

# Le Masque et la petite revue de presse quotidienne... plume



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

# Point épidémiologique

< Données au 03/05/2020 >

France

## COVID-19 - France

**131 287<sup>①</sup>**  
(+ 308)  
cas confirmés

**24 895<sup>①</sup>**  
(+ 135)  
cumul des décès

### Données hospitalières

**25 815<sup>①</sup>**  
(- 12)  
hospitalisations

**50 784<sup>①</sup>**  
(+ 222)  
retours à domicile

**3 819<sup>①</sup>**  
(- 8)  
en réanimation

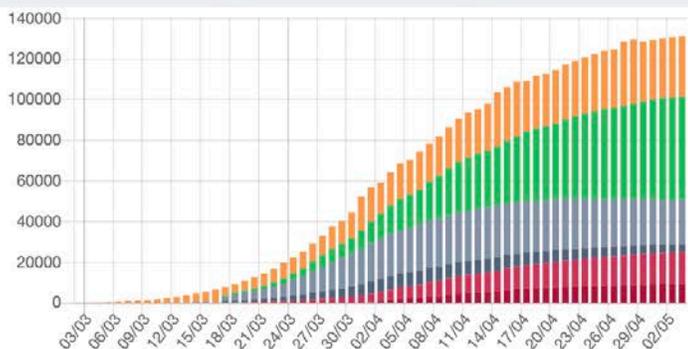
**15 583<sup>①</sup>**  
(+ 96)  
décès à l'hôpital

### Données EHPAD et EMS

**70 767<sup>①</sup>**  
(+ 79)  
cas total en  
EHPAD et EMS

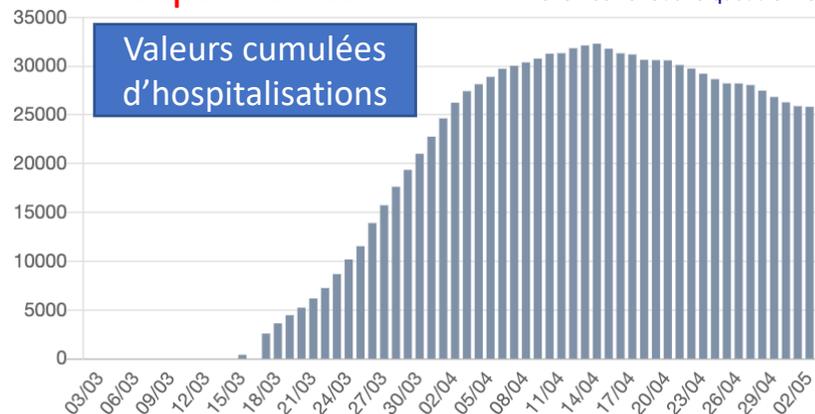
**33 361<sup>①</sup>**  
(+ 90)  
cas confirmés en  
EHPAD et EMS

