

COVID-19 : Point épidémiologique

Bulletin hebdomadaire n°17 – 21 au 31 Juillet 2020 -

Editorial : Questionnements et difficultés à contrôler l'épidémie ?

Pour la seule journée de samedi, plus de 5 500 décès et 260 000 nouveaux cas ont été recensés dans le monde. La tendance de la pandémie ces dernières semaines suscite toujours des questionnements dans le monde entier « *De nombreuses questions scientifiques ont été résolues, nombreuses sont celles qui attendent encore de l'être* », a conclu le Directeur Général de l'OMS le Dr Tedros

S'ajoute à cela les insuffisances et/ou lacunes du système de contrôle et de prise en charge propres à la gestion de l'épidémie, qui divergent d'un pays à l'autre.

Dans notre pays certaines sont évidentes comme la faible observance et la non acceptation de certaines mesures de prévention particulièrement le port de masque pourtant obligatoire et le non-respect de la distanciation exacerbées par l'intensité des rassemblements de la population ces dernières semaines précédentes (marché à bétail, banques postales, etc...) et pendant la fête de l'Aïd (quartiers et familles) et cela continue (embrassades, regroupement familial etc...) font craindre de faire persister le risque de l'épidémie dans plusieurs wilayas, et favoriser la propagation du virus. D'autres nécessitent une évaluation et une correction de l'approche santé publique :

- les mécanismes de surveillance de détection et de réponse rapide, des cas et des contacts
- la hiérarchisation d'un réseau fonctionnel des laboratoires (public /privée) pour le dépistage et la confirmation rapide des cas CoViD19 (qui fait quoi). Ces interventions ayant un impact sur la réduction du flux des patients vers les services hospitaliers.

A l'échelle locale, il est peut-être opportun de réfléchir ensemble à une revue opérationnelle du plan de riposte, entre les intervenants afin de trouver des solutions adaptées autour :

- D'une part l'axe communication, essentielle pour appuyer la réponse en santé publique et renforcer l'implication et l'adhésion de la population
- D'autre part l'axe qualité, gestion et l'analyse de l'information afin de créer une source commune d'information pour les décideurs, les professionnels et les membres des équipes d'interventions.

Ce travail nécessitera une coordination étroite avec les différents secteurs afin d'échanger des informations, et assurer une réponse synergique à l'épidémie.

Nous devons accorder la plus haute priorité à tout ce que nous pouvons et savons faire et particulièrement la consolidation de la veille épidémiologique pour protéger nos populations et réduire le risque de contamination.

Il est urgent de nous concerter davantage, de travailler en équipe de partager nos connaissances et expériences ; d'impliquer toutes les capacités et compétences de tous les-secteurs concernés dans cette riposte quant à l'espoir d'atteindre la fin prochaine de l'épidémie. Prenez soins de vous et de ceux qui vous entourent.

D.

Sommaire

Objectifs et méthode.
Situation COVID-19 :

- En Algérie
- Dans la région Est

COVID-19 et rôle des anticorps antiviraux.

COVID-19 et

Dysfonctionnement de l'odorat et du goût.

Bon à savoir.

Objectifs

Ce bulletin hebdomadaire permet le suivi de l'épidémie COVID-19 en région Est.

Sur la base de ce suivi, il constitue un moyen de communication entre les différentes wilayas et d'échange sur les méthodes et les moyens de mise en œuvre du plan national de lutte contre cette épidémie ainsi que sur la mise à jour des connaissances récentes essentiellement en matière de prévention et de surveillance épidémiologique.

Méthode :

Sources des données :

- Site officiel du ministère de la santé (chiffres quotidiens base de suivi de l'évolution de l'épidémie).
- Réseau de surveillance épidémiologique e-MADO: surveillance COVID –19.

Les indicateurs calculés:

- % **Décès:** nombre des décès/ nombre cas confirmés.
- % **COVID-19 Région sanitaire:** nombre cas dans la région/ nombre cas en Algérie.

Situation En Algérie

Du 21 au 31 Juillet

Depuis le 25 Février, début de l'épidémie COVID-19 dans notre pays, et jusqu'au 31 Juillet 2020:

- Nombre des cas confirmés (par RT-PCR): **30394 (6703 nouveau cas)**.
- Nombre de décès: **1210 (123 nouveau décès)**.
- % Décès: **4 %**.
- Moyenne des cas déclarés par jour: **609 cas**.
- Nombre des cas en soins intensifs : **54**.
- Nombre des cas guéris: **20537 (4137 nouveau cas guéris)**.

La période du 21 au 31 Juillet a été caractérisée par la poursuite de la recrudescence du nombre des cas confirmés et une stabilité relative du nombre des décès due au COVID-19.

NB: Les données entre parenthèses représentent La période du 21 au 31 Juillet.

