



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.

variations physiopathologiques entre Omicron et Delta, et différentes capacités de neutralisation des anticorps.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.133>

COVID-35

Dégradation respiratoire post Casirivimab/Imdevimab : fréquence et facteurs de risque

V. Gerber¹, S. Pastres¹, A. Ursebach², K. Meghit², A. Schieber-Pachart¹, A. Alvarez¹, Y. Hansmann², F. Danion^{2,3}, M. Martinot¹

¹ Hôpitaux Civils de Colmar, Colmar, France

² CHU de Strasbourg, Strasbourg, France

³ CHU de Strasbourg et Laboratoire d'ImmunoRhumatologie Moléculaire, Strasbourg, Strasbourg, France

Introduction: Le Casirivimab/Imdevimab (CI) est une combinaison d'anticorps (AC) monoclonaux utilisée dans le traitement curatif des infections à SARS-COV-2. Le CI est disponible en ATU pour des patients séronégatifs appartenant à un groupe à risque de forme grave d'infection. Après la survenue de plusieurs cas de dégradation respiratoire (DR) rapide (< 24h) après l'administration de CI nous avons mené une étude afin d'en déterminer la fréquence et les facteurs de risque.

Matériels et méthodes: Nous avons réalisé une étude rétrospective bicentrique de l'ensemble des patients ayant bénéficié d'un traitement curatif par CI jusqu'au 31 décembre 2021 inclus. Nous avons comparé les données démographiques, cliniques et biologiques des patients ayant présenté ou non une DR précoce définie comme l'apparition d'une oxygénoréquerence ou la majoration des besoins en oxygène, même transitoire, lors des 24h suivant l'injection d'AC. Nous avons également analysé le délai de survenue de la DR.

Résultats: Cent soixante-cinq patients étaient inclus dans l'étude, 44 (26,7 %) présentaient une DR. Les facteurs associés à la survenue d'une DR étaient l'âge (72,6 [41- 92] vs 60,6 [18-92] ans, $p < 0,001$) le sexe féminin (56,8 vs 37,3 %, $p = 0,025$), un antécédent d'HTA (75 vs 53,3 %, $p = 0,013$), un délai plus long entre le début des symptômes et la perfusion d'AC (7,8 [2- 22] vs 4,4 [1- 15] jours, $p < 0,001$), une CRP plus élevée (91,8 [13- 210] vs 58,3 [0-365] mg/L, $p = 0,004$), la présence d'une oxygénothérapie lors de la perfusion d'AC (70.5 vs 22.3 %, $p < 0,001$). Les facteurs associés à l'absence de DR étaient un antécédent de maladie auto-immune ou inflammatoire (13.6 vs 32,5 %, $p = 0,018$) et un traitement par immunosuppresseur (27,3 vs 53,3 %, $p = 0,004$). Il n'y avait pas de différence significative du nombre de patients en réanimation au moment de la perfusion d'AC entre les groupes ayant présenté ou non une DR (11,3 vs 5,7 %, $p = 0,306$). A 24h, il y avait plus de patients en réanimation dans le groupe ayant présenté une DR (36,4 vs 5,7 %, $p < 0,001$). Il y avait plus de décès à un mois chez les patients ayant présenté une DR (20,5 vs 5,0 % $p = 0,005$). Parmi les patients présentant une DR, l'oxygénothérapie était majorée par rapport à H0 chez 48,9 % des patients à H3, 63,8 % à H6, 69,8 % à H12 et 93,2 % à H24.

Conclusion: Notre étude retrouve une fréquence élevée de DR précoce chez les patients traités par CI. Ce phénomène survient chez des patients âgés, de sexe féminin ayant une infection COVID-19 tardive et oxygénoréquerente. Nous émettons l'hypothèse d'une dégradation du fait de l'administration tardive des AC ou d'une possible majoration de l'orage cytokinique aboutissant à plus de prise en charge réanimatoire et à une mortalité élevée. Toutefois, seule une comparaison à un groupe contrôle permettrait de répondre à ces hypothèses.

