



Des médicaments efficaces contre Covid-19 issus de la pratique quotidienne

Même après plus d'un an d'expérience avec la maladie de Covid-19, il y a souvent un sentiment général d'impuissance dû à la conviction qu'aucun médicament n'existe contre cette maladie. En effet, l'approbation provisoire d'un nouveau vaccin n'est autorisée que s'il n'existe aucun médicament efficace sur le marché.

Cependant, il existe de nombreuses molécules bien connues qui ont fait leurs preuves dans la pratique quotidienne des médecins praticiens et dont l'efficacité contre le covid-19 a été démontrée dans de nombreuses études. Leurs risques et effets secondaires sont bien connus, contrairement aux vaccins provisoirement approuvés.

Tant qu'ils ne sont pas officiellement reconnus comme des médicaments contre Covid-19, ils sont considérés comme des « utilisations non autorisées ». C'est-à-dire que le médecin et le patient les utilisent sans autorisation officielle (off-label-use). L'aspirine est un exemple bien connu de cette utilisation « non autorisée ». Ce médicament, officiellement approuvé comme un analgésique, a été découvert comme ayant des propriétés anticoagulantes. Bien que l'aspirine n'ait pas été « inventée » à l'origine dans ce but, elle est souvent utilisée pour cet « effet secondaire pratique ». Il existe de nombreuses molécules qui ont été utilisées avec succès dans le cadre d'une telle utilisation hors AMM.

Voici maintenant l'aperçu des médicaments efficaces et des études correspondantes

IVERMECTINE

NIH (National Institute of Health)



Depuis la dernière révision de cette section des directives officielles de traitement, les résultats de plusieurs essais randomisés et études de cohorte rétrospectives sur l'utilisation de l'ivermectine chez les patients atteints de COVID-19 ont été publiés dans des revues à comité de lecture ou mis à disposition sous forme de manuscrits avant examen par les pairs.

Certains essais cliniques n'ont montré aucun bénéfice ou une aggravation de la maladie après l'utilisation de l'ivermectine, tandis que d'autres ont fait état d'un délai plus court de résolution des manifestations de la maladie attribuée à COVID-19, d'une réduction plus importante des niveaux de marqueurs inflammatoires, d'un délai plus court de clairance virale ou d'une mortalité plus faible chez les patients recevant de l'ivermectine que chez les patients recevant des médicaments de comparaison ou un placebo.

VOICI LES 4 ÉTUDES « NÉGATIVES », RESPECTIVEMENT PLUTÔT « NON CONCLUANTES »:

- Une étude au Bangladesh (72 patients), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33278625/>. Les symptômes de fièvre, de toux et de maux de gorge étaient identiques dans les 3 groupes, y compris le groupe témoin placebo ; la charge virale a diminué au jour 5 dans le groupe ivermectine. Aucun effet secondaire.

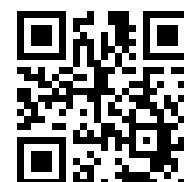
- Une étude pakistanaise (50 patients, dont 32 asymptomatiques), <https://www.ijsciences.com/pub/article/2378>. Statistiquement, il n'y avait pas de différence significative entre le groupe de cas ayant reçu de l'ivermectine en même temps qu'un traitement symptomatique et le groupe témoin qui n'avait reçu qu'un traitement symptomatique sans ivermectine et qui était asymptomatique au 7^e jour de suivi.
- Une étude au Bangladesh (116 patients) <https://assets.researchsquare.com/files/rs-38896/v1/3ee350c3-9d3f-4253-85f9-1f17f3af9551.pdf>. Dans deux groupes de comparaison, le groupe ivermectine-doxycycline a obtenu des résultats légèrement supérieurs à ceux du groupe hydroxychloroquine-azithromycine.
- Une étude péruvienne (étude d'analyse rétrospective de 5 683 patients au Pérou, préimprimée et non évaluée par des pairs.) <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.06.20208066v3> Résultat : aucun effet. Remarque : les études non contrôlées par d'autres chercheurs ne doivent pas être utilisées, notamment par les NIH.