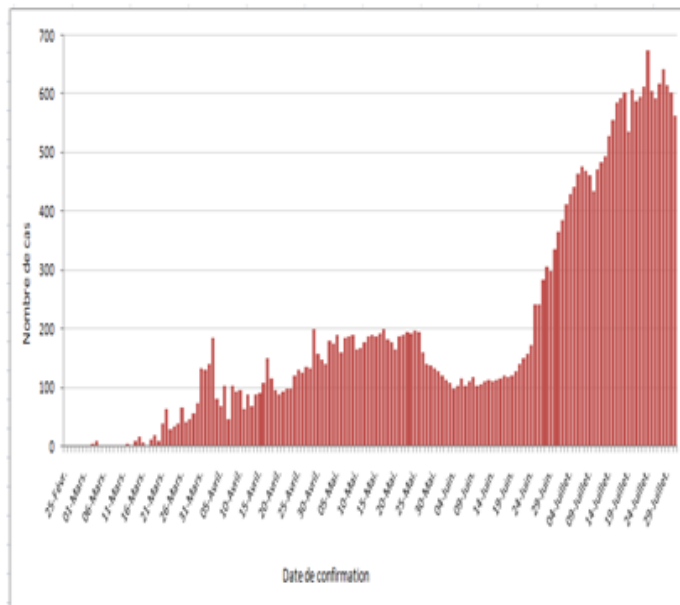
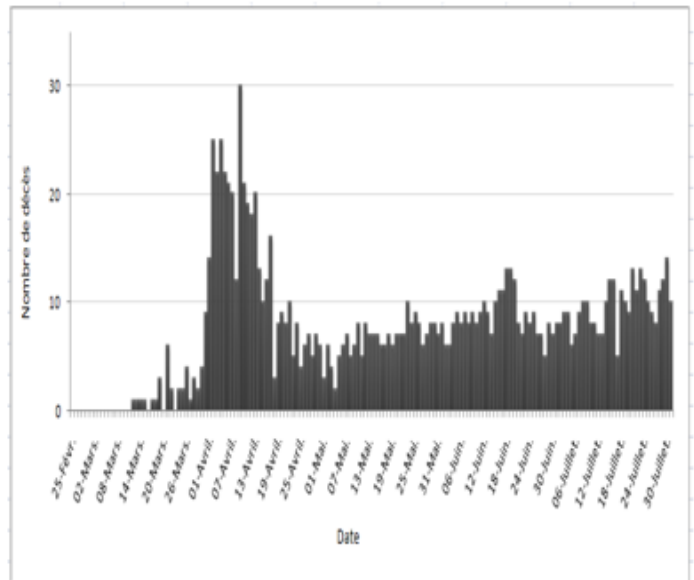


Figure 1 : Répartition des cas confirmés COVID-19 par date de confirmation
Algérie, 31/07/2020
(Source: ministère de la santé)



*: la date est celle de confirmation ou de décès.

Figure 2: Répartition des décès COVID-19 par date
Algérie, 31/07/2020
(Source: ministère de la santé)

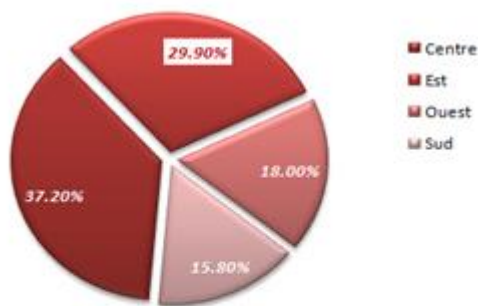


Figure3 : Proportion des cas confirmés COVID-19 selon la région sanitaire
Algérie, 31/07/2020
(Source: Institut national de santé publique)

Tableau 1: Répartition de la proportion des décès COVID-19 par région sanitaire
Algérie, 31/07/2020

(Source: Institut National de Santé Publique)

Région sanitaire	Cas confirmés		Décès		% Décès
	Cumulés	Nouveaux*	Cumulés	Nouveaux**	
Centre	11318	2297	574	53	5.1
Est	8792	1732	351	42	4
Ouest	5473	1439	135	14	2.5
Sud	4811	1235	150	14	3.1
Total	30394	6703	1210	123	4

* : Nouveau cas COVID-19 enregistrés pendant la période du 21 au 31 Juillet,

** : Nouveau décès COVID-19 enregistrés pendant la période du 21 au 31 Juillet.

Situation dans l'Est Algérien

Du 21 au 31 Juillet

Depuis l'enregistrement du premier cas le 12 Mars et jusqu'au 31 Juillet 2020:

Proportion du COVID-19 en Région Est: **29.9 % de l'ensemble des cas en Algérie.**

14 wilayas touchées **soit** tout l'Est Algérien.

Nombre de cas confirmés: **8792 (1732 nouveaux cas).**

45 % des nouveaux cas étaient enregistrés au niveau de la wilaya de Sétif, Msila et Constantine.

Nombre de décès: **351 (42 nouveaux décès).**

% Décès: **4 %.**

NB: les données entre parenthèses représentent la période du 21 au 31 Juillet.

Tableau 2: Répartition de la proportion des décès COVID-19 par wilaya

Est Algérien, 31/07/2020

(Source: ministère de la santé)

Wilaya	Cas confirmés		Décès		% Décès
	Cumulés	Nouveaux*	Cumulés	Nouveaux**	
Sétif	2537	357	109	18	4.3
Constantine	1069	212	31	3	2.9
Batna	1007	160	36	4	3.6
Msila	666	222	38	2	5.7
Khencela	503	54	10	3	2.0
Annaba	500	138	30	3	6.0
Tébessa	495	121	12	0	2.4
Oum El Bouaghi	474	101	24	2	5.1
Guelma	323	112	4	1	1.2
Skikda	290	40	8	0	2.8
Mila	279	52	17	1	6.1
Jijel	276	101	18	4	6.5
Souk Ahras	234	50	9	0	4
El Taref	139	48	5	1	4

* : Nouveau cas COVID-19 enregistrés pendant la période du 21 au 31 Juillet,
 ** : Nouveau décès COVID-19 enregistrés pendant la période du 21 au 31 Juillet

