

Compte-rendu

# Plasma convalescent et COVID-19 : est-ce que l'administration précoce est la clé ?

## Mots-clés

COVID-19 , SARS-CoV-2 , Plasma Convalescent , Timing  
Early High-Titer Plasma Therapy to Prevent Severe Covid-19 in Older Adults.

R. Libster et al., NEJM, 18.02.2021

DOI: [10.1056/NEJMoa2033700](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2033700)

## Introduction

Alors que l'arsenal thérapeutique contre le COVID-19 reste limité, beaucoup d'espoir repose sur l'administration d'immunoglobulines spécifiques anti-SARS-COV2 présentes dans le plasma des patient.e.s convalescent.e.s.

## Méthode

Dans cette étude randomisée en double-aveugle menée l'été dernier en Argentine, les auteurs ont comparé l'effet du plasma convalescent riche en IgG anti-SARS-CoV-2 versus placebo dans une population de patient.e.s âgé.e.s de 75 ans et plus, ou de 65-74 ans avec  $\geq 1$  comorbidité [HTA, DM, BMI $>30$ , IRC, maladie CV ou BPCO], dans les 72h du début des symptômes modérés associés au COVID-19 (fatigue, toux, myalgies, etc.). L'issue primaire était la survenue d'une maladie sévère qualifiée par une FR $>30$ /min et/ou SatO<sub>2</sub>  $<93\%$  AA.

## Résultats

Parmi les patient.e.s qui ont bénéficié du plasma convalescent (250 ml, titre  $>1:1000$  IgG anti-protéine spike SARS-CoV-2), **16% (13/80) ont développé une forme sévère de la maladie, vs. 31% (25/80) avec placebo** (RR 0.52, 95% CI 0.29-0.94,  $p=0.03$ ; réduction relative du risque 48%). Bien que l'étude manquait de puissance statistique pour être conclusive sur les issues secondaires, il y avait une tendance à l'amélioration de plusieurs d'entre-elles (ventilation non invasive/invasive, mortalité) dans le groupe de patient.e.s ayant reçu le plasma convalescent. Cet essai clinique n'a pas mis en évidence d'événements indésirables liés à l'administration de plasma.

## Discussion

**L'immunisation passive par plasma convalescent semble efficace contre une progression grave de la maladie chez les patient.e.s âgé.e.s ou à risque de complication**, avec une diminution de moitié du risque relatif, pour autant qu'il soit administré *précocement* dans le cours de la maladie (72h du début des symptômes). Une limitation importante de la valeur externe de cette étude est l'exclusion de patient.e.s présentant notamment une insuffisance cardiaque sévère (NYHA III-IV), une IRC sévère (KDIGO G4-G5), une cirrhose de stade  $\geq II$ , une maladie oncologique active. Enfin, les titres d'anticorps des patient.e.s n'ont pas été dosés avant intervention : on peut imaginer que les patient.e.s du groupe placebo présentaient une moins bonne réaction immunitaire au départ, pouvant expliquer la moins bonne évolution.

## Conclusion

Pour rappel, l'administration de plasma convalescent n'a pas démontré jusque-là de bénéfice clair chez les patient.e.s hospitalisé.e.s tout venant. La clé réside peut-être en partie dans le timing de l'administration et dans la caractéristique des patient.e.s (comorbidités, état immunitaire, etc.). **Les recommandations de la NIH précisent encore aujourd'hui que les données sont insuffisantes en faveur ou contre l'usage de plasma convalescent.**

Date de publication	Auteurs
05.04.2021	