >3 µg/ml) ECMO	HBPM à dose curative par ex. enoxaparine 100 UI/kg/12h SC (poids réel), sans dépasser 10 000 UI/12h. HNF 500 UI/kg/24h si Clcr <30 ml/min si ECMO Réévaluer la dose en cas de défaillance multiviscérale ou de coagulopathie de consommation.			Surveillance de l'activité anti-Xa: - HBPM : éviter le surdosage (> 1,2 UI/ml pour l'enoXaparine) - HNF : objectif 0,5-0,7 UI/ml
Traitement anticoagulant au long cours				

*Facteurs De Risque (FDR) thromboemboliques : cancer actif, antécédent personnel de thrombose...
 Clcr : Clearance de la créatinine; HBPM : héparine de bas poids moléculaire; HNF : héparine non fractionnée
 NB: le risque faible n'est pas représenté

Objectif Numéro 4: Autres mesures anti-thrombotique

- Interrompre traitements hormonaux à risque
- Lien étroit hémostase biologique-clinique
- Si aggravation respi ou Hd: recherche insuffisance cardiaque droite et EP
- Echo doppler veineux à la moindre suspicion clinique
- Compression veineuse intermittente à discuter

Une réa/Une photo...



Réanimation Hôpital Clinique Claude Bernard METZ

Mettons à l'honneur nos réanimations dans
Le Masque et La Plume:
Nous avons décidé de publier des photos
des différentes équipes de France.
Adressez-nous les photos de vos équipes à
cyril.quemeneur@aphp.fr

#COVID: confinement vie à domicile

#Partagez

#Retweetez