



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.

prélèvements pour le HSV-1, 466 pour le HSV-2, 183 pour le VZV. La majorité des patients (68%) étaient immunodéprimés : transplantation, hémopathie, cancer solide, infection par le HIV, maladie auto-immune, déficit immunitaire primitif. En médiane, 1 échantillon par patient (intervalle : 1-12) a été analysé. Globalement, la fréquence de détection de résistance aux antiviraux était de 38% pour le HSV-1, 44% pour le HSV-2, et 11% pour le VZV. Cette fréquence était stable au cours de la période d'étude 2008-2021. L'émergence de la résistance concernait en très grande majorité des patients immunodéprimés, hormis les patients immunocompétents atteints de kératites récidivantes à HSV ou à VZV.

**Conclusion:** Cette étude permet d'établir la fréquence de la résistance des HSV du VZV aux antiviraux en France : elle est 3 à 4 fois plus élevée pour les HSV que pour le VZV. Nos résultats confirment que la résistance des HSV et du VZV aux antiviraux concerne principalement les patients immunodéprimés, mais peut également émerger chez des patients immunocompétents atteints de kératites récidivantes. Ce travail montre la nécessité de poursuivre la surveillance de la résistance des HSV et du VZV aux antiviraux actuels, mais aussi aux nouveaux antiviraux qui ciblent l'hélicase-primase virale, le pritélivir et l'aménamévir.

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.024>

#### PADS02-10

### Symptômes cardiaques en Post Covid : bilan cardiaque ? Pour qui ? Quand ? Comment ?

A. Menard<sup>1</sup>, L. Meddeb<sup>1</sup>, M. Chine<sup>2</sup>, A. Meilhac<sup>3</sup>, P. Rossi<sup>2</sup>, F. Thuny<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> IHU, assistance publique-hôpitaux de Marseille, Marseille, France  
<sup>2</sup> Médecine interne APHM, Marseille, France  
<sup>3</sup> Cardiologie APHM, Marseille, France

**Introduction:** Dans le contexte de pandémie de Sars-Cov-19 avec des atteintes cardiovasculaires mal caractérisées, nous réalisons depuis mai 2020 une étude prospective, observationnelle, de cohorte centrée sur une évaluation et un suivi cardiovasculaire systématique chez des patients, quel que soit leur profil cardiovasculaire, ayant survécu à un épisode de Covid-19 modéré ou sévère (IDRCB: 2020-A01576-33)

**Matériels et méthodes:** A S4, S24 et S48 d'une infection avec PCRSars-Cov-19 positive, les patients inclus bénéficient d'une

consultation clinique de cardiologie avec 1) ECG 2)Prélèvement sanguin troponine T, NT-proBNP, D-Dimères, bilan d'hémostase 3)Échocardiographie trans-thoracique (ETT) + écho-doppler veineux « 3 points » à 1 et 12 mois 4)IRM cardiaque et Angioscanner thoracique selon les recommandations internationales. Nous proposons ici une analyse intermédiaire de nos résultats après 18 mois du début de l'étude.

**Résultats:** 124 patients ont été inclus, avec un sex ratio de 1/2, d'âge médian de 55 ans, 58% avec une comorbidité à risque de forme sévère dont 38% de pathologie cardio-vasculaire, tabagisme actif dans 13% des cas. La prise en charge initiale était en ambulatoire (42.2%) en hospitalisation conventionnelle(37.8%) ou en soins intensif/réanimation(20%). Une maladie chronique a été découverte chez 24.4% des patients ou a été découverte chez 7% et 8% ont présenté une maladie thrombo-embolique et 2 patients une péricardite et 3 un trouble du rythme en phase aiguë. Dans le suivi, la présence de signes cardiologiques (*douleur thoracique, syncope, palpitation, dyspnée de classe III ou IV NYHA, signes congestifs d'insuffisance cardiaque gauche ou droite, frottement péricardique, anomalies ECG du segment ST, des ondes T, élargissement du QRS, bloc atrio-ventriculaire du 2ème ou 3ème degré*) était retrouvée chez 33% des patients à S4, 28% à S12, 22% à S24 et 14% à S48. Une ETT a été réalisée chez 60 patients et anormale chez 12 (20%) avec hypokinésie septale (8) une péricardite (2) ou HVG (2), une IRM cardiaque chez 41 patients et anormale chez 12 (29%) avec 10 myocardites et 2 péricardites. Tous les holter-ECG étaient normaux (4/4). Entre S4 et S12, 28% des patients avaient des D-Dimères élevés (>0,5) et 25% une anomalie de la troponine/ NT-proBNP. Tous les patients avec une élévation des D-Dimères avec une imagerie cardiaque anormale. Aucun lien n'est retrouvé entre le degré de sévérité initial, les comorbidités et les complications cardio-vasculaires post Covid sur le long terme.

**Conclusion:** Notre étude retrouve une importante prévalence des symptômes cardiaques même si ces derniers semblent disparaître spontanément après 1 an de suivi. Nous ne disposons pas, à ce jour, de stratégie rentable pour exclure une pathologie CV sévère (myocardite péricardite) mais les consensus d'expert (<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac031>) considèrent comme raisonnable de dépister les personnes à haut risque d'atteinte cardiaque ou avec un nouveau diagnostic CV post-COVID-19 ainsi que les athlètes.

Aucun lien d'intérêt

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.025>