



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

constants à 400/100 mg bid, associés à des effets secondaires cliniques et biologiques, malgré un poids des patients élevé. Sauf s'il se dégageait un rationnel pour de très fortes concentrations à visée antivirale, initier le traitement à demi-dose est à considérer.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.185>

COVID-71

Effacité d'un traitement par lopinavir/ritonavir chez des patients hospitalisés pour pneumopathie précoce à SARS-CoV-2 : une étude rétrospective

P. Arias, E. Chakvetadze, T. Youboung, A. Kopp, C. Flateau, A. Strazzula, A. de Pontfarcy, S. Jochmans, S. Diamantis
GHSIF, Melun, France



Introduction Actuellement, il n'existe pas de traitement antiviral spécifique pour la prise en charge des pneumopathies sévères à SARS-CoV-2. Le Haut Conseil de santé publique français a recommandé l'utilisation du lopinavir/ritonavir (LPV/RTV) qui a montré une efficacité in vitro contre ce virus. La charge virale atteignant son maximum dans la première semaine de l'infection, l'efficacité de ce traitement est probablement optimale s'il est administré pour des formes de pneumopathies précoces survenant au cours de cette première semaine.

Matériels et méthodes Nous avons conduit une étude rétrospective à partir des données du dossier patient d'un hôpital de 350 lits, comparant 2 prises en charge des pneumopathies précoces à SARS-CoV-2 : soins de support (SDS) seuls versus SDS associés à un traitement par LPV/RTV (400 mg/100 mg) 2 fois par jour, à l'exclusion de tout autre traitement. Les patients âgés de 18 à 80 ans, hospitalisés pour pneumopathie précoce à SARS-CoV-2 avec PCR positive, en service médecine hors unité de soins intensifs (USI), ayant reçu au moins 48 h de traitement par LPV/RTV débuté dans les 10 jours à partir du début des symptômes ont été inclus dans l'analyse. Le critère de jugement principal était le transfert en USI. Les critères de jugement secondaires étaient : la mortalité hospitalière, la mortalité à j7, la survenue d'un syndrome de détresse respiratoire aigu, et la durée totale d'hospitalisation.

Résultats Entre le 2 mars et le 12 avril 2020, 59 patients parmi les 225 (26 %) hospitalisés pour infection à SARS-CoV-2 étaient éligibles pour l'analyse. Vingt (34 %) avaient reçu un traitement par LPV/RTV + SDS et 39 (66 %) avaient reçu des SDS seuls. Le délai médian entre le début des symptômes et l'hospitalisation était de 4 jours (IQR [3–6]) et la durée médiane de traitement par LPV/RTV était de 6 jours, (IQR [5–7]). Les 2 groupes étaient comparables en termes de comorbidité (âge [médiane 56 ans, IQR (46–65)], sexe, IMC, diabète, insuffisance cardiaque et respiratoire). Dix patients ont été transférés en USI : 3/29 (15 %) dans le groupe LPV/RTV + SDS et 7/39 (18 %) dans le groupe traitement par SDS seuls ($p=0,37$). La mortalité hospitalière était similaire (2 patients dans le groupe SDS seuls et aucun dans le groupe LPV/RTV + SDS, $p=0,4$). Nous n'avons pas retrouvé de différence pour les autres critères de jugement. Dans le modèle de régression logistique incluant le sexe, l'âge, et la prise de LPV/RTV, aucun facteur n'était associé de manière significative à une réduction du transfert en USI.

Conclusion L'utilisation de LPV/RTV dans les pneumopathies précoces à SARS-CoV-2 n'a pas diminué significativement le taux de passage en USI ni la mortalité hospitalière. Nos résultats justifient cependant que la stratégie d'administration précoce d'une thérapie antivirale soit évaluée dans le cadre d'un essai clinique randomisé plus important.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.186>

COVID-72

Prescription des bloqueurs du SRAA avant et après l'admission chez les patients hospitalisés pour COVID-19, et association avec la mortalité. Implications pour l'interprétation des études observationnelles sur le rôle des bloqueurs du SRAA durant l'infection à SARS-CoV-2

A. Lahens, J. Mullaert, S. Gressens, F. Mentré, M. Flamant, L. Deconinck, V. Joly, Y. Yazdanpanah, F. Lescure, E. Vidal-Petiot
Hôpital Bichat–Claude-Bernard, AP–HP, Paris, France



Introduction Le rôle des bloqueurs du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA) durant la COVID-19 est controversé. Les études observationnelles analysant le lien entre la prise de bloqueurs du SRAA et l'évolution de la maladie ont montré des résultats très divergents, avec un effet potentiellement protecteur, neutre ou même délétère. L'objectif de notre étude était de décrire les modifications de prescription des bloqueurs du SRAA chez les patients hospitalisés pour COVID-19 et la mortalité en fonction des différents schémas d'exposition, et de discuter les études existantes à la lumière de ces résultats.

Matériels et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective des patients hospitalisés pour COVID-19 dans le service de maladie infectieuse de l'hôpital Bichat (Paris) du 23 janvier au 29 avril 2020. La prescription de bloqueurs du SRAA (IEC ou ARA2), avant l'hospitalisation, et durant les 7 premiers jours d'hospitalisation était recueillie. Le critère de jugement principal était la mortalité à 30 jours suivant l'admission à l'hôpital.

Résultats Trois cent quarante-sept patients ont été inclus dans l'étude, parmi lesquels 117 (34 %) recevaient des bloqueurs du SRAA avant l'hospitalisation. L'âge moyen était de 61 [51–72] ans, 209 (60 %) étaient des hommes, 169 (49 %) étaient hypertendus. Les bloqueurs du SRAA étaient arrêtés dans les 7 premiers jours d'hospitalisation chez 39 (33 %) des patients traités au préalable. Quarante-sept patients (14 %) sont décédés avant j30. Les taux de mortalité étaient respectivement de 17 % (20/117) et 12 % (27/220) chez les patients exposés et non exposés aux bloqueurs du SRAA avant l'hospitalisation (OR brut 1,60 [IC95 : 0,82–2,89] et ajusté 0,62 [0,25–1,48] pour les patients traités versus non traités). La mortalité était de 33 % (17/39) quand le traitement était interrompu à l'hôpital, 8 % (7/84) quand le traitement était maintenu ou introduit, et 12 % (27/220) chez les patients jamais exposés. L'effet apparemment protecteur des bloqueurs du SRAA (OR ajusté 0,25 [IC95 % : 0,09–0,65] pour une exposition versus non-exposition intra-hospitalière) reflète des biais majeurs, le principal d'entre eux étant l'arrêt du traitement chez les patients les plus sévères, et inversement.

Conclusion Cette étude ne montre pas d'association significative entre l'exposition pré-hospitalière aux bloqueurs du SRAA et la mortalité à 30 jours, après ajustement sur les principales comorbidités. Les modifications de prescription après l'admission à l'hôpital sont fortement influencées par la sévérité des patients, expliquant l'effet apparemment protecteur associé au traitement intra-hospitalier. Ces biais de prescription rendent les études observationnelles inadaptées à l'étude du lien entre l'exposition hospitalière aux bloqueurs du SRAA et l'évolution de la maladie.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.187>