**9 312<sup>①</sup>**  
(+ 39)  
décès en EHPAD  
et EMS



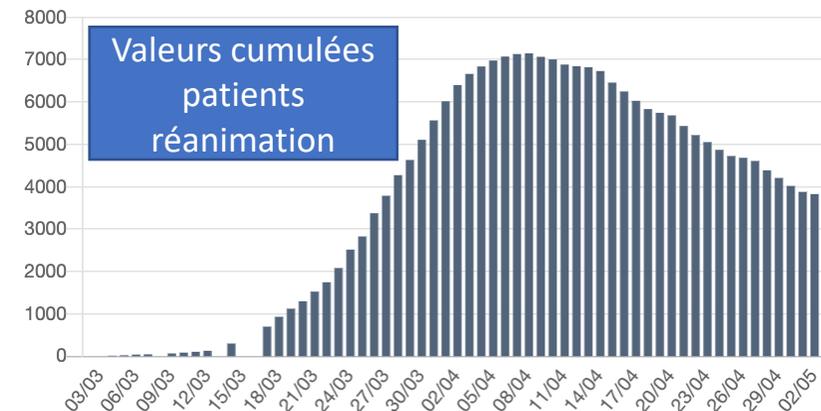
## Hospitalisation

Valeurs cumulées  
d'hospitalisations



## Réanimation

Valeurs cumulées  
patients  
réanimation



Variations quotidiennes  
hospitalisation

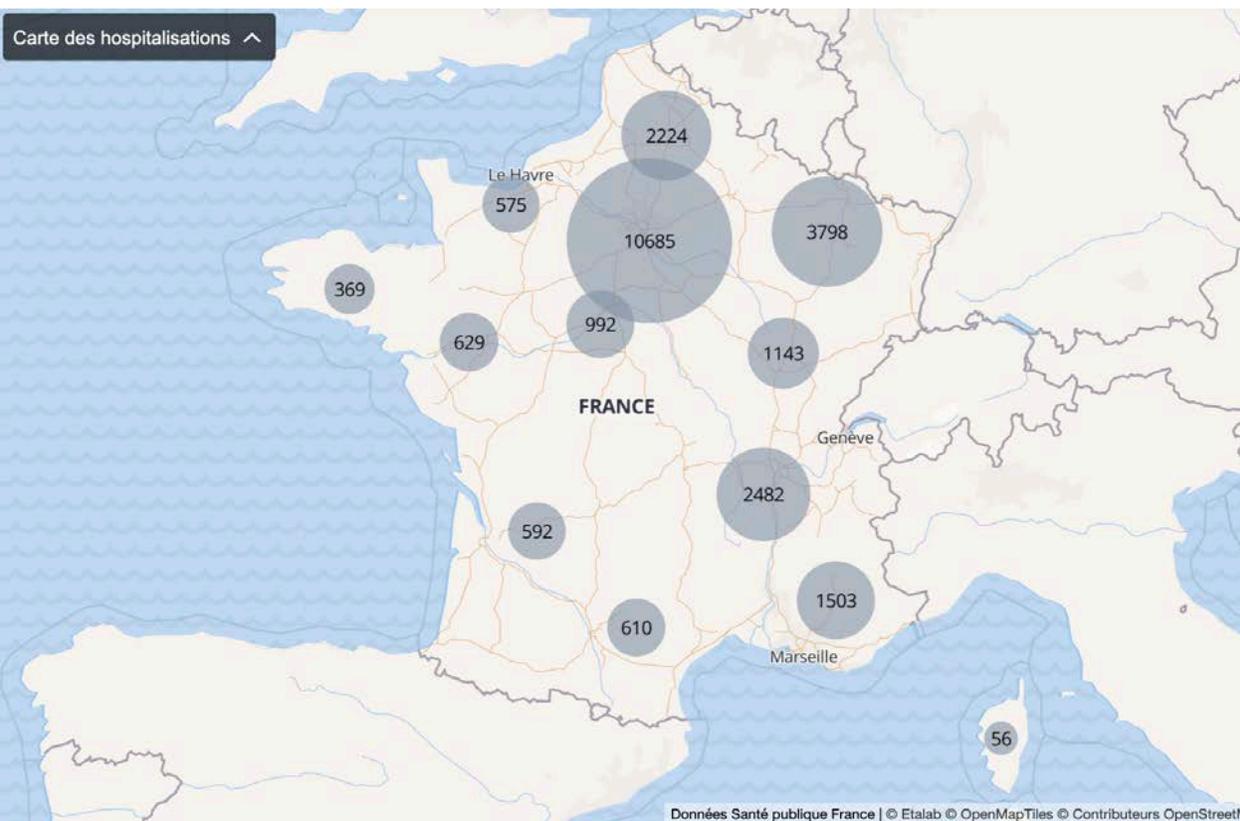


Variations quotidiennes  
réanimation

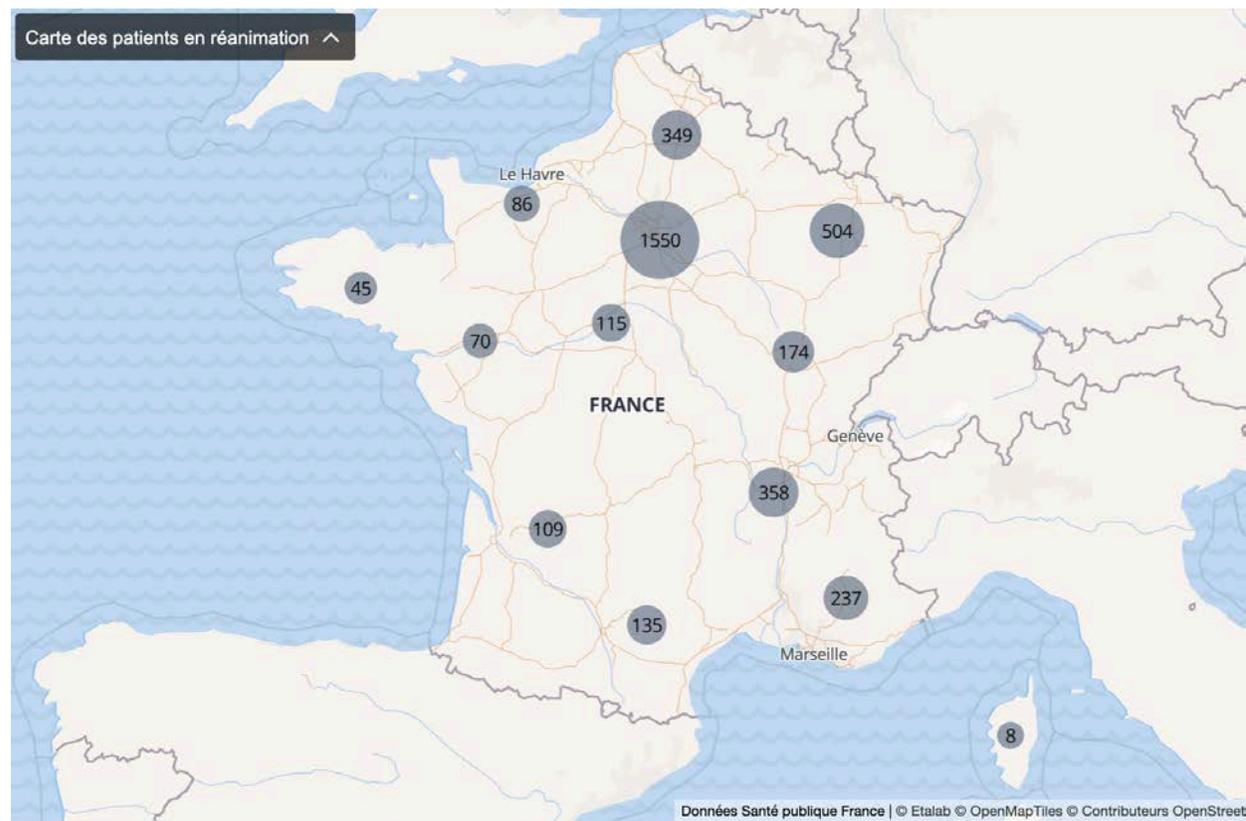


# Point épidémiologique

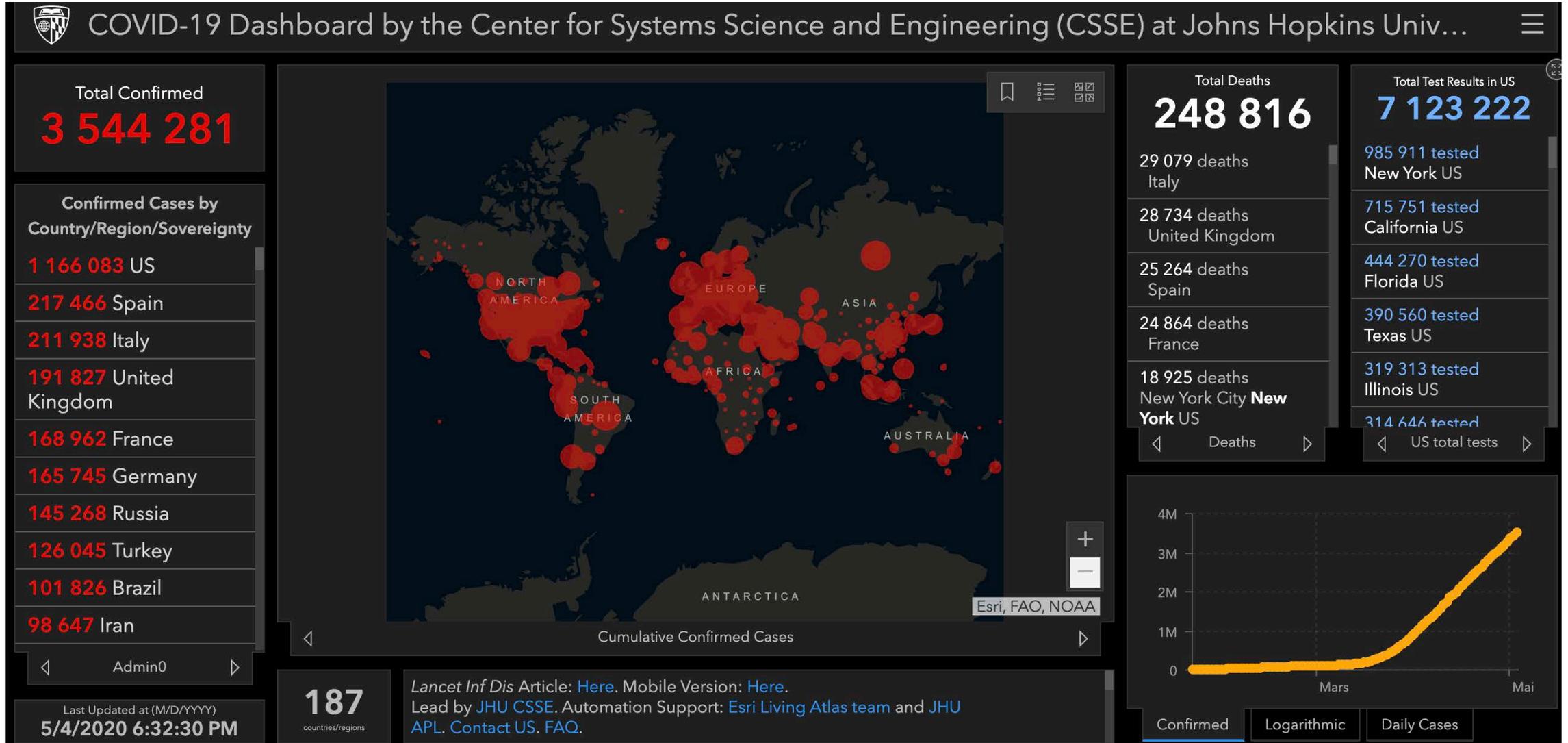
Carte des hospitalisations



Carte des réanimations



- LE MONDE le 04/05/2020 à 18h32



# Cohorte multinationale de patients COVID-19

Mandeep R. Mehra et al, NEJM 2020, doi: 10.1056/NEJMoa2007621