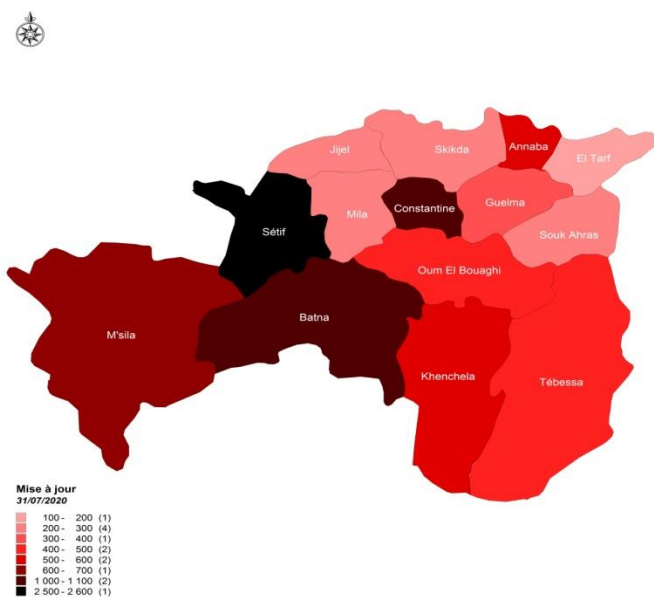


Figure 4 : Répartition du nombre de cas confirmés COVID-19
 Région Est, 31/07/2020
 (Source: ministère de la santé)

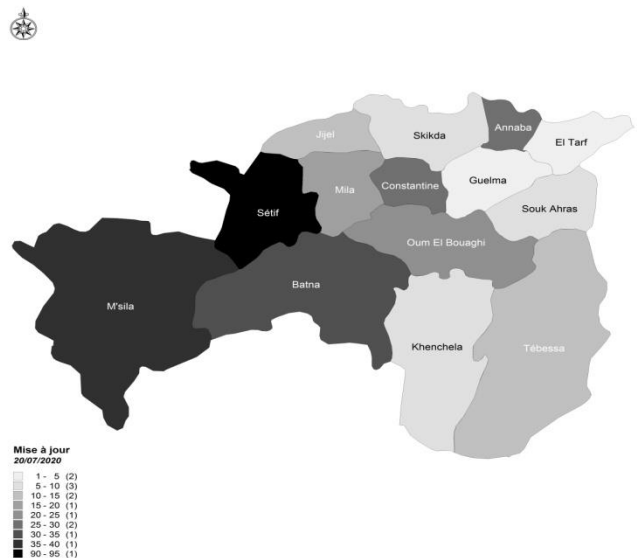


Figure 5 : Répartition du nombre de décès par COVID-19
 Région Est, 31/07/2020
 (Source: ministère de la santé)

COVID-19 : Réseau e-MADO

Du 21 au 31 Juillet

Entre le 21 et le 31 juillet, **99 cas** probables du COVID-19 ont été signalés via le réseau de surveillance e-MADO, tous étaient de la wilaya d'Oum El Bouaghi.

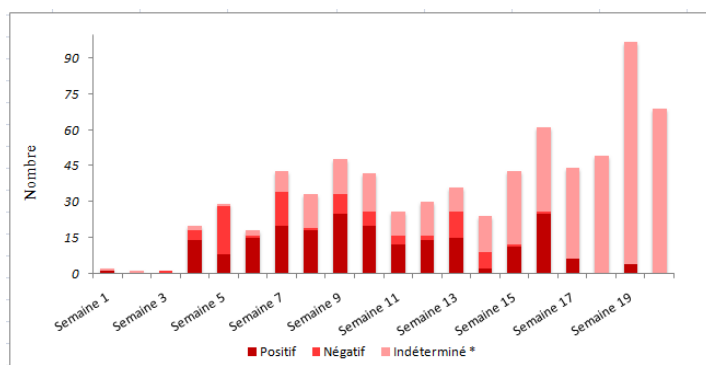


Figure 6: Répartition des cas COVID-19 selon le résultat du prélèvement et la semaine d'enregistrement sur e-MADO
21 au 31 Juillet (Source: Réseau e-MADO)

Tableau 3 : Caractéristiques des cas probables COVID-19
21 au 31 Juillet (Source: Réseau e-MADO)

Caractéristiques	Cas probables (99)
Commune (n/N)	
Ain Beida	60/99
Maskiana	31/99
Dhalaa	4/99
Autres	4/99
Age ans (n/N)	
Médiane (IIQ*)	58 (45-65)
15 – 44	22/99
45 – 64	54/99
65 et plus	23/99
Sexe (n/N)	
Masculin	59/99
Féminin	40/99
Nature d'exposition (n/N)	
Séjour dans une zone à risque	-
Contact avec un cas confirmé	3/99
Travail dans un établissement de santé	-
Indéterminée	96/99
Co morbidité (n/N)	
Avec co morbidité	38/99
Sans co morbidité ou non précisée	61/99
Caractéristiques cliniques (n/N)	
Toux	94/99
Asthénie	94/99
Fièvre	93/99
Céphalées	42/99
Signes digestifs	39/99
Myalgies/courbatures	24/99
Anosmie et/ou agueusie	15/99
Dyspnée	2/99

* : Intervalle Inter Quartile.

Tableau 4 : Prise en charge des cas probables COVID-19
21 au 31 Juillet (Source: Réseau e-MADO)

Caractéristiques	Cas Probables (99)
Hospitalisation (n/N)	
Service clinique	97/99
Soins intensifs	-
Non précisé	2/99
Délai d'hospitalisation (Jours) (entre le début des signes et hospitalisation)	
Médiane (IIQ*)	07 (05-11)
Délai de prélèvement (Jours) (entre le début des signes et la réalisation du prélèvement)	
Médiane (IIQ*)	08 (06- 12)
Test RT-PCR (n/N)	
Réalisé	-
Non réalisé	-
Résultat en cours	99/99
Traitement au protocole (n/N)	
Oui	-
Non	-
Non précisé	99/99

* : Intervalle Inter Quartile.

