

On observait une utilisation plus importante de crèmes hydratantes (85,9 % pendant l'épidémie versus 70,2 % avant) associée à une utilisation moindre des dermocorticoïdes. Durant l'épidémie, les modifications des habitudes d'hygiène des mains en cas de lésions étaient moins fréquentes que lors des études précédentes.

**Discussion** Malgré un biais de sélection (les répondants à cette enquête sont probablement des professionnels particulièrement concernés par les problèmes de DM), cette étude est la première à s'intéresser aux mains des soignants durant la pandémie de SARS-CoV-2. On observe une augmentation très significative du nombre quotidien de lavages de mains et d'utilisation des PHA avec pour conséquence une augmentation des lésions des mains. La communication sur les facteurs de risque de DM a permis aux soignants de maintenir les mesures d'hygiène recommandées malgré les lésions cutanées ainsi que la mise à disposition de crèmes hydratantes.

**Conclusion** L'épidémie de SARS-CoV-2 a eu des conséquences majeures sur l'augmentation du nombre de DM du personnel hospitalier. Une éducation des soignants, la mise à disposition de produits lavant doux et de crèmes émoussantes, ainsi que l'accès rapide à une consultation dédiée sont fondamentaux.

**Mots clés** COVID-19 ; Dermite des mains ; Soignants

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

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2020.09.230>

P072

## Bénéfice de l'ivermectine : de la gale à la COVID-19, un exemple de sérendipité



C. Bernigaud<sup>1,2,\*</sup>, D. Guillemot<sup>3,4,5,a</sup>, A. Ahmed-Belkacem<sup>7,a</sup>, L. Grimaldi-Bensouda<sup>3,4,a</sup>, A. Lespine<sup>7,a</sup>, F. Berry<sup>6</sup>, L. Softic<sup>6</sup>, C. Chenost<sup>8</sup>, G. Do-Pham<sup>9</sup>, B. Giraudeau<sup>10,11,a</sup>, S. Fourati<sup>7,12,a</sup>, O. Chosidow<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Dermatologie, AP-HP, hôpital Henri-Mondor

<sup>2</sup> Research Group Dynamic, EA7380, faculté de santé de Créteil, école nationale vétérinaire d'Alfort, USC ANSES, université Paris-Est Créteil, Créteil

<sup>3</sup> Anti-infective evasion and pharmacoepidemiology team, université Paris-Saclay, UVSQ, Inserm, CESP, Montigny-Le-Bretonneux

<sup>4</sup> Public health, medical information, clinical research, AP-HP, Paris-Saclay, Le Kremlin-Bicêtre

<sup>5</sup> Epidemiology and modelling of antibiotic evasion (EMAE), institut Pasteur, Paris

<sup>6</sup> Inserm U955, université de Santé, Paris-Est, Créteil

<sup>7</sup> INTHERES, université de Toulouse, INRAE, ENVT, Toulouse

<sup>8</sup> Médecin coordinateur, 77, Seine-et-Marne

<sup>9</sup> Médecine interne, centre intercommunal de Créteil, Créteil

<sup>10</sup> UMR SPHERE Inserm U1246, université de Tours, université de Nantes

<sup>11</sup> Inserm CIC1415, CHRU de Tours, Tours

<sup>12</sup> Laboratoire de virologie, AP-HP, hôpital Henri-Mondor, faculté de santé, Paris-Est, Créteil, Créteil, France

\* Auteur correspondant.

**Introduction** L'âge, facteur principal de la COVID-19 sévère/mortelle, explique que les résidents des EHPAD, âgés et/ou comorbides, soient à risque. L'ivermectine (IVM), anti-parasitaire, a montré une activité antivirale anti-SARS-CoV-2 in vitro (étude australienne). La moxidectine (MOX) pourrait aussi être intéressante (demi-vie longue). Lors d'une épidémie de gale en EHPAD où les résidents ont reçu de l'IVM orale, nous rapportons son impact sur la Covid-19 survenue en parallèle.