Étude observationnelle rétrospective multinationale

(Asie, Europe, Amérique du Nord)

Extraction de données de 169 hôpitaux

Patients avec RT-PCR + du 20/12/19 au 15/03/20

Ajustement sur : âge, ethnie, comorbidités et traitements cardiovasculaires

Caractéristiques n (%)	Survivants n=8395	Décédés n=515	Différence IC 95%
Age moyen (DS)	48.7±16.6	55.8±15.1	-7.1 (-8.4 to -5.7)
Age > 65 ans	1327 (15.8)	147 (28.5)	-12.7 (-16.0 to -9.4)
Sexe féminin	3392 (40.4)	179 (34.8)	5.6 (1.3 to 10.0)
Coronaropathie	907 (10.8)	103 (20.0)	-9.2 (-12.8 to -5.7)
Insuffisance cardiaque	160 (1.9)	29 (5.6)	-3.7 (-5.8 to -1.8)
Arythmie	269 (3.2)	35 (6.8)	-3.6 (-5.8 to -1.4)
Diabète	1175 (14.0)	97 (18.8)	-4.8 (-8.3 to -1.3)
HTA	2216 (26.4)	130 (25.2)	1.2 (-2.8 to 5.1)
Dyslipidémie	2535 (30.2)	180 (35.0)	-4.8 (-9.0 to -0.5)
BPCO	193 (2.3)	32 (6.2)	-3.9 (-6.1 to -1.8)
Tabagisme actif	445 (5.3)	46 (8.9)	-3.6 (-6.2 to -1.1)
Immunodéprimé	227 (2.7)	22 (4.3)	-1.6 (-3.4 to 0.2)

## Traitements :

- IEC 9%, ARA2 6%
- Statines 10%, β-bloquants 6%, AAP 3%, antidiabétiques 9%

## Outcomes : 8910 patients hospitalisés pour COVID-19 :

- 515 (5.8%) décédés à l'hôpital : 4% en secteur, 24.7% en réa
- 8395 (92.2%) sortis vivants

