



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.

## 31

### Formes pauci symptomatiques du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) : à propos d'un cas avéré

M. Andre<sup>1</sup>, F. Talarmin<sup>2</sup>, P. Le Guen<sup>3</sup>, X. Nicolas<sup>2</sup>, J.F. Garcia<sup>3</sup>, F. Natali<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Services de Pneumologie, <sup>2</sup>Médecine Interne et Pathologies Infectieuses, <sup>3</sup>Imagerie Médicale, <sup>4</sup>Biologie, HIA Clermont Tonnerre, Brest, France.

**Observation :** Nous rapportons l'observation d'un patient de 53 ans adressé aux urgences pour malaise. Directeur d'hôtel à Hanoi, il a été en contact direct avec un cas probable de SRAS. A l'arrivée, le patient est asymptomatique sur le plan respiratoire ; il présente une hyperthermie à 38,2° associée à une lymphopénie et une cytolysé hépatique. La radiographie thoracique est normale. La tomodensitométrie thoracique objective l'existence d'un aspect en verre dépoli sous pleural. Le patient est classé « cas suspect » de SRAS. L'évolution des connaissances permettra de considérer le cas comme « probable ». L'étude par PCR des prélèvements naso pharyngés précoces (36<sup>e</sup> heure) à la recherche du coronavirus associé au SARS sera négative. La confirmation du cas sera obtenue par l'étude sérologique en immunofluorescence mettant en évidence un quadruplement du taux des IgG sur un prélèvement tardif.

**Discussion :** Cette observation illustre l'existence de formes cliniques frustrées du syndrome respiratoire aigu sévère. La symptomatologie respiratoire est inconstante à la phase précoce de la maladie et peut manquer au cours de l'évolution. La radiographie peut s'avérer normale et justifie le recours à la tomodensitométrie thoracique. Les analyses biologiques reposent sur la PCR et l'analyse sérologique permettant un diagnostic rétrospectif. La contagiosité des formes pauci symptomatiques n'est pas connue. Des analyses sérologiques permettront de mieux les préciser.

## 32

### Aspects cliniques de l'épidémie de SRAS au Vietnam

T.H. Vu<sup>1</sup>, A.J. Plant<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Français de Hanoi, Dong Da, Hanoi, Sr Vietnam, <sup>2</sup>Institut National de Recherche Clinique en Médecine Tropicale, CHU Bachmai, Hanoi, Sr Vietnam.

Soixante-deux patients atteints de SRAS ont été diagnostiqués au Vietnam selon les critères de l'OMS (1). Tous les cas sont reliés au cas index (2), sans extension à la population. L'âge moyen des patients était de 40,8 ans (M/F : 23/39). Les principaux symptômes étaient : syndrome grippal fébrile (> 38 °C : 79 % à l'admission, 100 % ensuite), malaise (82 puis 97 %), myalgie (52 puis 87 %), et céphalées (45 puis 84 %). Les signes respiratoires sont nombreux mais plus tardifs : toux sèche (22,6 puis 90 %), douleur thoracique (21 puis 73 %), dyspnée (19,4 puis 58 %), crépitations (35,5 puis 87 %). La radio de thorax était anormale (infiltrat interstitiel surtout) dans 76 % des cas initialement, dans 100 % ensuite. Le principal signe extra-respiratoire — la diarrhée — était moins fréquent (6,5 puis 50 % ensuite). Les principaux signes biologiques étaient, à l'admission : une lymphopénie (79,3 % des cas), une thrombopénie (40,3 % des cas). L'évolution naturelle du SRAS au Vietnam se résume ainsi : J1 : fièvre, J4 : premiers signes respiratoires (toux sèche et/ou infiltrat pulmonaire), J5 : température maximale, J10 : maximum des anomalies radiographiques, J13 : apyrexie. La lymphopénie est observée tout au long de l'évolution, la thrombopénie de J4 à J9.

#### Références

1. [http://www.who.int/csr/sars/case\\_definition\\_french/en/](http://www.who.int/csr/sars/case_definition_french/en/)
2. Thu H, Cabau JF, MD, Nguyen TN, Lenoir M. *N Engl J Med* 2003 ; 348 : 2035.

## 33

### Légionellose : les leçons d'une épidémie

A.C. Ravel, E. Barbotte, V. Lemoing, J. Reynes, B. Colinet, M. Brun, P. Godard

*Maladies Respiratoires, Mit, Montpellier, France.*

La légionellose est une maladie parfois grave. Le pronostic peut être fonction du retard diagnostique. Le traitement pose un certain nombre de questions. Une épidémie locale en août 2003 a été l'occasion de tester les facteurs pronostiques à l'entrée, les critères diagnostiques et la stratégie antibiotique. Le diagnostic était fondé sur la positivité de l'antigénurie. Le critère d'évaluation de l'exactitude du diagnostic était la mise en place d'une antibiothérapie adaptée (groupe A) ou non (groupe B) à *Légionella* p. Le critère d'évaluation de l'évolution rapidement défavorable était un séjour en SI/Réanimation (groupe C) ou non (groupe D) dans les 3 jours suivants l'admission. La cohorte comprenait 29 patients, âgés de 63 ans (2 comorbidités/patient, 9 fumeurs, 4 immunodéprimés). Les 12 patients du groupe B n'étaient pas différents de ceux du groupe A, tant sur les critères cliniques (thoraciques et extra thoraciques), que radiologiques et biologiques. Aucun élément, sauf la CRP (409 vs 312 — p < 0,04) ne permettait de différencier les malades des groupes C (n = 12) et D respectivement. Une bithérapie était la règle. La rifampicine était administrée 10 fois, dont 6 fois chez des patients en SI/Réanimation. Le diagnostic de la Légionellose reste difficile, même en période épidémique. Le traitement n'est pas codifié.

## 34

### Intérêt du voriconazole dans les infections fongiques respiratoires de patients non aphasiques

G. Beduneau<sup>1</sup>, B. Lamia<sup>2</sup>, S. Dominique<sup>1</sup>, S. Bota<sup>1</sup>, S. Jaffre<sup>1</sup>, G. Nouvet<sup>1</sup>, L. Thiberville<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinique Pneumologique, CHU de Rouen, <sup>2</sup>Réanimation Médicale, CHU de Rouen, France.

Le voriconazole (Vfend\*) est un antifongique triazolé indiqué dans les infections fongiques invasives, notamment aspergillaires, en cours d'aplasie. Nous rapportons 3 cas d'infections fongiques sévères chez des patients non neutropéniques traités avec succès par voriconazole. Il s'agit d'une pneumopathie à *Candida glabrata* chez une femme de 67 ans, ayant un lymphome de bas grade en rémission ; d'une aspergillose chronique nécrosante favorisée par la corticothérapie orale chez une asthmatique de 60 ans et d'une aspergillose chronique nécrosante compliquée d'un choc septique chez un homme de 67 ans, atteint d'une BPCO. Dans les 3 cas, le voriconazole a été instauré après échec d'une antibiothérapie probabiliste sur des arguments radio-cliniques et biologiques, avec dans un cas une preuve histologique associée. Le choix de cette molécule s'est fait en raison du type d'agent fongique retrouvé ou de l'évolutivité de l'infection. Pour suivi pendant au moins 8 semaines, le traitement a été bien toléré et relayé dans les deux derniers cas par itraconazole. Le voriconazole paraît efficace dans ce type d'infections respiratoires fongiques. Il reste à définir sa durée de prescription, sa place vis à vis d'autres antifongiques et son éventuel relais par des antifongiques moins onéreux.