Tableau 5 : Contact tracing des cas probables COVID-19
21 au 31 Juillet (Source: Réseau e-MADO)

Contact tracing	Cas Probables (99)
Nombre des enquêtes réalisées	46/99
Nombre des sujets contacts des cas probables	181
Nombre Moyen des sujets contacts par cas probable	4
Nombre des cas positifs parmi les contacts	0
Nature des contacts	
Contacts familiaux	44
Indéterminée ou en cours d'investigation	2

NB : l'évolution a été renseignée pour un seul malade qui a décédé.

Alors que la pandémie du Covid-19 due au virus SARS-CoV-2 progresse dans de nombreux pays et resurgit dans d'autres, nous ne disposons d'aucun traitement capable d'endiguer la multiplication du virus. Les vaccins représentent-ils la seule planche de salut ? Pas si sûr alors que de nombreuses questions se posent sur le degré de leur efficacité à prévenir l'infection, leur sécurité et leur acceptabilité par les populations.

Il est donc important d'explorer d'autres armes qui pourraient contribuer au contrôle de l'infection et de ses conséquences. L'immunothérapie s'avère particulièrement prometteuse à cet égard, en particulier celle qui repose sur les anticorps monoclonaux, ces armes ultra-spécifiques issues de la biotechnologie.

Les anticorps anti-SARS-CoV-2 pour neutraliser le virus :

Le concept d'immunothérapie pour combattre les maladies infectieuses n'est pas neuf : il date de près de cent ans. Emile Roux en France et Emil von Behring en Allemagne en ont été les pionniers. Il reposait à l'époque sur l'injection de sérum préparé à partir du sang d'animaux immunisés contre le microbe.

Des milliers d'enfants ont ainsi été sauvés de la diphtérie parce que l'on a longtemps appelé la sérothérapie. Elle a aussi permis à Jules Bordet de mettre fin à l'épidémie de peste bovine survenue à la même période en Afrique du Sud.

La sérothérapie a évolué vers l'injection d'anticorps purifiés à partir du plasma de sujets immunisés (immunoglobulines hyperimmunes) puis d'anticorps monoclonaux obtenus grâce au génie génétique. Ces derniers sont apparus dès la fin des années 1990 dans la lutte contre les maladies infectieuses, avec une première indication dans la prévention de la bronchiolite du nouveau-né causée par le virus respiratoire syncytial.

Depuis l'épidémie de SRAS de 2003 liée au virus SARS-CoV-1 – cousin germain du virus SARS-CoV-2 – ils sont considérés comme des armes potentielles pour vaincre les épidémies causées par les virus les plus agressifs. Ainsi, un cocktail d'anticorps monoclonaux s'est révélé très efficace pour combattre le virus Ebola. Il devrait être approuvé cet automne par la *Food and Drug Administration* aux États-Unis. Plusieurs observations suggèrent que des anticorps monoclonaux dirigés contre le virus SARS-CoV-2 devraient permettre de lutter contre la pandémie actuelle. La guérison d'une infection par ce virus est associée à la production d'anticorps neutralisants dans les 6 à 10 jours suivant l'infection.

Expérimentalement, des macaques infectés par le virus SARS-CoV-2 résistent à une infection ultérieure grâce à des anticorps de ce type. Et au cours de l'épidémie de SRAS en 2003 les personnes infectées par le virus SARS-CoV-1 ont développé une immunité protectrice.

Ces observations conduisent aujourd'hui au développement d'anticorps monoclonaux dirigés spécifiquement contre la protéine Spike du virus SARS-CoV2. Cette protéine membranaire permet au virus de pénétrer dans les cellules humaines en se liant à son récepteur ACE2. En fait, une course au développement industriel de ces anticorps se déroule parallèlement à la course aux vaccins. On y retrouve dans le peloton de tête la multinationale *AstraZeneca* et la firme *Regeneron* qui vient d'obtenir une aide de 450 millions de dollars du gouvernement américain lui permettant d'entamer des essais cliniques de phase III à large échelle.

Si certains anticorps neutralisent effectivement le virus et conduisent à son élimination de l'organisme, d'autres vont contribuer à aggraver les dommages qu'il cause, notamment en alimentant la surproduction de cytokines. Les avancées de la biotechnologie permettent aujourd'hui de sélectionner les seuls anticorps bénéfiques et de les produire en laboratoire pour en faire des médicaments capables d'une action antivirale immédiate dès l'infection identifiée. Ainsi, non seulement ont-ils les meilleures chances d'être efficaces mais aussi d'être bien tolérés sur la base de leur profil de sécurité dans d'autres indications comme les maladies auto-immunes.

Les indications de l'immunothérapie par les anticorps anti-SARS-CoV-2

Ces indications sont potentiellement nombreuses et seront affinées au fur et à mesure des résultats qui proviendront des essais cliniques.

Les anticorps monoclonaux pourront être utilisés comme des agents antiviraux dans le traitement des formes sévères de la Covid-19 ou à une phase plus précoce de la maladie pour prévenir son aggravation ultérieure en réduisant la charge virale dans l'organisme de la personne traitée.

Les anticorps monoclonaux pourront également être utilisés en prévention de l'infection après une exposition au virus, par exemple, parmi les personnels soignants ou les personnes vulnérables.

