



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.



Observation Une femme de 48 ans, issue d'un mariage consanguin était hospitalisée à notre service de médecine interne de Sfax en 2015 pour cholestase anictérique. Une histoire personnelle et familiale d'épistaxis récidivante était notée. Les résultats biologiques ont révélé une anémie ferriprive et une cholestase modérée. Les sérologies virales ainsi que les anti mitochondries les anti-muscles lisses étaient négatifs. Le scanner abdominal a montré des shunts artério-veineux au niveau du foie avec dilatation de l'artère hépatique, des veines sus hépatique et de la veine cave inférieure. Le diagnostic d'atteinte hépatique dans le cadre la maladie de Rendu Osler était retenue. La patiente était mise sortante sous traitement ferreux. Puis la patiente n'a reconsulté qu'en février 2021 dans un tableau d'anémie sévère à 3 g/dL. Elle se plaignait d'asthénie, dyspnée au moindre effort et de palpitations. Elle rapportait également la notion d'épistaxis récidivantes et un seul épisode d'hématurie. L'examen trouvait une patiente pâle, tachycarde avec une tension artérielle conservée. Elle présentait également une insuffisance cardiaque globale. L'auscultation objectivait un souffle hépatique et un frémissement cardiaque. L'échocardiographie montrait un épanchement péricardique de grande abondance avec bonne fonction VG. Le drainage percutané de l'épanchement était bloqué avec aspiration de 500 cc de liquide hémorragique. Ainsi, elle eu une fenêtrage pleuro- péricarditique péricardectomie et biopsie péricarditique. L'analyse de ce liquide a permis d'éliminer les causes infectieuses. L'étude histologique a confirmé la nature vasculaire et dysplasique avec des signes hémorragiques et inflammatoires de la malformation. Pour l'anémie, elle a reçu une transfusion sanguine puis le traitement ferreux était instauré. La patiente était vue 1 mois après l'opération avec bonne évolution.

Conclusion Le mécanisme physiopathologique dans la genèse de l'épanchement péricardique au cours la THH n'est pas clair. L'hypothèse de lésions micro-vasculaires anormales présentes dans le péricarde similaire à celles décrites dans les autres viscères dont la dilatation et la rupture pourrait déclencher une inflammation, une exsudation et une hémorragie dans la cavité péricardique. Des anévrysmes de l'aorte et des artères coronaires et des fistules artère coronaire-ventriculaire gauche ont également été retrouvées. L'épanchement péricardique n'a été décrit que dans quelques cas.

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

Pour en savoir plus

Hsi DH, Ryan GF, Hellems SO, Cheeran DC, Sheils LA. Large aneurysms of the ascending aorta and major coronary arteries in a patient with hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Mayo Clin Proc.* 2003 Jun;78(6):774-6. doi: 10.4065/78.6.774. PMID: 12934791.

Kanna B, Das B. Hemorrhagic Pericardial Effusion Causing Pericardial Tamponade in Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia. *The American Journal of the Medical Sciences.* mars 2004;327(3):149–51.

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.10.165>

CA157

Maladie de Kawasaki de l'adulte post-COVID 19 avec insuffisance circulatoire : à propos d'un cas

X. Boulu^{1,*}, C. Brault², A. Chan Sui Ko³, A. Dernoncourt⁴, J. Schmidt³, J. Maizel⁵, P. Duhaut⁶

¹ Médecine Interne, CHU Hôpital Nord, Amiens

² Médecine intensive réanimation, CHU d'Amiens-Picardie Site Sud, Amiens

³ Médecine interne et recif, CHU Amiens, Amiens cedex

⁴ Médecine interne, CHU Amiens-Picardie Site Nord, Amiens

⁵ Médecine intensive et réanimation, CHU Amiens-Picardie (centre hospitalo-universitaire site nord), Amiens

⁶ Médecine interne, CHU Amiens Nord, Amiens

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : xboulu@live.fr (X. Boulu)

Introduction Le syndrome d'inflammation multisystémique associé à la COVID-19 et présentant les caractéristiques cliniques d'une maladie de Kawasaki a été essentiellement rapporté chez l'enfant. Nous rapportons ici le cas d'une maladie de Kawasaki de l'adulte dans les suites d'une infection à COVID-19, avec un pseudo choc septique comme mode de révélation.

