



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.

associés à une hospitalisation ou à une chirurgie en urgence en analyse multivariée : la présence d'une défense abdominale (OR 5,7 ; IC 95 % 2,9–11,4 ; $p=4,5.10^{-6}$), la lipasémie >3 fois la valeur normale haute (OR 29,3 ; IC 95 % 7,8–110,0 ; $p=3,6.10^{-6}$), et la CRP >6 mg/L (OR 2,8 ; IC 95 % 1,9–4,2 ; $p=3,2.10^{-6}$). Les nausées et vomissements, la tachycardie, l'hyperleucocytose, une imagerie abdominale contributive n'étaient pas associées à une hospitalisation ou à une chirurgie en urgence dans notre étude.

Discussion Il s'agit à notre connaissance de la plus grande étude monocentrique observationnelle rétrospective au sujet des DAA avec recueil de l'ensemble des données des dossiers médicaux. Elle a confirmé en analyse multivariée que la présence d'une défense abdominale et d'un syndrome inflammatoire défini par une CRP >6 mg/L étaient des facteurs associés à une hospitalisation, et a identifié que la pancréatite aiguë définie par une DAA avec une lipasémie $>3N$ était associée à une hospitalisation. Malgré le grand nombre de facteurs étudiés, la matrice de confusion de la régression logistique binomiale indique néanmoins qu'en utilisant ces seuls résultats, le praticien hospitaliserait à tort 3,6 % des patients avec une DAA non urgente, et hospitaliserait seulement 47,4 % des patients avec une DAA urgente.

Conclusion La défense abdominale et la présence d'un syndrome inflammatoire sont associés à une hospitalisation ou à une chirurgie en urgence dans le cadre des DAA. Néanmoins, l'analyse de l'ensemble des facteurs anamnestiques, cliniques et paracliniques ne permet pas toujours de discerner efficacement les DAA urgentes des DAA non urgentes. D'autres approches sont nécessaires, par exemple en comparant des groupes de patients plus homogènes.

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

Pour en savoir plus

- [1] Abbas SM, Smithers T, Truter E. What clinical and laboratory parameters determine significant intra abdominal pathology for patients assessed in hospital with acute abdominal pain? *World J Emerg Surg* 2007;2:26.
- [2] Velissaris D, Karanikolas M, Pantzaris N, Kipourgos G, Bampalis V, Karanikola K, et al. Acute Abdominal Pain Assessment in the Emergency Department: The Experience of a Greek University Hospital. *J Clin Med Res* 2017;9(12):987–93.
- [3] Rakotomalala R. Logiciel TANAGRA : un logiciel gratuit pour l'enseignement et la recherche. *Actes EGC2005* 2005;2(RNTI-3):697–702.

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2022.03.155>

CA153

Profil épidémiologique, clinique et évolutif du cancer colorectal du sujet âgé

C. Baccouche*, H. Elloumi, S. Bouaziz, S. Ben Hamida, C. Imed
Gastroentérologie, hôpital Habib Bougafra, Bizerte, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : contact@snfminantes2022.com (C. Baccouche)

Introduction Le cancer colorectal (CCR) constitue un véritable problème de santé publique dans le monde, et occupe le troisième rang en termes de fréquence et de mortalité par cancers. Cette pathologie touche principalement le sujet âgé. L'objectif de l'étude était de préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des CCR du sujet âgé, dans notre région.

Patients et méthodes Étude rétrospective monocentrique colligeant les patients âgés de 65 ans ou plus, hospitalisés pour CCR à notre institution sur une période de 9 ans (janvier 2010–décembre 2018).