L'immunothérapie en complément de la vaccination

Par rapport aux vaccins, les anticorps ont l'avantage d'une action antivirale immédiate qui ne dépend pas de la mobilisation du système immunitaire. Il faut d'ores et déjà s'attendre à ce que les vaccins n'aient pas la même efficacité chez tous les individus. Une des grandes questions actuelles, est de savoir si les vaccins agiront de la même manière chez les seniors que chez les sujets plus jeunes. Le vieillissement touche aussi le système immunitaire. Une étude récente montre que l'un des candidats-vaccins induit une réponse moindre chez les sujets de plus de 55 ans. Or ce sont eux qui sont les principales victimes des formes sévères du Covid-19. En fait, par rapport aux vaccins, les anticorps ont l'avantage d'une action antivirale immédiate qui ne dépend pas de la mobilisation du système immunitaire et l'immunothérapie pourrait donc s'avérer particulièrement intéressante dans la population plus âgée et venir ainsi en complémentarité du vaccin.

Les obstacles qui restent à franchir

Ils sont de plusieurs ordres. Tout d'abord, les anticorps n'agiront que pour une période relativement brève. D'où les efforts actuels pour augmenter leur durée de vie dans l'organisme. Se pose surtout la question des capacités de production industrielle pour faire face aux demandes puisque des dizaines de millions de personnes pourraient en bénéficier. Et enfin, les prix auxquels ces produits seront commercialisés risquent d'entraver leur accès. Comme pour les vaccins, les négociations entre les gouvernements, la communauté internationale qui s'est engagée dans l'accès universel à la santé et les sociétés pharmaceutiques promettent d'être serrées...

Introduction

Au cours de la vague pandémique initiale du COVID-19 et selon les premiers rapports sur les symptômes cliniques en Chine, les patients COVID-19 présentaient fréquemment de la toux, de la fièvre, et la fatigue. Les symptômes moins courants étaient les céphalées, la myalgie, et essoufflement. Symptômes des voies respiratoires supérieures comme la rhinorrhée, le mal de gorge, la congestion nasale et la diarrhée étaient très rares. Cependant, fin mars 2020, ENTUK (British Association of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery) ont déclaré que «Il existe de bonnes preuves qu'un nombre significatif de patients avec une infection avérée au COVID-19 ont développé une anosmie / hyposmia», a également suggéré une recommandation sur «Perte d'odeur», en tant que partie importante des symptômes des patients atteints de COVID-19 (20 à 60%). La perte d'odeur peut être le symptôme de présentation avant les autres (toux, fièvre et dyspnée).

Au 23 avril 2020, CDC (The Centers for Disease Control et Prévention) a ajouté "la perte de goût ou d'odeur" à la liste complète des symptômes du COVID-19.

À la lumière des preuves de plus en plus confirmées dans de nombreux pays, des études récentes soutiennent désormais qu'un dysfonctionnement olfactif ou gustatif soudain pourrait être d'importants symptômes de présentation d'une infection par le SRAS-CoV-2.

Dysfonctionnement de l'odorat dans COVID-19

Perte d'odeur dans COVID-19

Bien que le nombre de patients souffrant de dysfonctionnement olfactif sont en augmentation récente, la prévalence et l'incidence réelle dans la population générale n'est toujours pas claire. L'estimation varie en fonction des définitions du dysfonctionnement, zones d'échantillonnage et méthodes d'évaluation. L'infection des voies respiratoires supérieures est l'une des étiologies les plus courantes de la perte olfactive, appelée «post-infectieuse» ou Perte olfactive «post-virale», représentant jusqu'à 30 à 40% des cas avec perte olfactive. Divers agents pathogènes peuvent causer perte olfactive post-infectieuse, virus et bactéries. Cependant, l'agent pathogène le plus courant est les virus.

L'Italie, la Corée du Sud et la Chine montrent qu'un nombre important de personnes séropositives au COVID-19 ont perdu la capacité à sentir (anosmie ou hyposmie). En outre, les avertissements pour ceux qui ont une perte d'odeur soudaine, même s'ils ne le font pas avec d'autres symptômes, ont été émis, indiquant qu'ils devraient être auto-isolée pendant sept jours. Une étude publiée en Iran, Baghari S. et al. ont rapporté une augmentation soudaine du nombre de dysfonctionnements olfactifs au cours de cette pandémie. Une Corrélation entre le nombre de dysfonctionnements olfactifs et les patients COVID-19 confirmés étaient hautement significatifs ($r = 0,87$, $p < 0,001$). Une étude multicentrique en Europe a révélé des données intéressantes démontrant que 85,6% des patients atteints de COVID-19 ont signalé une perte olfactive. De plus, c'est la première étude qui permis d'identifier la «perte gustative» (perte de goût) comme une présentation (88,0%) chez les patients COVID-19. Cette étude a rapporté également que les patients infectés pouvaient présenter des olfactifs isolés ou perte gustative sans autres symptômes significatifs.

Une autre étude du Royaume-Uni, Menni C et al. ont évalué 1702 patients ayant subi des tests COVID-19 (579 positifs et 1123 négatifs) et un rapport complet sur les symptômes y compris l'odeur et le goût. Une perte d'odeur et de goût a été détectée dans 59% d'un groupe COVID-19 positif, mais seulement 18% dans un groupe négatif (odds ratio = 6,59; IC 95%: 5,25-8,27). Cette étude a également suggéré qu'une combinaison de symptômes (perte du goût et de l'odorat, fièvre, toux, fatigue, diarrhée, douleur et perte d'appétit) peuvent être utilisées pour prédire le COVID-19 avec sensibilité (0,54) et spécificité (0,86).

