

BULLETIN DE PHARMACOVIGILANCE JUN 2020



CENTRE NATIONAL DE PHARMACOVIGILANCE ET DE MATERIOVIGILANCE

CENTRE NATIONAL DE PHARMACOVIGILANCE ET DE MATERIOVIGILANCE



● Centre National de Pharmacovigilance et de Matériovigilance

Route petit staoueli, Dely Brahim

Tel : 213 (0) 23 36 75 02

Fax : 213 (0) 23 36 75 29

Site web: www.cnpm.org.dz

Email: cnpm@cnpm.org.dz

● Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques

Route petit staoueli, Dely Brahim

Tel : 023 36 75 13

Fax : 023 36 75 23

● Institut Pasteur d'Algérie

Route petit staoueli, Dely Brahim

Tel : 213(0)23367504

Fax : 213(0)23367549

Site web: www.pasteur.dz

● Centre National de Toxicologie

Route petit staoueli, Dely Brahim

Tel : 213(0)23 36 75 17

213(0)23 36 75 30

Fax : 213(0)23 36 75 26

Site web : www.cnt.dz

- Cas de pharmacovigilance
- Lu pour vous
- Alertes
- Rapport bénéfices - Risques des médicaments
- Actualités



SOMMAIRE

PHARMACOVIGILANCE

Eruption maculopapuleuse et leflunomide.

Syndrome de Stevens Johnson et association médicamenteuse.

Suivi cardiologique sous trastuzumab.

Maculopathie bilatérale sous tocilizumab.

Anaphylaxie aux curares.

Œdèmes périphériques sous irbesartan-amlodipine.

Interactions entre médicaments (anticancéreux) et aliments: mise au point.

Suivi thérapeutique pharmacologique (stp) de la carbamazépine.

MATERIOVIGILANCE

Diffuseurs portables ambulatoires à ballonnet de 250 ml.

VACCINOVIGILANCE

L'usage des masques à usage médical ou en tissus protègent ils contre la COVID-19 ?



PHARMACOVIGILANCE

ERUPTION MACULOPAPULAIRE ET LEFLUNOMIDE

Une patiente présentant une polyarthrite rhumatoïde traitée par *léflunomide* (20 mg /j) associé au *célebrex* (200 mg/j) et *oméprazol* (20 mg/j), a présenté une éruption cutanée généralisée maculopapuleuse, après 10 jours de traitement, nécessitant l'arrêt de tous les médicaments. L'évolution est inconnue.



L'éruption maculopapuleuse est un effet indésirable fréquent lié à l'utilisation du *léflunomide* et au *célebrex* et peu fréquent avec l'*oméprazole*. Devant l'apparition d'une réaction cutanée ou muqueuse sous *léflunomide* ou autre médicament susceptible de l'induire, divers mesures sont nécessaires à savoir:

- 1- Arrêt du *léflunomide* et tout autre traitement associé ;
- 2- Un traitement doit être instauré immédiatement soit par administration d'acide biliaire (tels que la *colestyramine* à 8 gr, 3 fois par jour) ou de 50 gr de charbon activé en poudre, 4 fois par jour.

En pratique, la réintroduction de médicaments pouvant induire un effet de type allergique est contre indiquée, envisager un autre protocole thérapeutique, serait plus prudent.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1- ANSM "RCP leflunomide" Consulté le 14 Mars 2019 : 12 pages.

SYNDROME DE STEVENS JOHNSON ET ASSOCIATION MEDICAMENTEUSES



Un garçon âgé de 07 ans

pesant 22 kg, sans antécédents particuliers a été traité pour une angine érythémateuse avec de l'*ibuprofène*, l'*azithromycine*, l'*amoxicilline* et le *paracétamol*, par voie orale pendant 04 jours. 48 heures après le début du traitement, une dermatose bulleuse est apparue au niveau de la bouche et des organes génitaux externes associée à une conjonctivite bilatérale imposant une hospitalisation dans un service d'infectiologie. Un syndrome de Stevens Johnson a été évoqué. L'*azithromycine* et le *paracétamol* n'ont pas été arrêtés. La symptomatologie a régressée.

Le syndrome de Stevens-Johnson (SJS) est une réaction inflammatoire cutanéomuqueuse pouvant survenir à tout âge et est potentiellement létale, majoritairement d'origine médicamenteuse.

