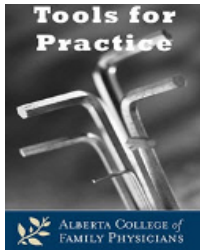


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 800 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

3 avril 2020

Revue éclair sur la COVID-19

En plus des articles Tools for Practice habituels, l'équipe PEER rédigera des revues éclair sur des sujets liés à la COVID-19 qui se rapportent aux soins primaires. Les données probantes évoluent rapidement et il est possible qu'au moment où vous lirez ces lignes, de nouvelles données soient déjà disponibles. Nous ferons de notre mieux pour rester à l'avant-garde et vous tenir au courant en ces temps difficiles.



Une présentation hâtive à un intrus inopportun

Question clinique : Quels sont les symptômes révélateurs, l'évolution clinique et les facteurs de risque de mortalité de la COVID-19?

Conclusion : La toux et la fièvre sont les symptômes les plus courants. Les différences relatives aux tests et au signalement des cas limitent les estimations pronostiques. Au minimum, 80 % des cas sont cliniquement bénins. Parmi les personnes hospitalisées en Amérique du Nord, environ 25 % doivent être admises aux soins intensifs. Les facteurs de risque de mortalité comprennent un âge supérieur à 65 ans, les comorbidités, les résidents des établissements de soins de longue durée et les personnes atteintes de lésions cardiaques associées à la COVID-19.

Données probantes

- Études de cas effectuées dans des pays ayant fait l'expérience de la COVID-19, notamment la Chine et l'Italie. Les données probantes nord-américaines sont en train de faire surface.
 - Épidémiologie :
 - Les cas confirmés et présumés dans le monde entier vont bientôt dépasser le million et les 50 000 décès^{1, 2}.
 - Le nombre de cas et le taux de mortalité varient considérablement en fonction des protocoles de test, de l'accès aux tests ou aux soins, du

délai écoulé depuis le début de la maladie (patient) ou de l'écllosion (population), de la transparence des signalements et d'une possible classification erronée de la cause du décès³.

- Signes ou symptômes révélateurs :
 - Sur 1 099 cas hospitalisés ou ambulatoires en Chine⁴ :
 - La toux (68 %) et la fièvre (44 % au moment de l'admission, 89 % pendant l'hospitalisation) sont les symptômes les plus courants.
 - Lymphopénie : anomalies de laboratoire courantes (83 %).
 - Anomalies des radiographies du thorax dans 59 % des cas : les plus courantes étaient les ombres locales ou bilatérales ou l'hyperdensité en verre dépoli.
 - Des symptômes atypiques (notamment gastro-intestinaux) ont été signalés, et de nombreux symptômes (maux de gorge) sont observés dans d'autres maladies virales⁴.
- Évolution clinique :
 - Chine : 80 % des cas dépistés sont bénins (décrits comme étant une « non-pneumonie » ou une « pneumonie légère »), environ 15 % sont graves (dyspnée, fréquence respiratoire qui s'élève au-dessus de 30 respirations par minute, saturation en oxygène inférieure à 93 %), 5 % sont dans un état critique (insuffisance respiratoire et défaillance de plusieurs organes)⁵.
 - Amérique du Nord^{6, 7} :
 - De 8 à 12 % des cas dépistés sont hospitalisés;
 - Environ 25 % des patients admis nécessitent des soins intensifs.
 - Quand l'admission est nécessaire, délai moyen entre :
 - Le début des symptômes et l'hospitalisation : de quatre à sept jours^{8, 9}.
 - Le début de la maladie et l'admission aux soins intensifs (le cas échéant) :
 - de cinq à douze jours⁸⁻¹⁰.
 - La durée moyenne de l'hospitalisation (guérison ou décès) : environ deux semaines^{4, 9-11}.
- Facteurs de risque de mortalité :
 - Âge :
 - Chine¹² : les patients âgés de 65 ans et plus ont un taux de décès environ six fois plus élevé que celui des gens âgés de moins de 65 ans.
 - Italie : 96 % des décès ont été observés chez les patients âgés de 60 ans ou plus³.
 - Âge moyen : environ 80 ans.
 - Comorbidités :
 - Nombre moyen d'affections comorbides³ : 2,7.
 - Exemples : maladie cardiovasculaire, diabète, maladie respiratoire chronique, hypertension⁵.
 - Environ 1 % de décès chez les patients sans comorbidités⁴.
 - Lésion cardiaque (niveaux de troponine considérablement élevés à l'admission)¹³ : taux de mortalité d'environ 51 %.
 - Résidents des établissements de soins de longue durée¹⁴ :
 - Un établissement américain comptant de 101 à 130 résidents contaminés.
 - Taux de mortalité : 34 %.

Auteurs

Michael R. Kolber, M.D., CCMF, M. Sc., et Christina Korownyk, M.D., CCMF

Divulgations

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center [consulté le 31 mars 2020]. Disponible : <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
2. Organisation mondiale de la Santé. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report -71. Mar 31, 2020 [consulté le 31 mars 2020]. Disponible : https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200331-sitrep-71-covid-19.pdf?sfvrsn=4360e92b_8
3. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. JAMA. 2020 Mar 23. DOI: 10.1001/jama.2020.4683
4. Guan W, Ni Z, Hu Y et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. NEJM. 2020 Feb 28. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032
5. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020 Feb 24. DOI: 10.1001/jama.2020.2648 [Publication électronique avant l'impression]
6. Gouvernement du Canada. Résumé épidémiologique des cas de COVID-19 au Canada [consulté le 31 mars 2020]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/resume-epidemiologique-cas-covid-19.html>
7. Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly. Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12-March 16, 2020. Weekly March 26, 2020 [consulté le 31 mars 2020]; 69(12); 343346. Disponible : https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm?s_cid=mm6912e2_w
8. Arentz M, Yim E, Klaff L, et al. Characteristics and Outcomes of 21 Critically Ill Patients With COVID-19 in Washington State. JAMA. 2020 Mar 19. DOI: 10.1001/jama.2020.4326 [Publication électronique avant l'impression]
9. Bhatraju PK, Ghassemieh BJ, Nichols M et al. Covid-19 in Critically Ill Patients in the Seattle Region - Case Series. NEJM. March 30, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2004500
10. Zhou F, Yu T, Du R et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020; 395(10229):1054-1062. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3. [Publication électronique le 11 mars 2020]
11. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? Lancet. 2020 Mar 13.pii: S0140-6736(20)30627-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30627-9 [Publication électronique avant l'impression]
12. Wu C, Chen X, Cai Y et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. JAMA Intern Med. 2020 Mar 13. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.0994
13. Shi S, Qin M, Shen B, et al. Association of Cardiac Injury With Mortality in Hospitalized Patients With COVID-19 in Wuhan, China. JAMA Cardiol. 2020 Mar 25. DOI: 10.1001/jamacardio.2020.0950

14. McMichael TM, Currie DW, Clark S, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. N Engl J Med. 2020 Mar 27.
DOI: 10.1056/NEJMoa2005412 [Publication électronique avant l'impression]

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfps>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.