**Observation** Le 6/03/20 : patiente de 66 ans = résidente-1, EHPAD-A (Seine-et-Marne, 77), hospitalisée pour gale profuse. Incluse dans l'essai contrôlé randomisé (ECT) « gale CRUSTED ; NCT02841215 », a reçu 3 doses d'IVM (400 ou 200 µg/kg en insu ; J0-J7-J14). Trois autres résidents avaient une gale ; et résidents

et personnels ont reçu IVM 200 µg/kg J0–J7 (n = 121). Retour de la résidente-1 à l'EHPAD-A le 17/03 (plan blanc).

**Étude épidémiologique** : Les cas probables ou confirmés (PCR) de COVID-19 de l'EHPAD-A entre 5/03 et 15/05 ont été identifiés, facteurs de risque, sévérité et mortalité précisés. Durant cette période, les infections COVID-19 et décès des autres EHPAD du 77 étaient déclarés à l'ARS. Une comparaison EHPAD-A et contrôles (EHPAD du 77 comparables en âge, effectif et tarif) était réalisée. **Étude virologique in vitro** : Mesure de l'activité anti-SARS-CoV-2 de l'IVM et MOX sur cellules VeroE6 à doses croissantes (0,05–10 µM) par quantification ARN et immunofluorescence ; viabilité des cellules surveillée.

**Résultats** Soixante-neuf résidents (incluant résidente-1) et 52 personnels EHPAD-A ont reçu l'IVM : âge médian résidents 90 ans (84–94), 78,3 % femmes, 98,6 % au moins une comorbidité à risque de COVID-19 sévère. 11 sujets présentaient une COVID-19 probable ou certaine (7/69 résidents et 4/52 personnels, fréquence 10,1 %). Parmi les résidents, 90,9 % (10/11) ont eu une COVID-19 minime, sans oxygène ou hospitalisation, aucun mort. Parmi les 177 EHPAD du 77, 45 étaient inclus comme contrôles, soit 3062 résidents (âge médian 86,2 ans, 77,3 % femmes). Parmi eux, 22,6 % [95 %IC 16,3–28,9] ont eu la COVID-19 vs. 1,4 % EHPAD-A avec une mortalité attribuable de 4,9 % [95 %IC 3,2–6,5] vs. 0 % EHPAD-A. Une activité antivirale majeure in vitro de l'IVM et MOX (EC<sub>50</sub> IVM 0,14 ± 0,02 µM et MOX 0,48 µM ± 0,08 µM) avec viabilité cellulaire préservée était observée.

**Discussion** Tous les cas observés de COVID-19 dans l'EHPAD-A « traité » par IVM étaient mineurs, sans décès durant la période d'étude, alors que les résidents des EHPAD « contrôles » (sans IVM), appariés selon âge, effectif et niveau socio-économique, ont montré une fréquence de COVID-19 et une mortalité plus élevées. L'IVM pourrait avoir un rôle protecteur (suggéré depuis dans étude US), conforté par l'étude virologique. Malgré les limites — caractère observationnel et absence de corrélation démontrée in vitro/in vivo —, la plausibilité est suffisante pour réaliser un ECT en cluster de prévention par IVM et MOX en EHPAD.

**Mots clés** COVID-19 ; Gale ; Ivermectine ; Moxidectine

**Supplément en ligne Matériel complémentaire**

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.annder.2020.09.231>.

**Déclaration de liens d'intérêts** C. Bernigaud est consultant pour non rémunéré pour Medicines Development for Global Health ; D. Guillemot : aucun conflit à déclarer ; A. Ahmed-Belkacem : aucun conflit à déclarer ; L. Grimaldi-Bensouda : aucun conflit à déclarer ; A. Lespine : aucun conflit à déclarer ; F. Berry : aucun conflit à déclarer ; L. Softic : aucun conflit à déclarer ; C. Chenost : aucun conflit à déclarer ; G. Do-Pham : aucun conflit à déclarer ; B. Giraudeau : aucun conflit à déclarer ; S. Fourati : aucun conflit à déclarer ; O. Chosidow est consultant pour non rémunéré pour Medicines Development for Global Health.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2020.09.231>

<sup>a</sup> Contribution égale.