## Facteurs prédictifs de mortalité hospitalière en analyse multivariée

Facteur de risque	présent no. of patients who died/total no. (%)	absent no. of patients who died/total no. (%)	Odds ratio IC 95%
>65 yr of age	147/1474 (10.0)	368/7436 (4.9)	1.93 (1.60–2.41)
Female sex	179/3571 (5.0)	336/5339 (6.3)	0.79 (0.65–0.95)
Coronary artery disease	103/1010 (10.2)	412/7900 (5.2)	2.70 (2.08–3.51)
Congestive heart failure	29/189 (15.3)	486/8721 (5.6)	2.48 (1.62–3.79)
Arrhythmia	35/304 (11.5)	480/8606 (5.6)	1.95 (1.33–2.86)
COPD	32/225 (14.2)	483/8685 (5.6)	2.96 (2.00–4.40)
Current smoker	46/491 (9.4)	469/8419 (5.6)	1.79 (1.29–2.47)
Receiving ACE inhibitor	16/770 (2.1)	499/8140 (6.1)	0.33 (0.20–0.54)
Receiving ARB	38/556 (6.8)	477/8354 (5.7)	1.23 (0.87–1.74)
Receiving statin	36/860 (4.2)	479/8050 (6.0)	0.35 (0.24–0.52)

Plus grande cohorte étudiée jusqu'à présent et multinationale

Pas de données sur le BMI

Tabagisme peu fréquent mais associé à la mortalité

Comorbidités cardiovasculaires indépendamment associées à la mortalité

IEC (mais pas ARA2) et statines associés à une mortalité + basse

# SARS-CoV-2 et sérologie

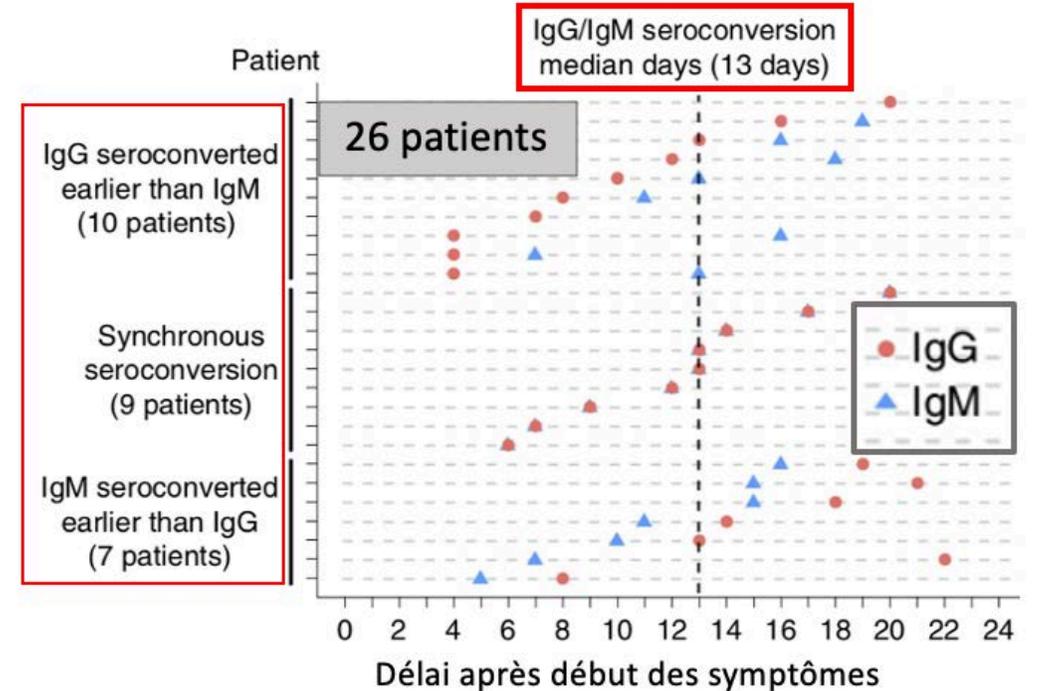
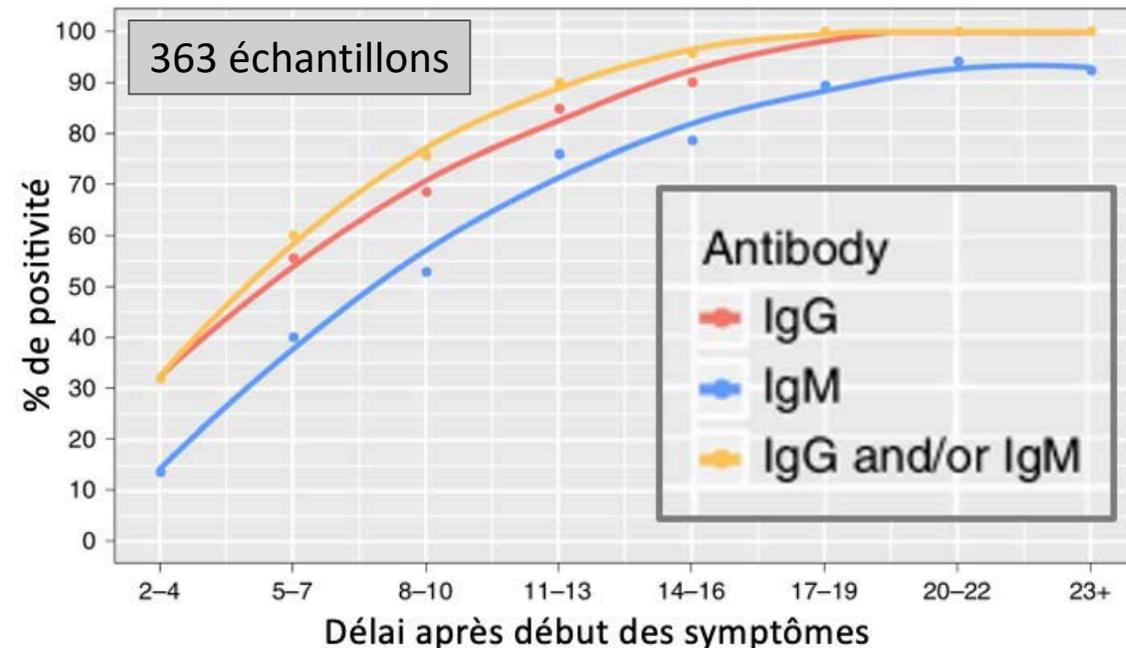
Quan-Xin Long et al, Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients with COVID-19 ; <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0897-1>