Il est caractérisé par la destruction et le détachement de l'épithélium de la peau et des muqueuses. Des réactions présumées être liées à une hypersensibilité (HS) médicamenteuse sont rapportées chez 5 à 12 % des enfants (1).

Les médicaments et substances biologiques les plus fréquemment en cause sont notamment les anti-infectieux, bêtalactamines, les antalgiques non opiacés, antipyrétiques et AINS, dans une plus faible mesure (2,3,4).

Les médicaments administrés chez le patient font partie de cette liste de médicaments à « haut risque chez l'enfant ». Dans notre cas, le syndrome de Stevens Johnson est essentiellement lié à l'*amoxicilline* et à l'*ibuprofène* et faiblement lié à l'*azithromycine* et le *paracétamol*, car malgré la poursuite de ces deux derniers, la symptomatologie avait régressé, nous ne pouvons éliminer non plus un problème d'interaction médicamenteuse.

En pratique, la réadministration des médicaments présumés responsables chez ce patient serait dangereuse. Il serait préférable de choisir d'autres classes thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1-Ponvert C. "Cas clinique : à propos d'un syndrome de Stevens-Johnson chez un enfant" *Rev Française d'Allergol.* 2013 ; **53** (2) : 91-94.
- 2- ANSM "RCP-Azithromycine" Consulté le 23 Février 2020 : 07 pages.
- 3-ANSM "RCP-Ibuprofène" Consulté le 23 Février 2020 : 09 pages.
- 4-ANSM "RCP-Amoxicilline" Consulté le 23 Février 2020 : 11 pages.

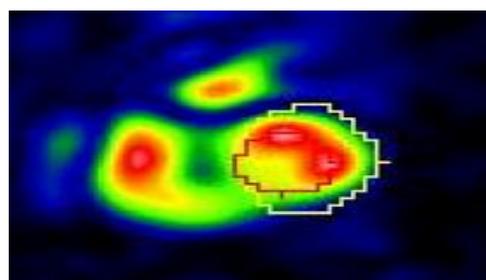
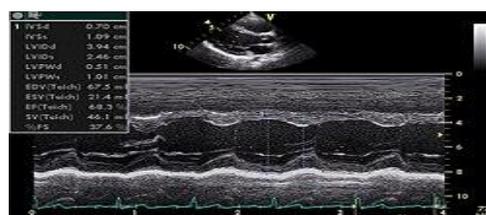


SUIVI CARDIOLOGIQUE SOUS TRASTUZUMAB

Trois patientes ayant un cancer du sein métastatique traitées par *trastuzumab*, ont présenté une diminution de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) respectivement de 19 % à la 5^{ème} cure, de 34 % et une dyspnée d'effort aiguë à la 7^{ème} cure, nécessitant l'arrêt du traitement. L'évolution n'est pas connue. Le dysfonctionnement cardiaque est un effet indésirable grave et fréquent lié à l'utilisation du *trastuzumab* par un effet cardiotoxique. Elle se manifeste le plus souvent par une diminution asymptomatique de la FEVG.

Recommandations :

- 1- L'évaluation de la fonction cardiaque doit être réalisée à l'initiation du traitement par le *trastuzumab* et répétée tous les 3 mois pendant la durée du traitement. Elle doit être poursuivie tous les 6 mois après l'arrêt du médicament, jusqu'à 24 mois après la dernière administration.
- 2- La mesure de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) par une échocardiographie ou une scintigraphie cardiaque est la méthode requise pour surveiller la fonction cardiaque.



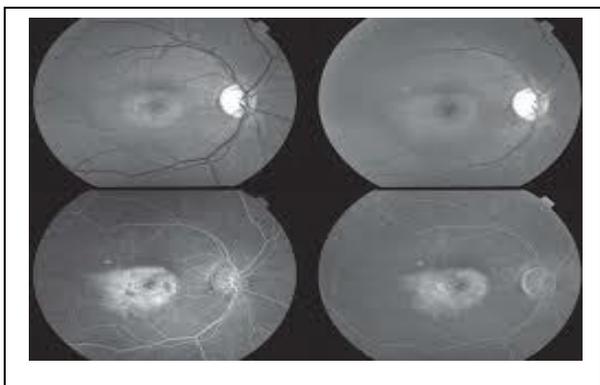
- 3- Le traitement doit être arrêté dans le cas où le pourcentage de la FEVG diminue de ≥ 10 points par rapport à sa valeur initiale et qu'il est inférieur à 50 %, et une nouvelle évaluation de la FEVG doit être réalisée dans un délai d'environ 3 semaines.
- 4- Le prescripteur doit poursuivre la surveillance cardiaque régulièrement pour réduire la fréquence et la sévérité des dysfonctionnements ventriculaires gauches et des insuffisances cardiaques congestives conformément au résumé des caractéristiques du *trastuzumab*.