Devrions-nous tester COVID-19 chez les patients avec trouble de l'odorat?

Le premier rapport du Royaume-Uni à la fin du mois de mars a révélé une série de cas inexplicables (11 cas) de patients présentant un trouble de l'odorat soudain isolé ou une anosmie isolée en tant que prodrome avant d'autres symptômes. Cependant, seulement un cas a été testé pour COVID-19 (avec un résultat positif).

Selon une étude européenne multicentrique, Lechien JR et al.²⁸ ont révélé qu'il n'y avait pas d'association significative entre le dysfonctionnement olfactif avec la rhinorrhée ou l'obstruction nasale. Une autre étude préliminaire connexe a suggéré que la perte d'odeur et le goût pourrait être un outil de dépistage initial utile pour les patients COVID-19, en particulier lorsque les patients présentent à la fois des symptômes d'hyposmie et d'hyposgueusie sans autres troubles ORL (sensibilité 42%, spécificité 95%).

Jusqu'à présent, il n'y a pas eu suffisamment de preuves pour conclure que nous devrions tester le COVID-19 chez tous les patients isolés atteints d'un trouble de l'odorat soudain.

Test olfactif (test d'identification des odeurs) comme outil de dépistage chez les patients COVID-19

À l'heure actuelle, une seule étude analytique en Iran, Moein ST et al. a évalué 60 patients COVID-19 confirmés avec tests fonctionnels (test d'identification des odeurs de l'Université de Pennsylvanie; UPSIT) et 60 contrôles (appariés selon l'âge et le sexe).

Un résultat très notable a montré que 98% des patients (59/60) ont un dysfonctionnement de l'odorat (anosmie ou hyposmie sévère 58%, hyposmie modérée 33% et hyposmie légère 13%). Au contraire, seuls 18% des patients du groupe témoin avaient une hyposmie légère (pas d'hyposmie modérée ou sévère).

Dysfonctionnement du goût dans COVID-19

La sensation de saveur se compose des composés, y compris l'odeur, le goût, la température et la texture de l'odeur. Chacun de ces composés sensoriels sont stimulés séparément pour créer une saveur unique lorsque nous prenons un repas. La prévalence globale du dysfonctionnement gustatif est moins fréquente que celui du dysfonctionnement olfactif.

La capacité de séparer les saveurs dépend de la voie de stimulation rétronasale. Par conséquent, la plupart des patients ayant une «perte de goût» sont communément appelés dysfonctionnement olfactif rétronasal.

Cependant, certaines études ont rapporté une expression élevée d'ACE2 sur la muqueuse de la cavité buccale et les cellules épithéliales de la langue.

En bref, une autre possibilité est que le SRAS-CoV-2 puisse avoir un effet sur les papilles gustatives ou les récepteurs directement. De nombreuses études ont indiqué que un dysfonctionnement du goût a été signalé en même temps qu'un dysfonctionnement olfactif pendant la pandémie de SRAS-CoV-2. Lechien JR et al. ont rapporté des troubles gustatifs pouvant atteindre 88,8% (308 sur 342), consistant en une hypogueusie / agueusie 78,9% et une paragueusie 21,1%. C'était une association significative entre les troubles de l'odorat et du goût. Yan CH. et al.³⁰ ont rapporté que 71% des patients COVID-19 (42 sur 59) ont un dysfonctionnement gustatif; certains patients ont montré symptômes d'agueusie aiguë sans aucun dysfonctionnement de l'odorat.

Traitement

Traitement pharmacologique

Corticostéroïdes

Les corticostéroïdes oraux et topiques, en tant que traitements les plus utilisés chez les patients présentant un dysfonctionnement olfactif, ont été associés à une post-infection. Une revue systématique récente suggère que les preuves ne sont toujours pas claires à l'appui de l'utilisation de ces traitements. Cependant, certaines études affirment que les corticostéroïdes systémiques peuvent améliorer le dysfonctionnement de la fonction olfactive post-infectieuse. En outre, la durée de la maladie, l'âge, le sexe et la présence de parosmie n'était pas corrélée à une réponse au traitement corticostéroïde. Le traitement topique aux stéroïdes a été rapporté pour

améliorer les chances de guérison dans les cas post-infectieux des patients atteints de dysfonctionnement olfactif.

Bien que l'interprétation de l'efficacité doit être prudente car la guérison spontanée partielle ou complète est d'environ un tiers des patients dans l'année suivant leur infection.

Néanmoins, l'ARIA (rhinite allergique et son impact sur l'asthme) et EAACI (European Academy of Allergy and Immunologie clinique) mentionnent que «la prescription nasale locale » de spray contre l'anosmie due à une infection par le SRAS-CoV-2 était sans réponse, et la base scientifique de cette recommandation manque".

En outre, ils suggèrent que «le corticostéroïde intranasal peut être poursuivi dans la rhinite allergique à la dose recommandée, et l'arrêt de la corticothérapie intra-nasale locale n'est pas conseillé pour les patients infectés par le COVID-19 ». De plus, ENTUK (Association britannique d'otorhinolaryngologie-tête et cou Chirurgie) recommande de ne pas prescrire de corticostéroïdes (nasale et systémique) chez les patients présentant une perte soudaine de l'odorat.

Autres médicaments

Certaines données rapportent un bénéfice possible d'autres traitements comme la carovérine, les injections locales de corticostéroïdes autour la fente olfactive et l'acide alpha lipoïque.