## Étude de cohorte chinoise multicentrique

- 285 patients avec RT-PCR + avec 39 formes graves ou critiques (dont 70 avec plusieurs prélèvements)
- Suivi sérologique de 63 patients après leur sortie (dont 26 avec une sérologie négative initialement)
- 52 cas suspects cliniques et/ou scannographiques avec 2 RT-PCR négatives
- Surveillance par RT-PCR et sérologie de 164 cas contact (échantillon collecté environ 30 jours après contact)

Ig G positives chez 100% des patients à J17-19  
Ig M positives chez 94% des patients à J20-22  
Petite décroissance des IgM après 3 semaines

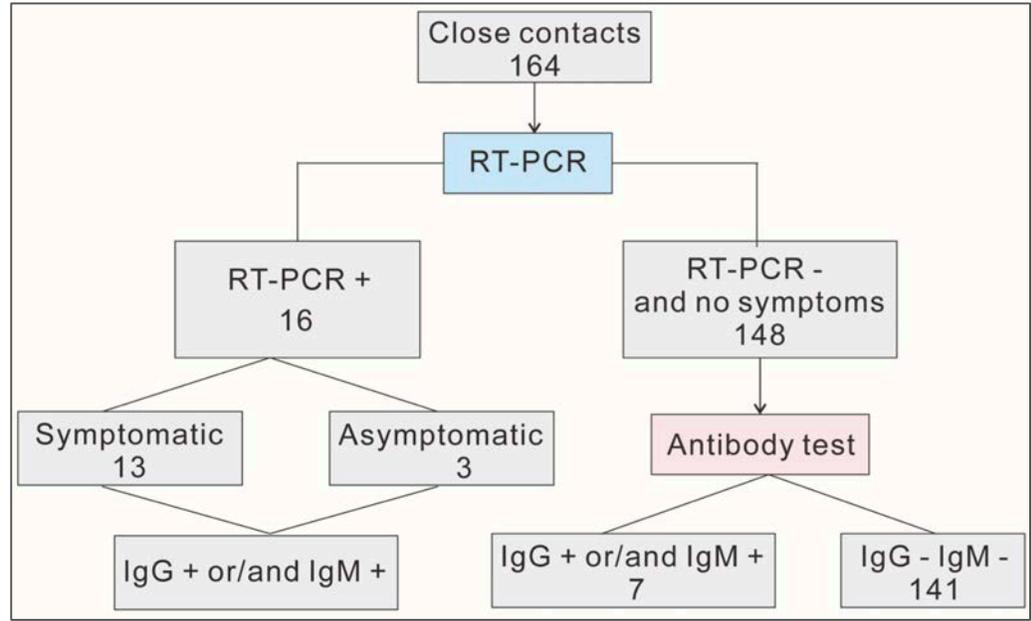
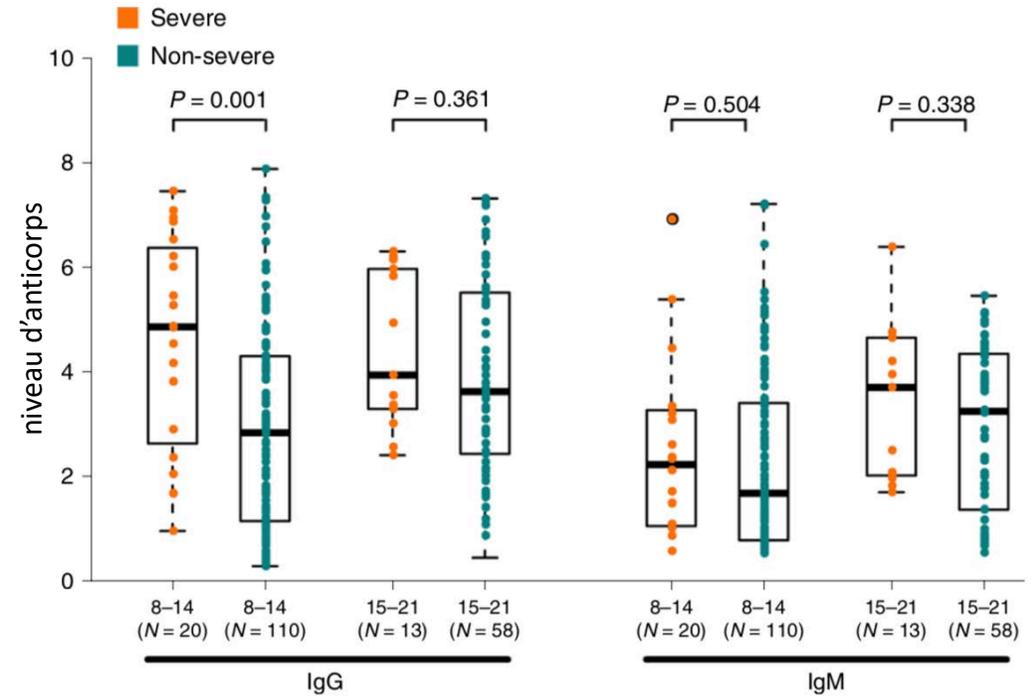
3 profils de séroconversion (patients initialement séronégatifs au moment des symptômes)



IgG et IgM + élevés chez les cas sévères mais résultats significatifs uniquement pour les IgG des patients prélevés précocement

52 patients suspect cliniquement et/ou radiologiquement avec 2 RT-PCR négatives :  
 - 4 avaient une sérologie initialement positive  
 - 1 des 4 a finalement positivé sa RT-PCR

Tous les patients avec RT-PCR + avaient une séroconversion IgM et/ou IgG  
 4,3% (7/164) ont été « récupéré » par la sérologie (patients asymptomatiques)



Tests sérologiques pour le SARS-CoV-2 complémentaires de la PCR :

- Diagnostic précoce et rapide mais prélèvements à renouveler (certaines séroconversions plus tardives)
- Suivi des sujets contacts notamment les asymptomatiques

Pas de séroconversion chez 2 patients (une mère et sa fille)

Pas de réaction croisée avec le protéine S du SARS-CoV mais certaines avec un antigène de capside du SARS-CoV

Pas d'analyse du taux d'anticorps neutralisants (donc pas de données sur une potentielle immunité)

# PRECONISATIONS POUR L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS EN ANESTHESIE-REANIMATION DANS LE CONTEXTE DE PANDEMIE DE COVID-19