En pratique, le suivi cardiologique régulier des patients sous *trastuzumab* est capital afin d'améliorer la prise en charge des patients en oncologie.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1- "Rappel de l'importance des mesures de surveillance cardiaque pendant le traitement pour réduire la fréquence et la sévérité des dysfonctionnements ventriculaires gauches et des insuffisances cardiaques congestives". www.ansm.santé.fr. Consulté le 22 Janvier 2019 : 02 pages
- 2- "Suivi cardiologique d'un patient oncologique" *Rev Med Suisse* 2010 ; 6 (251):1133-1139.

MACULOPATHIE BILATÉRALE SOUS TOCILIZUMAB



Le CNPM a reçu pour avis, un cas de neuropathie optique survenu suite à l'utilisation du *Tocilizumab* chez une patiente présentant une polyarthrite rhumatoïde sévère et active.

La patiente ayant des antécédents de polyarthrite rhumatoïde sévère et active, a été mise sous *Tocilizumab* en perfusion intraveineuse à une posologie de 8 mg/kg/4semaines.

-Après 13 cures, elle a présenté une maculopathie bilatérale (scotome au niveau des 02 yeux avec baisse de l'acuité visuel).

- La recherche d'un lien de causalité entre la prise de *Tocilizumab* et la survenue de l'évènement indésirable est douteux (C1 S1): I1.

- Les données de la littérature relèvent que les neuropathies optiques ont été décrites avec les autres anti- TNF alpha mais pas avec le *Tocilizumab*. Il serait possible que ce soit le premier cas (1,2, 3, 4).

En pratique, chez les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde et en cas d'échec thérapeutique: il n'est pas démontré que le *Tocilizumab* ait une meilleure balance bénéfices/risques que le *Rituximab* utilisé depuis longtemps. Autant rester sur le *Rituximab*, pour lequel on bénéficie d'un recul plus important, voire à l'*Abatacept* (1).

BIBLIOGRAPHIE :

- 1- "Polyarthrite rhumatoïde" Idées-forces Prescrire. Mise à jour Mars 2008.
- 2- Savage C et Coll. "New therapeutics in rheumatoid arthritis" *Rheum Dis Clin North Am* 2006; **32** : 57-74.
- 3- U.S. Food and Drug Administration-Center for Drug Evaluation and Research "Memorandum tocilizumab BLA 125276" 26 June 2008: 43 pages.
- 4-ANSM "RCP-Rituximab" Consulté le 23 Février 2020: 07 pages.
- 5-EMA "RCP-Abatacept" Consulté le 23 Février 2020: 172 pages.

L'ANAPHYLAXIE AUX CURARES



Le choc anaphylactique lié aux agents anesthésiques est une complication grave pouvant conduire au décès du patient malgré une réanimation bien conduite.

Depuis la mise en place de l'observatoire du Groupe d'études des réactions allergiques peranesthésiques (GERAP), il a été constaté que les *curares* étaient des médicaments qui induisaient plus de la moitié des réactions allergiques en période périopératoire depuis plus de 30 ans. Ces réactions sont des réactions d'hypersensibilité immédiate pour plus de 60 % d'entre elles (1).

D'autres signes cliniques tels que douleurs abdominales, diarrhée, vomissement peuvent être aussi associés (6).

Les signes cliniques ne permettent pas à eux seuls de déterminer le mécanisme de la réaction. Il est nécessaire devant toute réaction allergique de réaliser un bilan sanguin immédiat pour doser les médiateurs de la réaction notamment histamine, tryptase, IgE et faire des tests allergologiques à distance, afin de poser le diagnostic précis d'allergie après synthèse de l'anamnèse per opératoire, des explorations biologiques et des explorations cutanées (1).