Résultats Cent deux patients ont été colligés. L'âge moyen était 73,7 ans [65–97 ans]. Les patients étaient répartis en 60 hommes (58,8 %) et 42 femmes (41,2 %). Les antécédents familiaux de CCR ont été retrouvés chez 2 patients. Les principales circonstances de découvertes étaient l'amaigrissement (63,7 %), les troubles du

transit (53,9 %) et les douleurs abdominales (46,1 %). À l'examen, l'état général était conservé chez 58,8 % des patients. Une pâleur conjonctivale a été notée dans 38,2 % des cas. Un météorisme abdominal a été retrouvé chez 22,2 % des patients. Une tumeur a été palpée au toucher rectal chez 19,6 % des patients. À la biologie, une anémie et un syndrome inflammatoire biologique étaient retrouvés chez respectivement 60,8 % et 41,2 % des patients. Le dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) a été réalisé chez 54 patients parmi lesquels le taux était élevé chez 35,2 %. À la coloscopie, la tumeur était le plus souvent circonférentielle (53,9 %) et ulcéro-bourgeonnante (64,7 %). Les tumeurs étaient proximales dans 29,4 % des cas et distales dans 70,6 % dont 29,4 % étaient des tumeurs rectales. L'adénocarcinome était le type histologique le plus fréquent, retrouvé chez 96,4 % des patients. Il était le plus souvent moyennement différencié (82,4 %). 89,2 % des patients ont eu une résection chirurgicale dont 25,3 % opérés en urgence en rapport avec une occlusion (26,5 %) ou une perforation colique (2 %). Les types de résection les plus fréquents étaient la colectomie gauche segmentaire basse (28,6 %), l'hémicolectomie droite (27,5 %) et la résection antérieure du rectum (18,7 %). Une métastasectomie hépatique a été associée dans 14,3 % des cas. La tumeur était le plus souvent stade T3 (79,4 %), N0 (45,1 %) et M0 (80,4 %). Le stade tumoral était tardif (IIB-IV) dans 66,7 %. Une chimiothérapie adjuvante était indiquée chez 62,5 % des cancers coliques. Une radio-chimiothérapie adjuvante était réalisée chez 60 % des patients ayant un cancer rectal. La durée moyenne du suivi était de 22,9 mois. 34,2 % des patients ayant eu un traitement curatif, ont développé une récurrence tumorale. La survie sans récurrence moyenne était de 19 mois. Au cours du suivi, 14 décès (13,7 %) ont été déplorés.

Conclusion Dans notre série, les CCR chez les sujets âgés ont été fréquemment découverts à un stade tardif avec un nombre non négligeable de complications révélatrices. L'adhésion au programme de dépistage est indispensable afin de diagnostiquer précocement ces patients fragiles et ainsi améliorer leur pronostic.

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

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2022.03.156>

Situations urgentes en médecine interne

CA154

Hémophagocytose lymphohistiocytaire réfractaire dans le cadre d'une infection pulmonaire à SARS CoV 2 en réanimation

R. Echerbault^{1,*}, C. Cayla¹, J. Auchabie¹, C. Bescond²

¹ Réanimation, C.H. de Cholet, Cholet

² Hématologie, C.H. de Cholet, Cholet

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : contact@snfminantes2022.com (R. Echerbault)

Introduction L'hémophagocytose lymphohistiocytaire (HLH) résulte de l'activation incontrôlée du système immunitaire responsable d'un orage cytokinique. Elle peut être primaire, d'origine génétique, ou secondaire, situation la plus fréquente chez l'adulte survenant sur un terrain prédisposé dont le trigger peut être infectieux, tumoral ou inflammatoire. Elle se présente classiquement par une cytopénie fébrile, une hépato-splénomégalie et une défaillance multiviscérale. Depuis le début de la pandémie de COVID-19, un lien entre l'orage cytokinique induit par le virus et le développement d'une HLH a été décrit, dont la prévalence serait $<5\%$ [1]. Nous rapportons le cas d'un patient de réanimation



atteint d'une HLH secondaire réfractaire se manifestant à la phase aiguë de l'infection.

