



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## Lettre à l'éditeur

### Anciennes et nouvelles pandémies. Rien de nouveau sous le soleil : gestion de CoV-2, rien de neuf depuis Caterina Sforza<sup>☆</sup>



Cher éditeur en chef, je souhaiterais partager avec vous et l'ensemble de nos collègues une expérience intéressante qui s'est déroulée il y a plusieurs siècles et qui reste pourtant encore tout à fait d'actualité.

Elle a eu lieu au XV<sup>e</sup> siècle, à la fin d'un été particulièrement chaud, au nord de l'Italie, pas très loin de la mer Adriatique, à environ 80 km au sud de Bologne et à proximité de Ravenne, l'ancienne capitale de l'empire romain et byzantin.

Le 29 août 1499, une jeune femme du nom de Mademoiselle Faustina Riario fut déclarée la première victime d'une nouvelle peste dans la cité de Forlì, en Romagne. Faustina, en tant que fille du cardinal de Saint-Georges, était une haute personnalité de la région et fut décrite par Andrea Bernardi dans ses chroniques [1] (la presse de l'époque) comme le « patient zéro » d'une nouvelle peste bubonique.

En septembre, Caterina Sforza, comtesse de Forlì, qui dirigeait la cité d'une main de fer à l'époque (Forlì a vu naître G.B Morgagni, « sa Majesté de l'anatomie », le fondateur de l'anatomopathologie moderne, en 1682 soit deux siècles après cet événement), conçut de nouvelles solutions innovantes afin de combattre la peste imminente :

- une mise en quarantaine totale de la cité, définissant des zones froides et chaudes complètement séparées au sein même de la cité et en interdisant tout mouvement à l'intérieur ou à l'extérieur des murs ; la garnison fut engagée à surveiller les portes de la ville en cas de tentatives d'intrusion ou de fuite. Comme lors de la quarantaine actuelle, Caterina comme le gouvernement italien ont dû risquer leur cote de popularité auprès des citoyens de Forlì ;
- elle recrutât des médecins venus de partout et les récompensa royalement pour leur assistance ;
- la majorité des patients fut éloignée de leurs familles et de leurs habitations et traitée en dehors des murs de la cité, dans les lazarets de campagne plutôt que dans les hôpitaux de la ville (majoritairement situés à proximité des églises). Quelques siècles plus tard, cette idée a été la clé dans le contrôle de la propagation du virus COVID-19 ;
- un système efficace de transport des patients et des cadavres a été organisé, basé sur le rôle « professionnel » des « Monatti » ;

- enfin, de la nourriture et des « drogues » furent distribués gratuitement à l'ensemble de la population vivant dans l'enceinte de la ville et dans les lazarets.

Cette politique inouïe fut très efficace afin de contrôler la propagation de la peste qui disparut après quelques mois et ne fit que 176 morts parmi les habitants de Forlì. Cela est d'autant plus incroyable si l'on met en perspective que l'on ignorait encore les vrais mécanismes d'infection et que la drogue considérée comme la plus puissante restait la prière.

### Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Références

- [1] Cronache Forlivesi Di Andrea Bernardi Dal 1476 Al 1517, Volume1. BiblioLife; 1896 [Parte 2].

C. Vicini  
ENT Unit, Forli and Faenza Hospital, University of  
Ferrara and Bologna, Via Punta di Ferro, 2/C, 47122  
Forlì, Italie  
Adresse e-mail : [claudio@claudiovicini.com](mailto:claudio@claudiovicini.com)

<https://doi.org/10.1016/j.aforl.2020.07.002>

1879-7261 © 2020 Publié par Elsevier Masson SAS.

### Influence de la « phobie du COVID » sur les diagnostics oto-rhino-laryngologiques précoces<sup>☆</sup>



Cher éditeur en chef,

Cette lettre émet l'idée que de nombreux diagnostics erronés peuvent subvenir lors de l'épidémie COVID-19. Un bon nombre des symptômes du COVID-19 non spécifiques sont fréquents dans les pathologies ORL vues en urgences et dont il a été prouvé que tout retard de diagnostic pouvait être mortel. Fièvre, fatigue et toux sèche sont les symptômes les plus communs [1]. Dyspnée, mal de gorge, rhinorrhée, congestion nasale, congestion laryngée, gonflement des amygdales, ganglions lymphatiques cervicaux élargis ou vertiges sont des symptômes qu'un oto-rhino-laryngologiste peut rencontrer lors d'examen cliniques pendant la pandémie du

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.aforl.2020.06.025>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

COVID-19, en plus de l'hyposmie/anosmie et de la perturbation du goût [2].

Il est connu que les examens et les procédures cliniques exposant potentiellement à des projections et des aérosolisations de matière organique d'origine humaine sont considérés comme des situations à risque de contamination du personnel. La fibroscopie laryngée est une de ces examens et des recommandations ont été publiées [3]. Après tout, le niveau de précautions recommandé pour le personnel médical dépend plus du type de procédure que du statut COVID-19 avéré ou soupçonné du patient [4].