Les mécanismes responsables de l'anaphylaxie avec les curares sont le plus souvent :

Des réactions d'hypersensibilité immédiate immunologique :



Elles sont médiées par des IgE. Les *curares* contiennent l'épitope "Ion ammonium quaternaire partagé", le rôle déterminant des ammoniums quaternaires, et des amines tertiaires, dans la liaison des IgE spécifiques aux curares a été démontré (2).

Une réaction d'hypersensibilité immédiate non immunologique : les curares peuvent induire une réaction allergique par l'activation d'un récepteur membranaire des mastocytes (le Mas-related G-protein coupled receptor member X2 (MRGPRX2)). Ceci pourrait expliquer la libération des contenus cellulaires des mastocytes par une voie différente de celle du pontage des IgE (3).

La symptomatologie clinique d'une anaphylaxie aux curares, correspond à un syndrome clinique associant de manière variable des signes respiratoires et/ou circulatoires et le plus souvent des signes cutanéomuqueux.

Il existe des cas de réactions d'hypersensibilité immédiate IgE médiée lors d'une première exposition à un curare (4). Il s'agit d'une sensibilisation à un déterminant allergénique commun avec le curare, c'est le cas des substances contenant des ammoniums quaternaires ou des amines tertiaires.

Ces substances sont contenues dans de nombreux produits en particulier les cosmétiques, les désinfectants et la

pholcodine (molécule opioïde antitussive) (3, 5).

En pratique, la prise en charge rapide et optimale de la réaction allergique doit être encouragée par la formation et la sensibilisation des équipes anesthésiques.

La consultation d'allergo-anesthésie permet d'établir un diagnostic précis et de gérer les recommandations qui en découlent pour les anesthésies ultérieures.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1-Malinovsky M et Coll. "Actualité sur les curares" *Rev française d'allergol* 2017 ; **57**: 547-550.
- 2- Baldo BA et Coll. "Substituted ammonium ions as allergenic determinants in drug allergy" *Nature* 1983; 306:262-264.
- 3- Neil BD et Coll. "Identification of a mast-cell-specific receptor crucial for pseudo-allergic drug reactions" *Nature* 2015; 519:237-241.
- 4- Reddy J et Coll. "Anaphylaxis is more common with rocuronium and succinylcholine than with atracurium" *Anesthesiology* 2015; **122** (1): 39-45.
- 5- Hennino A et Coll. " Pathophysiology of urticaria" *Clin Rev Allergy Immun* 2006 ; **30**: 3-11.
- 6- "Conduite à tenir après le traitement d'urgence d'une suspicion d'anaphylaxie" <http://www.has-santé.fr>. Consulter le 02 Janvier 2019 : 30 pages.



ŒDÈMES PÉRIPHÉRIQUES SOUS IRBÉSARTAN-AMLODIPINE



Les associations fixes d'antihypertenseurs de différentes classes thérapeutiques se développent de plus en plus. Parmi ces associations, les formules à bases de sartan et d'inhibiteur calcique sont utilisées, notamment l'association *irbésartan-amlodipine*. Si une telle association est prescrite chez un patient, ces deux molécules peuvent exposer à des effets indésirables majeurs, en plus du risque d'interactions que le prescripteur ne doit pas négliger (2).

03 cas d'œdèmes périphériques ont été déclarés au CNPM chez des patients traités par l'association *irbésartan-amlodipine* pour traiter une hypertension artérielle. Une patiente a présenté des d'œdèmes périphériques associés à des rougeurs satellites et une éruption cutanée au niveau du visage. Deux autres patients ont présenté des œdèmes associés à des douleurs au niveau des hanches, des genoux et des jambes.

Les manifestations ont disparu à l'arrêt du traitement.

La recherche d'un lien de causalité entre la prise de l'association *irbésartan-amlodipine* (*Aprovasc*®) et la survenue des œdèmes périphériques, chez les trois patients, est revenue avec un haut grade d'imputabilité 16 (C3S3) et un score d'informativité N12.

Les œdèmes et les angio-œdèmes sont décrits comme réactions indésirables sur le RCP de l'*Amlodipine* (1).

En Pratique, en cas d'hypertension artérielle, l'association *irbésartan-amlodipine* n'a pas démontré une meilleure balance bénéfices/risques par rapport aux deux molécules prises séparément. Cette association est à éviter d'autant qu'il pourrait y avoir une majoration d'effets indésirables.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1- ANSM" RCP-irbésartan-amlodipine". Consulté le 12 Février 2020 : 12 pages
- 2-"irbésartan-amlodipine" Suppl Interactions Médicamenteuses; *Rev Prescrire*; Mars 2017.