Observation M.B. 73 ans, d'origine caucasienne, est admis en réanimation le 09/11/2021 pour une pneumopathie infectieuse à SARS CoV-2 symptomatique depuis dix jours confirmée par PCR. Il est vacciné selon un schéma complet sans rappel avec la souche ChAdOx1-S. Ses antécédents sont un syndrome myélodysplasique/myéloprolifératif ARS1-T diagnostiqué en 2018 traité par hydroxyurée, un double pontage aorto-coronarien sur cardiopathie ischémique, une hypothyroïdie. Le scanner thoracique d'admission retrouve 50 % d'atteinte parenchymateuse compatible avec le diagnostic sans embolie pulmonaire. L'hydroxyurée est suspendue et un traitement par dexaméthasone est débuté. Devant l'aggravation respiratoire, le patient est intubé à j2 de son admission. Il n'est pas retenu d'indication au tocilizumab en l'absence de syndrome inflammatoire significatif à 48 h du début de la corticothérapie. À j7, le patient est fébrile à 38,5 °C dans le cadre d'une PAVM tardive à SAMS et *E. coli* traités par CEFAZOLINE, sans amélioration sous traitement. La fonction rénale s'altère progressivement avec un recours à une hémodiafiltration continue dès j11. Dès j13, la numération sanguine se dégrade avec l'apparition d'une anémie, évoluant vers un tableau de pancytopenie à j18 (Hb 6,8 g/dL, PNN 1,75G/L, Pqt 20G/L). L'hypothèse d'une HLH est évoquée devant un HScore calculé à 233 (probabilité diagnostique de HLH de 98-99 %). Sur le plan étiologique, les PCR CMV, EBV et HHV6 sont négatives. La recherche d'aspergillose dans le LBA est négative. Le scanner cérébral et thoraco-abdomino-pelvien ne met pas en évidence de syndrome tumoral. Une corticothérapie par méthylprednisolone à 1 mg/kg/j (100 mg/j) est débutée, permettant une indépendance transfusionnelle (Hb 9,5 g/dL, PNN 2,45G/L, Pqt 192G/L). Devant l'état septique incontrôlé du patient, il est décidé de surseoir à un traitement par étoposide. Vingt jours plus tard, sous 60 mg/j de méthylprednisolone, la pancytopenie récidive. La PCR SARS CoV-2, contrôlée à la recherche d'une persistance du trigger infectieux, est négative. La sérologie témoigne d'une séroconversion. La corticothérapie est majorée à 1 mg/kg/j, permettant une stabilisation des lignées. L'effet est suspensif et transitoire. Devant les complications infectieuses à répétition, l'HLH incontrôlée, l'absence de réveil adapté et l'importante neuromyopathie de réanimation, une limitation de soins est posée. Le décès survient à j77.

Discussion Le chevauchement des caractéristiques cliniques et biologiques entre une infection sévère à SARS CoV-2 et l'HLH rendent le diagnostic difficile en réanimation [1]. Strauss et al. rapportent sur une série autopsique de patients décédés en service de soins intensifs des images d'hémophagocytose sur les prélèvements anatomopathologiques dans 64 % des cas sans critère biologique de HLH associé [2]. Cet exemple illustre que le diagnostic doit reposer sur un faisceau d'arguments, pouvant s'aider du HScore et des critères HLH-2004. Notre patient n'a pas pu être traité par étoposide en raison d'un état infectieux permanent documenté et de ses complications de réanimation. Meazza Pina et al. rapportent le cas d'une patiente de 56 ans hospitalisée pour une HLH secondaire à une infection à SARS CoV-2 à distance de l'épisode aigu, efficacement traitée par corticostéroïdes, étoposide et ruxolitinib après 8 semaines de traitement [3]. La place des anti-JAK reste à préciser.

Conclusion L'HLH est une complication rare mais grave de l'infection à SARS CoV 2, probablement sous-diagnostiquée en raison de la corticothérapie introduite chez les patients hospitalisés. De nouvelles observations sont nécessaires pour en préciser les caractéristiques épidémiologiques. À ce jour, la vaccination demeure la solution la plus efficace pour se prémunir du virus et de ses complications.

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

Pour en savoir plus

[1] Retamozo S, Brito-Zerón P, Sisó-Almirall A, Flores-Chávez A, Soto-Cárdenas M-J, Ramos-Casals M. Haemophagocytic syndrome and COVID-19. *Clin Rheumatol* 2021;40(4):1233–44.