Cette revue a également étudié l'utilisation de la vitamine A, de la minocycline, du sulfate de zinc, du ginkgo biloba et a échoué pour montrer une amélioration statistiquement significative.

En revanche, Hummel T et al. ont révélé un avantage de la vitamine A intranasale 10000 UI par jour pendant deux mois.

Traitement non pharmacologique

Formation olfactive

«La formation olfactive» est effectuée par les patients eux-mêmes 2 fois par jour pendant 12 semaines, exposé à 4 odeurs intenses (alcool phényléthylque, rose, eucalyptus, citron et clous de girofle). Hummel T et al. ont étudié des patients présentant une perte olfactive due à des effets post-infectieux, post-traumatiques et causes idiopathiques avec ce traitement. Le résultat dans le groupe de traitement a eu une amélioration significative après trois mois. Certaines études d'Altundag A et al. et Konstantinidis I et al. ont étudié l'entraînement olfactif à court et à long terme chez des patients ayant subi une perte olfactive post infectieuse. Celles-ci des études ont confirmé l'efficacité de l'entraînement olfactif. En augmentant la durée (jusqu'à 56 semaines) et aussi changer les odeurs peut favoriser un taux de réussite de ce traitement.

Pronostic du trouble de l'odorat et du goût après

Dans les troubles olfactifs post-infectieux, une récupération spontanée en 1 à 3 ans est observée entre 32 et 66% des patients. Les patients atteints de COVID-19 ont un assez bon pronostic. Données en Europe ont montré un taux de récupération de 44% (72,6% récupérés dans le huit premiers jours). De même, l'autre étude aux États-Unis a signalé une amélioration chez 74% des patients infectés, tous deux olfactifs et le goût, qui était en corrélation avec la résolution globale des symptômes cliniques.

À l'heure actuelle, le taux de récupération de l'odeur et du goût à court terme est d'environ 44 à 74%, ce qui est plus élevé que les rapports précédents sur d'autres dysfonctionnements olfactifs post-viraux tels que le rhinovirus, la grippe, le virus respiratoire syncytial et d'autres coronavirus.

Conclusion

Le dysfonctionnement olfactif ou gustatif peut être utilisé pour détecter les patients COVID-19 et soutenir le processus d'auto-isollement. Le pronostic de la récupération de l'odorat et du goût dans le SRAS-CoV-2 est mieux que les autres infections post-virales. La formation olfactive peut être une bonne option pour le traitement de la perte olfactive persistante.

Encadré 1

COVID-19 : Dysfonctionnement de l'odorat et du goût [7]

Recommandations pratiques

1. Les patients présentant des plaintes soudaines d'odorat et / ou de perte de goût, quels que soient les symptômes coexistants, doivent être considérés comme suspects pour le COVID-19.

Les rapports fréquents de plaintes olfactives / gustatives chez des patients qui ont été testés positifs au COVID-19 appuient une approche prudente en utilisant ce symptôme comme un indicateur possible d'infection. De plus, le symptôme de perte d'odeur peut être un indicateur utile de l'infection au COVID-19 chez les personnes atteintes de cas bénins qui pourraient autrement agir involontairement comme vecteur de propagation sans mesures d'isolement appropriées. L'endoscopie et / ou l'imagerie nasale ne seraient pas recommandées dans le contexte aigu, car les résultats sont peu susceptibles d'avoir un impact sur les recommandations de traitement et ces évaluations risquent une exposition inutile des travailleurs de la santé.

2. Les patients présentant une perte aiguë de l'odorat et du goût après le COVID-19 doivent supposer qu'ils peuvent présenter une perte d'odeur associée au virus.

Si un patient perd son odeur après avoir souffert du COVID-19 et qu'il ne s'améliore pas après la guérison d'autres symptômes, il est raisonnable de supposer qu'il présente une perte d'odeur associée au virus, à condition qu'il n'y ait pas d'autres symptômes préoccupants. Bien que l'évaluation par un oto-rhino-laryngologiste soit idéale et qu'elle doive être effectuée en dernier lieu, cela peut ne pas être faisable pendant ou peu de temps après la pandémie du COVID-19. En outre, la rareté des ressources médicales et les risques potentiels de l'endoscopie nasale peuvent limiter la disponibilité des tests olfactifs objectifs, de l'examen endoscopique nasal et de l'imagerie dans un proche avenir.

3. Les corticostéroïdes oraux et / ou topiques ne doivent pas être administrés pour traiter la perte d'odeur aiguë chez un patient atteint de COVID-19 actif.

L'utilisation de corticostéroïdes systémiques pour traiter le COVID-19 a été controversée. Les premiers commentaires et recommandations des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis suggéraient que les corticostéroïdes «devraient être évités sauf indication contraire pour d'autres raisons, telles que la prise en charge de l'exacerbation de la maladie pulmonaire obstructive chronique ou du choc septique». Cependant, des rapports plus récents et des recommandations d'experts ont suggéré que l'utilisation judicieuse de cures brèves de corticostéroïdes systémiques pourrait être bénéfique chez les personnes souffrant de lésions pulmonaires graves. À notre avis, une perte d'odeur aiguë ne serait pas une indication appropriée étant donné l'absence de bénéfices prouvés et de risques possibles. Les recommandations sont moins claires pour le patient avec une perte d'odeur persistante qui s'est définitivement rétabli du COVID-19. Traditionnellement, les cliniciens peuvent envisager une cure de courte durée de stéroïdes oraux et / ou topiques dans le cadre de la perte olfactive associée à un virus malgré les preuves limitées montrant des bénéfices, en évaluant généralement les risques et les bénéfices au cas par cas. À ce stade, nous recommandons la prudence lors de la prescription de corticostéroïdes jusqu'à ce que des données soient disponibles concernant l'efficacité et les risques spécifiques à la population COVID-19.