L'administration simultanée de médicaments (anticancéreux) et d'aliments peut être à l'origine d'interaction entraînant des variations des concentrations plasmatiques (pharmacocinétique), d'efficacité ou de toxicité (Pharmacodynamie) de médicament (2).

Depuis plus de 15 ans, il a été démontré que certains aliments pouvaient affecter la pharmacocinétique des médicaments pris par voie orale. En 20 ans, le nombre de médicaments anticancéreux disponibles par voie orale a augmenté avec l'apparition notamment des inhibiteurs de Tyrosine Kinase (ITK), exposant aux interactions avec les aliments. Parmi ces interactions on retrouve (1):

- Les repas gras et lactés retardent, voire diminuent l'absorption intestinales et les concentrations

plasmatiques de certains antinéoplasiques : des agents alkylants, *melphalan*, *chlorambucil*, *busulfant* ; des antimétabolites, *méthotrexate*, *5-fluorouracile*, *6-mercaptopurine* ; un cytotoxique antinéoplasique, *vinorelbine* ; des inhibiteurs de la topoisomérase I, *topotécan* , *rubitécan* et de certains inhibiteurs de tyrosine kinase , *génitnib*, *ionafamib*..

- Le rôle des flavonoïdes (Kaempférol, quecétine, galangine) contenues dans les fruits (Pamplemousse), légumes (oignons, etc) et boissons (thé, vin) a été évoqué en raison de leurs caractères modulateurs de la P-gp intestinale. Ces flavonoïdes peuvent être inductrices ou inhibitrices du CYP3A4 et de la P-gp intestinale, modifiant l'absorption de cytotoxiques tels que l'étoposide et la vimblastine.

L'interaction entre des agents anticancéreux et les repas doit être prise en compte par les prescripteurs. En dehors des agents dont l'absorption est réduite par des repas gras ou lactés, la majorité des agents

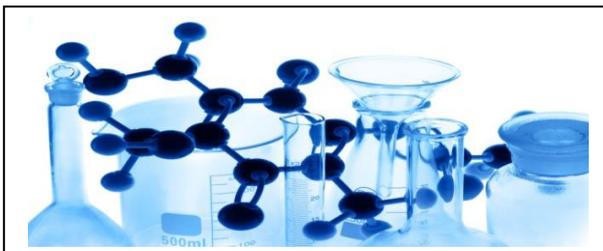
cytotoxiques doivent être pris au cours ou immédiatement après le repas pour optimiser leur absorption intestinale et d'en réduire la

En pratique, les interactions médicaments (anticancéreux) et aliments restent méconnues par les praticiens malgré qu'ils aient été démontrés dans de nombreuses situations. Cependant, le respect des règles de prescription, la meilleure diffusion de l'information auprès des cliniciens et des patients sont les clés pour assurer une prise en charge optimale des patients.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1- Mouly S et Coll. "Interactions médicaments-aliments en médecine interne: quels messages pour le clinicien" *Rev méd int* 2015 ; 36 : 530-539.
- 2- Sylvie S et Coll. "Nutrition et médicaments: mise au point sur les aspects pharmacocinétiques" *Rev française des laboratoires* 2001 ; 334 : 65-70.

SUIVI THERAPEUTIQUE PHARMACOLOGIQUE (STP) DE LA CARBAMAZEPINE



La *carbamazépine* est un anticonvulsivant non barbiturique, elle possède aussi des propriétés sédatives et agit comme régulateur de l'humeur. Elle est utilisée dans le traitement de certaines formes d'épilepsies et de douleurs, ainsi qu'en psychiatrie pour ses propriétés thymorégulatrices (1).

Un patient âgé de 25 ans de sexe masculin souffrant de troubles psychotiques depuis une année, traité par de la *carbamazépine* à la posologie de 400mg/j depuis plus de 2 mois (64 jours), de la *quétiapine* à raison de 400mg/j, la *fluoxétine* à raison de 200mg/j et du *clorazépate dipotassique*. Il était cliniquement stable.

Le patient a été adressé au laboratoire de Suivi Thérapeutique Pharmacologique (STP) du CNPM pour un dosage plasmatique de la *carbamazépine*. Le taux plasmatique de carbamazépine retrouvé était de 8,9 µg/ml.