De nombreux auteurs ont souligné le manque d'équipement personnel de protection et la nécessité de diagnostics plus rapides. Cependant, les oto-rhino-laryngologistes et l'ensemble des médecins doivent rester vigilants face à la phobie du COVID car elle influence la pratique oto-rhino-laryngologique quotidienne dans de nombreux cas. Nous présentons, par exemple, le cas d'un homme de 52 ans qui s'est présenté au service des urgences de notre hôpital avec une pharyngalgie, une odynophagie et une fièvre de 40 °C. Le patient a été soumis à un examen spécial de suspicion du COVID-19 réalisé par un interniste. Rien d'anormal n'a été détecté à l'examen clinique et lors de la radiographie thoracique. Cependant, les tests de laboratoire ont révélé un taux de marqueurs inflammatoires élevé. Un prélèvement nasopharyngé a été réalisé pour un test ARN du SARS-CoV-2. Le résultat était considéré comme « Suspect COVID-19 », et le patient a bénéficié d'une évaluation oto-rhino-laryngologique initiale. Les examens oraux et oropharyngés n'étaient pas significatifs. Aucune fibroscopie laryngée n'a été réalisée et un scanner a été demandé. Le premier prélèvement était négatif et le patient a été hospitalisé dans le service de médecine interne, où une antibiothérapie à large spectre a été instituée. Afin de réaliser un scanner hors des unités spéciales COVID, il est obligatoire de réaliser un deuxième test nasopharyngé après un minimum de 48 h selon les règles de l'hôpital. Le troisième jour, les symptômes du patient se sont améliorés mais son odynophagie a persisté et il était toujours fébrile. Après un deuxième prélèvement

nasopharyngé négatif, un scanner a été réalisé au 4<sup>e</sup> jour qui a révélé un abcès rétropharyngé (ARP) (Fig. 1). Il a été immédiatement opéré et l'abcès a été drainé de façon intra-orale sous anesthésie générale. L'état du patient s'est amélioré dans les jours qui ont suivi et il a pu sortir au 15<sup>e</sup> jour.

Le diagnostic précoce est crucial, car l'ARP peut affecter les structures voisines, causant une obstruction des voies respiratoires, une septicémie, une médiastinite, une pneumonie par aspiration, un empyème, une thrombose de la veine jugulaire ou une érosion de l'artère carotide [5]. L'odynophagie et la fièvre sont des symptômes qui « crient » pour une consultation ORL en face à face et une fibroscopie laryngée en utilisant du matériel de protection personnel adapté et recommandé. Ces patients sont, en théorie, tous considérés comme positifs au COVID [3,4]. Pourtant, il ne devrait pas exister de retard dans la réalisation des scanners et de la fibroscopie laryngée, qui représentent une formidable addition à l'arsenal d'outils permettant le diagnostic de pathologies comme l'ARP. Les retarder à cause d'une phobie du COVID se montre aussi dangereux et potentiellement mortel que le COVID-19 lui-même.

#### Déclaration de liens d'intérêts

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

#### Références

- [1] Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020;395:497–506.
- [2] Krajewska J, Krajewski W, Zub K, et al. COVID-19 in otolaryngologist practice: a review of current knowledge. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2020.
- [3] Lescanne E, van der Mee-Marquet N, Juvanon JM, et al. Best practice recommendations: ENT consultations during the COVID-19 pandemic. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.05.007>.
- [4] Mattei A, Amy de la Bretèque B, Crestani, et al. Guidelines of clinical practice for the management of swallowing disorders and recent dysphonia in the context of the COVID-19 pandemic. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020;137:173–5.
- [5] Hoffmann C, Pierrot S, Contencin P, et al. Retropharyngeal infections in children. Treatment strategies and outcomes. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2011;75:1099–103.

G. Sideris\*

A. Delides

National & Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, 2nd Otolaryngology Department, "Attikon" University Hospital, Athens, Grèce

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [siderisgior@gmail.com](mailto:siderisgior@gmail.com) (G. Sideris)

<https://doi.org/10.1016/j.aforl.2020.07.001>

1879-7261 © 2020 Publié par Elsevier Masson SAS.

**Lettre à l'éditeur à propos de l'article : « Plaie trachéale compliquant une chirurgie d'un kyste du tractus thyroïdienne selon Sistrunk »\***



Monsieur le Rédacteur en Chef,

Nous avons lu avec beaucoup d'attention le cas clinique intitulé : « Plaie trachéale compliquant une chirurgie d'un kyste du tractus thyroïdienne selon Sistrunk » [1].

Les informations que les auteurs apportent à cette situation sont dignes d'intérêt et nous les en remercions pour cela.

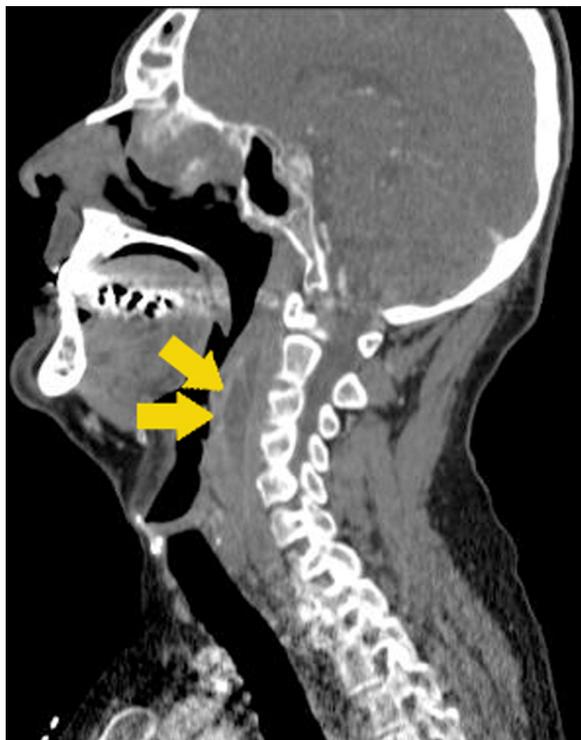


Fig. 1. TDM injectée du patient présentant un abcès dans l'espace rétropharyngé d'un diamètre de 6 cm dans le grand axe (flèches jaunes).

\* Doi de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2019.10.005>.