[2] Meazza Prina M, Martini F, Bracchi F, Di Mauro D, Fargnoli A, Motta M, et al. Hemophagocytic syndrome secondary to SARS-Cov-2 infection: a case report. *BMC Infect Dis* 2021;21(1):811.

[3] Strauss R, Neureiter D, Westenburger B, Wehler M, Kirchner T, Hahn EG. Multifactorial risk analysis of bone marrow histiocytic hyperplasia with hemophagocytosis in critically ill medical patients—A postmortem clinicopathologic analysis. *Crit Care Med* 2004;32(6):1316–21.

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2022.03.157>

CA155

Polyradiculonévrite aiguë et syndrome d'activation macrophagique : mode de révélation exceptionnel d'un lupus systémique du sujet âgé

A. Tekaya*, A. Kefi, K. Ben Abdelghani, M. Bouzidi, C. Sassi, S. Turki, M. El Euch, E. Abderrahim

Médecine interne a, hôpital Charles Nicolle, faculté de médecine de Tunis, université Tunis el Manar, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : contact@snfminantes2022.com (A. Tekaya)

Introduction L'atteinte neurologique au cours du lupus érythémateux systémique (LES) est fréquente et polymorphe, dominée par l'atteinte centrale. Cependant, la polyradiculonévrite (PRN) aiguë est une manifestation exceptionnelle mais grave notamment chez le sujet âgé. Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) complique rarement le LES, sa présence ne peut qu'aggraver le pronostic. Nous rapportant une observation inédite de PRN et de SAM révélant un LES chez une femme de 66 ans.

Observation Une patiente âgée de 66 ans, aux antécédents d'hépatite virale C guérie est admise pour pancytopenie. Elle rapportait une photosensibilité, des arthralgies inflammatoires des petites et grosses articulations et une lourdeur des jambes évoluant depuis 1 mois d'aggravation progressive la confinant au lit depuis 1 semaine. L'examen retrouvait un état général altéré, une fièvre à 40 °C, une macro-chéilite hémorragique, une alopecie et un déficit moteur proximo-distal des membres inférieurs associée à des réflexes ostéotendineux abolis. À la biologie : une pancytopenie (anémie normocytaire arégenerative à 9g/dL, leucopénie à 2600/mm³, thrombopénie à 52 000), des LDH à 4 fois la normale, une hyperferritinémie à 2800, une hypocholestérolémie à 2,3 mmol/L, une hypertriglycéridémie à 1,9 mmol/L, des ASAT à 8 fois la normale, une hypofibrinémie et un Test de Coombs Direct positif à IgG++. La ponction sternale, faite avant son admission éliminait une origine centrale. Nous avons décidé de ne pas la refaire. Le scanner thoraco-abdominal retrouvait une hépatomégalie homogène. Le H score était à 234 points confirmant ainsi le diagnostic de SAM (avec probabilité de 98–99 %). À j2 d'hospitalisation, la patiente a présenté une extension du déficit moteur vers les membres supérieurs puis installation de troubles de la déglutition au bout de 3 jours. L'EMG, fait en urgence, révélait une polyneuropathie axonale sensitivomotrice sévère des 4 membres en rapport avec une PRN aiguë. La ponction lombaire n'a pas montré de méningite ni de dissociation albumino-cytologique. Les AAN étaient positifs à 1/800 dans le liquide céphalo-rachidien. L'IRM cérébro-médullaire montrait des lésions démyélinisantes sus tentorielles non spécifiques. Une cure d'immunoglobulines polyvalentes était débutée en urgence. Devant l'association des signes cliniques et biologiques évocateurs, nous avons complété par un bilan immunologique révélant des AAN positifs à 1/10 240 associés à des anti-nucléosomes fortement positifs, anti-DNA, anti-histone, anti-SSa, un complément consommé et une cryoglobulinémie positive de type mixte. Les sérologies des hépatites virales (avec PCR HVC), VIH, CMV et Parvo B19 étaient négatives. Le diagnostic de LES était donc retenu devant un score à 24 points selon les critères EULAR/ACR 2019. La patiente a été mise sous hydroxychloroquine