PASSONS MAINTENANT AUX ÉTUDES POSITIVES

50 études portant sur 15 838 patients, dont 26 ECR (essais contrôlés randomisés, l'étalon-or)

Résultat :

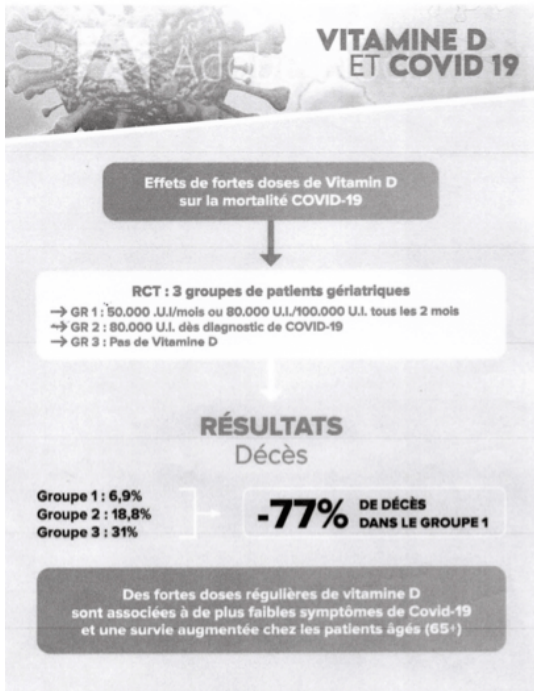
- Avec un traitement précoce : efficacité de 81 %.
- Avec un traitement tardif : 46 % d'efficacité
- Pour un traitement prophylactique (par exemple pour d'autres personnes âgées à domicile) : efficacité de 88 %.
- Mortalité : 74% Efficacité.



Treatment time	Number of studies reporting positive effects	Total number of studies	Percentage of studies reporting positive effects	Probability of an equal or greater percentage of positive results from an ineffective treatment	Random effects meta-analysis results
Early treatment	18	18	100%	0.0000038 1 in 262 thousand	81% improvement RR 0.19 [0.09-0.38] p < 0.0001
Late treatment	19	19	100%	0.0000019 1 in 524 thousand	46% improvement RR 0.54 [0.41-0.70] p < 0.0001
Prophylaxis	12	12	100%	0.00024 1 in 4 thousand	88% improvement RR 0.12 [0.07-0.22] p < 0.0001
All studies	49	49	100%	0.0000000000000018 1 in 563 trillion	74% improvement RR 0.26 [0.20-0.34] p < 0.0001

VITAMINE D

Conseil supérieur de la Sante (Belgique) CCS 9620:



Conseil supérieur de la Sante (Belgique) CCS 9620 : En page 9, les auteurs font référence à une étude menée par l'Université d'Angers. Le même groupe a lancé un essai contrôlé randomisé comparant l'effet sur le résultat de deux doses de vitamine D (50 000 vs 200 000 UI) administrées à l'admission (<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04344041>). Les résultats sont annoncés pour mai 2021.

Étude espagnole, efficacité de 95 %.



Sur 50 patients traités par le calcifédiol, un seul a dû être admis en soins intensifs (2 %), tandis que sur 26 patients non traités, 13 ont dû être admis (50 %) p-value X2 test de Fischer $p < 0,001$.

Une étude dans une maison de retraite en France



Certifie une réduction de 89% de la mortalité.

Une étude britannique rétrospective

après d'environ 1000 patients hospitalisés atteints de Covid a constaté une réduction de 80% de la mortalité avec de fortes doses de vitamine D.



Résultat:

on trouve 70 études sur la vitamine D, dont 20 sont des études de traitement avec 14.808 patients Résultat : amélioration de 62 % dans ces 20 études ; amélioration de 69 % dans les études de mortalité (11 études).