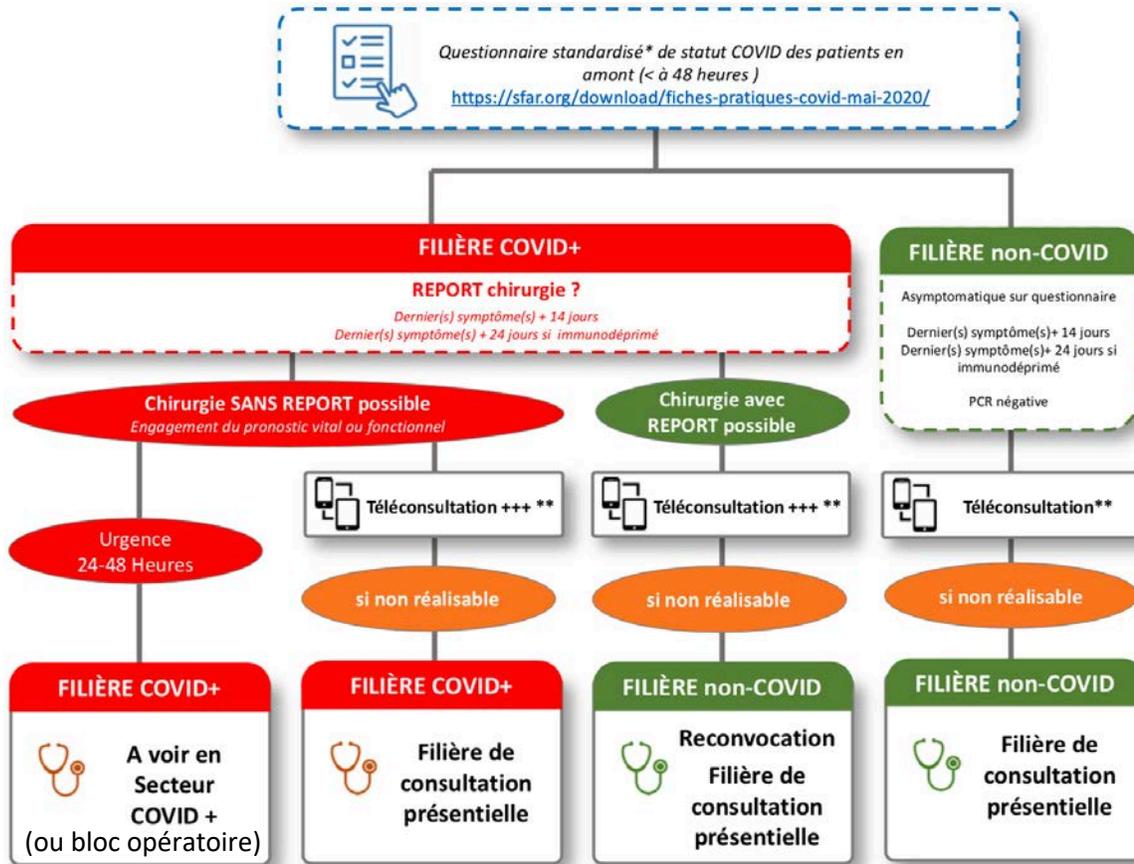
Version MAI 2020

en association avec les sociétés : ADARPEF, CARO et SFR



## CHAMP 4. CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE - TELECONSULTATION

A tout moment, patient/médecin peuvent décider d'interrompre la téléconsultation et organiser une CPA présentielle



En contexte de pandémie :

- La CPA reste une obligation
- La CPA ne se substitue pas à la VPA qui doit être d'autant + attentive et séniorisée en pédiatrie
- Importance de l'information, le consentement, la traçabilité, le secret médical

Recueil minimum en téléconsultation :

- Identification patient et MAR
- Traitement habituel
- Évaluation et technique de contrôle des VAS
- Évaluation risque dentaire
- Évaluation risque anesthésique (ASA)
- Technique anesthésique

Evaluation des VAS :

- Adaptée à l'outil : photos, source lumineuse, mesures effectuées par le patient
- Réévaluation systématique en VPA

Examens complémentaires :

- Information patient de l'éventuel report en fonction
- Organisation adaptée afin de ne pas retentir sur l'organisation du bloc opératoire

\*\* La visio est à privilégier ; l'appel téléphonique correspond à une situation dégradée et doit être justifiée dans le dossier du patient  
Un guide de préparation est à envoyer au préalable au patient pour faciliter la téléconsultation

## COVID-Anesthésie

Quel est le risque de complications respiratoires des patients opérés alors que COVID-19 jusqu'à j7 ?

Plus de complications respiratoires?  
Devenir à J28?

Pas de réponse sans registre prospectif national.

Merci de votre participation!

<https://sfar.org/covidanesthesie/>

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**