Liens d'intérêts déclarés: F. D. déclare avoir perçu des frais personnels de Gilead en dehors du travail soumis

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.134>

COVID-36

Prescription d'antibiotiques dans le COVID du sujet âgé: analyse descriptive des 1^{er} et 2^e vagues

JP. Lanoix¹, C. Arlaud^{2,9}, T. Fraisse³, J. Vittoz^{2,9}, A. Fourmy⁴, L. Bernard⁵, P. Carraux-Paz⁶, E. Forestier⁷, C. Roubaud-Baudron⁸, G. Gavazzi^{2,9}

¹ CHU Amiens-Picardie, AMIENS, France

² CHU Grenoble, Grenoble, France

³ CH Ales, Ales, France

⁹ CHU Grenoble, Grenoble, France

⁴ CHU Poitiers, Poitiers, France

⁵ CHU Tours, Tours, France

⁶ CHI Versailles, Versailles, France

⁷ CH Chambéry, Chambéry, France

⁸ CHU Bordeaux, Bordeaux, France

Introduction: L'infection au COVID 19 est une maladie infectieuse grave chez les personnes âgées avec des taux de mortalité élevés. Cette gravité a conduit tout au long de la pandémie à prescrire de manière souvent excessive des antibiotiques au cas où une co-infection bactérienne participait au tableau clinique. Cette analyse post-hoc étudie les facteurs associés à une prescription d'antibiotique chez le sujet âgé.

Matériels et méthodes: Cette étude est l'analyse des données de la cohorte COVID-Old dont le but était d'étudier l'incidence de survenue de déclin fonctionnel à 3 mois après une hospitalisation pour COVID-19. Soixante centres ont participé à cette étude prospective incluant des patients âgés de 70 ans et plus, hospitalisés pour COVID19 entre le 10/12/19 et le 04/10/2020, soit les 1^{er} et 2^e vagues. L'azythromycine n'a pas été considérée comme antibiothérapie mais comme traitement anti-COVID19.

Résultats: Sur 1083 patients inclus, 1072 avaient les données d'antibiothérapies renseignées, âgés en moyenne de 84±7 ans, avec un index de comorbidité de Charlson médian de 2 (IQR [1-3]). Au total 655 patients (61%) ont reçu des antibiotiques, majoritairement des céphalosporines de 3^e génération (37%), du co-amoxiclav (23%) et de la spiramycine (14%). Les principaux facteurs déterminants d'une prescription antibiotique étaient, en analyse univariée: le sexe masculin, la présence d'une maladie pulmonaire ou rénale sous-jacente, une maladie COVID symptomatique et grave... Les patients recevant une antibiothérapie étaient hospitalisés 2 jours de plus en médiane, avaient une mortalité intrahospitalière et à 3 mois plus élevée (OR 3.07 et 2.08, respectivement). Il n'y avait pas de différence significative de PaO2 ou de qSOFA score (50% de données manquantes) entre les 2 groupes. Il n'y a pas eu de baisse significative de la prescription antibiotique lors de la 2^e vague.

Conclusion: Comme attendu les patients semblent les plus graves ont reçu une antibiothérapie et ce indépendamment des 2 vagues, l'hospitalisation a donc été plus longue et la mortalité plus importante. Cependant la gravité clinique n'était pas le seul élément déterminant de la prescription, la fragilité ressentie du patient a été aussi un argument décisif subjectif (maladies rénales ou pulmonaire, dépendance, ...) mais moins rationnel. En effet le nombre de comorbidité, l'institutionnalisation, la perte d'ADL, l'IADL ou le GIR n'étaient pas des facteurs d'introduction d'antibiothérapie.

En conclusion plus de la moitié des patients âgés ont reçu des antibiotiques durant les 2 premières vagues de COVID19 sur des arguments de gravité parfois objectifs et souvent subjectifs. Ces chiffres sont identiques à ceux des épidémies de grippe, ce qui souligne la difficulté clinique du diagnostic de surinfection bactérienne.