4. La thérapie OT peut être commencée avant une évaluation médicale formelle.

Si la perte d'odorat persiste pendant plusieurs semaines après la résolution d'autres symptômes du COVID-19, il faut s'inquiéter du fait que la perte d'odeur est devenue persistante. Bien que les données soient limitées, certaines indications indiquent qu'il peut y avoir une période de temps limitée pendant laquelle une récupération spontanée pourrait se produire après une perte d'odeur associée au virus. Certes, ceux dont la perte est supérieure à 5 ans ne voient pas souvent d'améliorations supplémentaires. De plus, au moins une étude sur l'ergothérapeute a révélé que les patients bénéficiant le plus de la formation étaient ceux qui avaient une perte d'odeur pendant <12 mois. Par conséquent, il est logique de commencer la formation olfactive le plus tôt possible.

5. Pour les patients présentant une perte d'odorat persistante, une évaluation formelle par un oto-rhino-laryngologiste doit être envisagée lorsqu'il est sécuritaire de le faire du point de vue de la santé publique.

Encadré 2

COVID-19 : Dysfonctionnement de l'odorat et du goût [7]

Formation olfactive

Cette technique d'entraînement olfactif (OT) est basée sur l'idée que les nerfs chargés de fournir notre odorat peuvent être renforcés par l'exercice. L'ergothérapie s'est avérée efficace dans de multiples études cliniques. Cependant, ces résultats sont moyennés sur plusieurs patients et il ne faut pas oublier que chaque personne peut s'améliorer de manière différente. L'amélioration de l'odorat est souvent lente et se produit sur plusieurs mois, voire jusqu'à 2 ans.

Technique

A. L'entraînement consiste à sentir 4 odeurs différentes: *rose, eucalyptus, citron et clou de girofle*, deux fois par jour, tous les jours.

1. Choisissez 1 odeur et sentez-la pendant environ 15 secondes tout en essayant de vous rappeler ce qu'elle sentait autrefois.
2. Reposez-vous pendant environ 10 secondes.
3. Sentez l'odeur suivante pendant environ 15 secondes.
4. Reposez-vous pendant environ 10 secondes.
5. Répétez jusqu'à ce que les 4 odeurs aient été échantillonnées.

B. Après 3 mois, passez à un nouvel ensemble d'odeurs: *menthol, thym, mandarine et jasmin* et entraînez-vous avec eux comme décrit dans la partie A.

C. Après 3 mois, passez à un autre nouvel ensemble d'odeurs: *thé vert, bergamote, romarin et gardénia* et entraînez-vous à nouveau avec eux comme décrit dans la partie A.

Remarque: s'il y a une odeur particulière que vous voulez pouvoir sentir à nouveau, vous pouvez l'ajouter à votre entraînement. La substance réelle n'est pas nécessaire pour produire un effet. La plupart des gens achètent des huiles essentielles contenant les odeurs énumérées ci-dessus. L'avantage est la facilité d'utilisation et la capacité de boucher les bouteilles pour éviter une diminution progressive de la force de l'odeur. Ceux-ci peuvent être achetés auprès de plusieurs fournisseurs en ligne, de certains magasins de médecine holistique et de magasins d'aliments naturels.

COVID-19 : Bon à savoir

1- Votre masque maison est-il vraiment efficace ?.

Disponible sur: <https://theconversation.com/votre-masque-maison-est-il-vraiment-efficace-143423>

2- Estimation de la mortalité due au COVID-19, OMS.

Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/estimating-mortality-from-covid-19>

3- Tests sérologiques de la COVID-19 : une interprétation qui n'est pas si simple.

Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/25280/tests_serologiques_de_la_covid_19_une_interpretation_qui_n_est_pas_si_simple/

Références bibliographiques:

1- Coronavirus disease (COVID-2019) Pandemic, Viewdashboard, WHO.

Disponible sur: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> .

2- Situation update worldwide, ECDC.

Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>.

3- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Disponible sur: <http://covid19.sante.gov.dz/fr/acceuil/>

4- Institut national de santé publique.

Disponible sur: <http://insp.dz>

5- L'espoir des anticorps antiviraux dans la lutte contre le COVID-19.

Disponible sur: <https://theconversation.com/lespoir-des-anticorps-antiviraux-dans-la-lutte-contre-le-covid-19-143488>

6- Dysfonctionnement de l'odorat et du goût : Examen de l'épidémiologie, pathogenèse, pronostic et options thérapeutiques.

Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32563234/>

7- Une introduction sur la perte olfactive associée aux virus à l'ère du COVID-19.

Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/alr.22578>

Equipe de rédaction:

D. Zoughailech¹

Professeur en épidémiologie.

M. Hamouda¹

Assistante en épidémiologie.

S.Naidja¹

Assistante en épidémiologie.

H. Naidja²

Docteur en Urbanisme.

1/ Observatoire Régional de Santé « Est ».

2/ Université 3 Constantine.

Nous tenons à remercier le SEMEP Ain Beida de la wilaya d'Oum El Bouaghi pour sa collaboration et participation au signalement régulier des cas COVID-19 sur le réseau e-MADO durant cette période.

**O
R
S
T**



Laboratoire d'hygiène Daksi Abdesslem Constantine



031 61 36 57



orsestdz@gmail.com