Discussion

Le dosage plasmatique de la *carbamazépine* a révélé un taux compris dans l'intervalle thérapeutique préconisé : 4 - 12 µg/ml (2,3) et le patient est cliniquement stable, cependant un risque d'interaction

médicamenteuse est important notamment avec les médicaments pris par ce patient.

Une recherche bibliographique réalisée, a révélé l'existence d'importantes interactions médicamenteuses :

- L'association avec la *fluoxétine* augmente la concentration plasmatique de la *carbamazépine*.

En effet, la *fluoxétine* est un inhibiteur de l'isoenzyme CYP 3A4 intervenant dans le métabolisme de la *carbamazépine*. Cette association expose aussi à une addition d'effets indésirables hyponatrémiants (4).

- L'utilisation concomitante de la *quétiapine* et de la *carbamazépine* diminue significativement les concentrations plasmatiques de la *quétiapine* sous l'effet inducteur de la *carbamazépine*, ce qui peut affecter l'efficacité du traitement par la *quétiapine* (5,6).

Recommandations :

Etant donné du risque d'interactions médicamenteuses majeures chez ce patient, il est recommandé de :

- Réaliser un STP régulier de la *carbamazépine*.

- Informer le patient des effets indésirables et des signes de surdose de *carbamazépine* afin de les repérer dès leur apparition (4).

En cas de changement de thérapeutique notamment en cas d'arrêt de la *fluoxétine*, assurer une surveillance clinique et une surveillance des taux plasmatiques de la *carbamazépine* afin de guider son adaptation posologique.

- Surveillance de la natrémie vu l'association de deux médicaments hyponatrémiants : la *carbamazépine* et la *fluoxétine* (4).

BIBLIOGRAPHIE

1. Vidal "TégrétoI" consulté le 23 février 2020 : 12 pages.
- 2- Millet B et Coll. "Surveillance des traitements thymorégulateurs dans le trouble bipolaire". L'Encéphale ; 2006. <https://www.encephale.com>, consulté le 3 juin 2019 : 06 pages.
- 3- SIEMENS Syva®. Emit® 2000 Carbamazepine Assay. Fiche technique du test carbamazépine. Siemens healthcare diagnostics USA ; 2011.
- 4- "Carbamazépine" *Rev Prescrire*. Interactions Médicamenteuses 2018.
- 5- ANSM "RCP-Quétiapine" Consulté le 23 février 2020: 23 pages.
- 6- Aronson JK "Carbamazepine" *Meyler's side effects of drugs: the international encyclopedia of adverse drug reactions and interactions*. 16th Ed. 2016.



Diffuseurs portables ambulatoires à ballonnet de 250ml



Un centre hospitalier « unité d'Oncologie » avait déclaré au CNPM que les diffuseurs portables ambulatoires à ballonnet de 250 ml ne libéraient pas la quantité totale du produit. L'effet a été constaté chez six patients.

Le laboratoire a été contacté afin de l'informer du problème pour qu'il puisse mener les investigations nécessaires. Ce dernier a réalisé une formation des préparateurs et infirmiers concernant la mise en place et la manipulation du dispositif.

Cependant, le problème persistait, malgré le respect de l'utilisation de la chambre implantable, et le remplissage des flacons. L'enquête diligentée à cet effet au niveau des services utilisateurs a montré que la plupart des utilisateurs ont confirmé le problème du blocage de la perfusion au bout de quelques heures, ne laissant pas passer tout le produit de chimiothérapie. Ce problème a été observé avec tous les lots.

Une revue de la littérature a été effectuée et a montré que selon une étude réalisée sur 4800 diffuseurs dans un établissement hospitalier (1), il a été constaté que les déclarations de matériovigilances étaient rares et que le lien de causalité était souvent difficile à établir (1). Il a été noté également que, ce dispositif médical destiné à l'administration de chimiothérapie à domicile peut présenter des dysfonctionnements, pouvant exposer le patient et le personnel infirmier aux cytotoxiques. Selon les auteurs les principaux dysfonctionnements rencontrés peuvent être :

1. Des fuites au niveau du branchement du diffuseur ;
2. Un non-écoulement ou diffusion trop rapide du produit chimiothérapeutique.