- Random effects meta-analysis of the 20 vitamin D COVID-19 treatment studies to date shows an estimated reduction of 62% in the effect measured, RR 0.38 [0.27-0.53]. 95% of the studies to date report positive effects (12 of 20 are statistically significant in isolation). There is significant heterogeneity in studies, however this overview highlights that all treatment studies show positive effects, with the exception of one very late stage cholecalciferol study.
- Sufficiency studies show a strong association between vitamin D sufficiency and outcomes. Meta-analysis of the 50 sufficiency studies shows an estimated reduction of 53%, RR 0.47 [0.40-0.55].
- All data to reproduce this paper and the sources are in the appendix.

	Improvement	Studies	Authors	Patients
All treatment studies	62% [47-73%]	20	206	14,808
Treatment mortality results	69% [49-81%]	11	102	2,647
All sufficiency studies	53% [45-60%]	50	407	11,766

- Show forest plot for:
- Treatment studies
 - Sufficiency studies
 - Treatment with exclusions
 - Treatment mortality
 - Treatment cases
 - Treatment viral-

HYDROXYCHLOROQUINE

Le médicament hydroxychloroquine fait souvent l'objet de nombreuses controverses, mais sur 232 études, 177 montrent un effet très positif.



Les facteurs qui affectent négativement les résultats :

- Le moment du début du traitement (plus on l'administre tard, moins il est efficace).
- Les pays qui réalisent les études (les États-Unis et l'Angleterre présentent les études les plus négatives, les autres pays ne présentent pratiquement aucune étude négative).
- Les conflits d'intérêts (QR:1.15, IHU Marseille)

Treatment time	Number of studies reporting positive results	Total number of studies	Percentage of studies reporting positive results	Probability of an equal or greater percentage of positive results from an ineffective treatment	Random effects meta-analysis results
Early treatment	30	30	100%	0.00000000093 1 in 1 billion	65% improvement RR 0.35 [0.25-0.50] p < 0.0001
Late treatment	113	158	71.5%	0.000000031 1 in 32 million	23% improvement RR 0.77 [0.71-0.83] p < 0.0001
Pre-Exposure Prophylaxis	32	41	78.0%	0.00022 1 in 5 thousand	30% improvement RR 0.70 [0.57-0.86] p = 0.00075
Post-Exposure Prophylaxis	5	6	83.3%	0.11 1 in 9	36% improvement RR 0.64 [0.47-0.88] p = 0.006
All studies	177	232	76.3%	0.000000000000002 1 in 5 quadrillion	28% improvement RR 0.72 [0.68-0.77] p < 0.0001

En ce qui concerne la sécurité, voici une déclaration de la Société européenne de cardiologie : avec la conclusion suivante :



L'administration d'HCQ est sûre pour le traitement à court terme des patients atteints d'une infection par le COVID-19, quel que soit le contexte clinique d'administration, et ne provoque qu'un modeste allongement de l'intervalle QTc et aucun décès d'origine arythmique directement imputable

L'une des principales raisons de la critique de ce médicament et la diffamation subséquente, non fondée, de Prof. Dr Didier Raoult, l'un des principaux virologues et infectiologues européens les plus respectés, a été fournie par l'étude extrêmement négative RECOVERY, qui doit être fortement contestée pour les raisons suivantes :

Les auteurs ont utilisé des doses, au moins au début du traitement (4 fois la dose normale), qui doivent nécessairement être classées comme hautement toxiques ! Le dosage normal selon le Prof. Dr. Raoult est de 600 mg. Avec 2,4 gr dans cette étude de récupération, des doses manifestement toxiques ont été administrées. La dose létale estimée pour ce médicament se situe entre 3 et 5 grammes selon le poids du corps ! En France, à de telles doses, le patient devrait être envoyé immédiatement en surveillance cardiologique. En Angleterre, cependant, il n'y a pas de telle recommandation.

A l'IHU de Marseille, qui reste LE centre de référence en infectiologie, les résultats sont les suivants :



(Utilisation de HCQ + azithromycine + Zn directement au début des symptômes) :

Sur 8 439 patients (9/3/2021):

- Pas de mortalité en dessous de 60 ans
- Taux de mortalité de 0,2% des 60-70 ans (norme en France : 0,6%)
- Mortalité à partir de 70-80 ans : 0,2 % (norme 2,8 %)
- Mortalité 80-90 : 3,2% (norme : 5,9%)
- La mortalité totale a été réduite de 75 % (P
- Mortalité de l'IHU 7/10000
- Monde : (Worldometer) 270/10000

Pas d'effets secondaires en cas de contre-indications et si l'on observe 2 ECG (au début et au milieu du traitement).

Le traitement doit être commencé tôt. Si les médecins de l'hôpital disent que cela n'aiderait pas (ou seulement un peu), alors c'est vrai, car vous devez donner ces médicaments avant, donc avant de devoir aller à l'hôpital.

Autres médicaments

BUDESONIDE (CORTICOSTÉROÏDE PAR INHALATION)

L'administration précoce du budésonide inhalé réduit la probabilité que des soins médicaux aigus soient nécessaires et raccourcit le délai de rétablissement après une infection à COVID-19 traitée précocement.



BROMOHEXINE (BISOLVON)

Résultat de l'étude : 78 patients au total, présentant des caractéristiques démographiques et pathologiques comparables, ont été inclus. On a constaté une réduction significative des admissions en soins intensifs (2 sur 39 contre 11 sur 39, $P = 0,006$), des intubations (1 sur 39 contre 9 sur 39, $P = 0,007$) et des décès (0 contre 5, $P = 0,027$) dans le groupe traité à la bromhexine par rapport au groupe standard. Aucun patient n'a été exclu de l'étude en raison d'effets indésirables.



CARVÉDILOL

Dans cette étude, on a constaté que l'utilisation du carvédilol était significativement associée à une probabilité plus faible d'obtenir un résultat positif au test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2 ($OR = 0,74$, IC 95 % 0,56-0,97) après ajustement pour l'âge, le sexe, la race, les antécédents de tabagisme et diverses comorbidités.



FAMOTIDINE

Dans l'analyse des données brutes, l'utilisation de la famotidine a été significativement associée à une réduction du risque de résultat combiné de décès ou d'intubation.



ASPIRINE:

Chez les patients COVID-19-positifs, la prescription d'aspirine avant le diagnostic a été associée à une diminution statistiquement et cliniquement significative de la mortalité toutes causes confondues à 14 jours ($OR 0,38$, IC 95 % 0,32-0,46) et à 30



jours (OR 0,38, IC 95 % 0,33-0,45), réduisant le taux de mortalité de plus de la moitié (62 %). Les résultats ont montré que la prescription d'aspirine avant le diagnostic était fortement associée à un taux de mortalité plus faible.

Voici un aperçu des études existantes sur les produits naturels

MÉLATONINE

Cette étude a montré que la prise de mélatonine était associée à une diminution de 28 % de la probabilité d'obtenir un résultat positif au test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2 (odds ratio [OR] = 0,72, IC à 95 % 0,56-0,91 ; figure 8a).



Le potentiel de la mélatonine contre les infections virales, dont le COVID-19 : preuves actuelles et découvertes émergentes.

Si vous faites une recherche dans la base de données ncbi (base de données scientifique officielle des États-Unis), vous trouverez 779 articles sur la mélatonine qui réduit essentiellement la tempête d'inflammation dans la deuxième phase de la maladie.

ZINC

Résultat de l'étude : cette étude montre une corrélation entre les niveaux de zinc sériques et les résultats de COVID-19. Des taux sériques de zinc inférieurs à 50 µg/dl à l'admission étaient corrélés à une situation clinique plus grave, à un temps plus long pour atteindre la stabilité et à une mortalité plus élevée. Nos résultats in vitro indiquent que de faibles niveaux de zinc favorisent la propagation virale dans les cellules infectées par le SRAS-CoV2.



QUERCETIN

En tant que substance médicamenteuse approuvée par la FDA, la quercétine offre un grand potentiel comme médicament possible pour le traitement clinique du SRAS.



EXPRESSIS VERBIS



PURE INFORMATION