Concernant le dysfonctionnement de diffuseurs portables, plusieurs observations ont été relevées, qui sont principalement (1):

- Le lieu de la fuite, il peut être dû à la tubulure telle qu'une mauvaise connexion avec l'aiguille de Huber ;
- Le non respect de la température du diffuseur : ce qui perturbe le régulateur du débit, le diffuseur doit être en contact avec la peau ;
- Le diffuseur doit être placé dans sa pochette à distance d'une source de chaleur, à l'abri de la lumière et placé à bonne hauteur c'est-à-dire non posé au sol ou au dessus de la tête du patient.

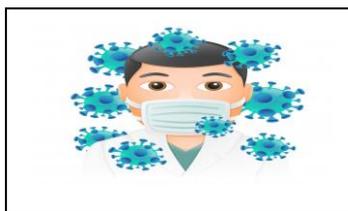
Par conséquent, le CNPM avait recommandé le retrait des lots incriminés et leurs remplacements par d'autres de meilleures qualités.

En pratique, Il est important à rappeler les conduites à adopter en cas d'incident qui reste primordial, les bons réflexes se perdent parfois du fait d'une utilisation "banalisée" d'un dispositif. La protection du patient ainsi que du personnel soignant et la déclaration de matériovigilance conforme et précise sont essentielles.

BIBLIOGRAPHIE

1- Tran L et Coll. "Dysfonctionnement de diffuseurs portables et matériovigilance" *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien* 2013 ; **48** :256 284 .

L'usage des masques à usage médical ou en tissus protègent ils contre la COVID-19 ?



Les sources de transmissions du virus SARS-Cov-2 responsable de la pandémie COVID-19 sont principalement le contact des mains contaminés avec le visage, projections de gouttelettes ou de postillons chargés de virus lors de la toux, d'un éternuement ou en parlant.

La reprise des activités après le confinement expose à des risques de rapprochement entre les personnes. Des mesures préventives en plus des gestes barrières ont été recommandées telles que le port des masques médicaux ou en tissus réutilisables, sont utiles surtout pour les personnes infectées et contagieuses. **mais sont ils efficaces pour prévenir la transmission dans la population générale du corona virus covid -19 ?**

Une évaluation de l'efficacité des masques en prévention des infections respiratoires a été réalisée sur la base de synthèse de deux études cas /temoins en prévention des infections par SARS-COV1 apparu en 2003 et proche du SARS-COV 2.

Aucune de ces deux études retenue pour cette évaluation n'a été menée dans le cadre de la pandémie COVID 19 actuelle. Néanmoins, les résultats de la première étude il y-a eu 188 cas d'infections survenues chez 2139 personnes vivants dans le même foyer familial qu'un patient hospitalisé pour une infection SARS-1. Cette étude montre, qu'en l'absence de masque par la personne infectée et par les personnes contacts, le risque d'infection par le SARS-1 était 3 fois plus grand. Pour la seconde étude, où il a été comparé 330 cas de personnes infectés par le SARS-COV-1, sans contact causal identifié, à 660 témoins non infectés, il en résulte que l'absence de port régulier de masque dans les lieux publics a été associée à un risque d'infection 3 fois plus élevé .

Dans les deux études le type de masque portés n'ont pas été précisés, et il n'est pas exclu que les personnes qui portaient un masque aient appliqué aussi les autres gestes barrières.

Des essais randomisés et d'autres comparatives pour d'autres infections respiratoires notamment du virus de la grippe ont été recensés par ces synthèses, mais n'ont pas montré

d'avantage ou une efficacité du port d'un masque.

A l'heure actuelle, il n' y a pas eu assez de preuve quant à l'efficacité du port de masque à usage médical ou en tissus pour réduire la transmission des infections par le corona virus dans la population générale et surtout dans les situations de contact avec une personne infectée. L'application des principaux gestes barrières et de distanciation physique restent de mise afin de lutter contre cette pandémie.

Conclusion : si vous portez un masque, pour éviter de le contaminer il faudra vous lavez les mains avant de le porter et après son retrait. Afin de ne pas vous contaminer les mains, appliquer le correctement en vous couvrant le nez et la bouche et évitez de le toucher, ou de le glisser sous le nez ou sur le front.

BIBLIOGRAPHIE

1. "COVID19: Les masques diminuent peut être en partie la transmission du coronavirus en population générale". *Rev prescrire* 29 avril 2020 : 01 page.