Observation Une femme de 33 ans, assistante de direction dans un collège, est admise initialement pour un rash fébrile. On notait un antécédent d'infection respiratoire non sévère documenté au SARSCoV-2 par PCR nasale cinq semaines avant. La patiente ne fumait pas. Apparition d'une fièvre en plateau à 41 °C avec adénopathies cervicales sensibles (max 1,5 cm) rapidement suivie d'un rash morbilliforme généralisé. Elle était traité en ambulatoire par l'association amoxicilline/acide clavulanique puis azithromycine, sans succès. Au 5^e jour, dégradation clinique avec installation d'une insuffisance circulatoire justifiant l'introduction d'amines et d'une surveillance en réanimation. Le tableau clinique s'enrichissait d'une conjonctivite bilatérale, d'une glossite, d'un érythème palmaire, de lésions périméales et d'une diarrhée profuse. La biologie retrouvait un syndrome inflammatoire majeur (CRP 500 mg/L, neutrophiles 37 000/mm³) avec une éosinophilie (1700/mm³) et une troponinémie à 425 ng/L. Les prélèvements infectieux étaient normaux. Le scanner thoracoabdomino-pelvien et la fibroscopie recto-sigmoïdienne n'apportaient pas plus d'information. L'échographie cardiaque rapportait une hypokinésie diffuse modeste. La probabilité d'activation lymphohistiocytaire était faible. On notait l'absence de réponse à l'antibiothérapie à large spectre. Au 9^e jour, apparition d'une desquamation des extrémités après amélioration clinique partielle (sevrage des amines). Au 13^e jour, le coroscanner retrouvait une dilatation anévrysmale de l'artère interventriculaire antérieure de 5,6 mm. Le traitement par immunoglobulines à 2 g/kg et l'aspirine permettaient l'amélioration clinique et une normalisation des paramètres biologiques.

Discussion La maladie de Kawasaki (MK) est une vascularite systémique des vaisseaux de moyen calibre, dont la prévalence chez l'adulte se limite à une centaine de cas reports. L'insuffisance circulatoire aiguë est un mode de révélation rare de la maladie, appelé syndrome de choc de la maladie de Kawasaki. Elle est retrouvée dans 7 % des cas chez l'enfant et sa prévalence chez l'adulte n'est pas connue. Le syndrome inflammatoire avec atteinte multisystémique de l'enfant (MIS-C), initialement dénommé "pseudo-Kawasaki", a été décrit très tôt après le début de l'épidémie COVID-19 et apparaît en moyenne 4 semaines après l'infection par le SARS-CoV-2. C'est une pathologie rare avec une prévalence en France en 2020 chez les moins de 21 ans de 15,4 cas/million d'habitant. La moitié des patients présente une insuffisance circulatoire aiguë au diagnostic [1]. Il existe des critères diagnostiques du MIS-C selon l'OMS, mais pas chez l'adulte de plus de 21 ans. En comparaison avec la forme classique, les patients atteints de MIS-C semblent plus âgés, avec d'avantage d'atteinte cardiaque, d'insuffisance circulatoire, de signes fonctionnels digestifs, résistent plus aux immunoglobulines

et justifient davantage d'une corticothérapie [2]. Les diagnostics différentiels à évoquer sont généralement le syndrome de choc toxique ou le syndrome d'activation lymphohistiocytaire. Une sidération myocardique dans un contexte hyperinflammatoire est l'une des hypothèses physiopathologiques de l'insuffisance circulatoire (dysfonctions systolique et/ou diastolique sans myocardite, corrélation de l'état de choc avec l'élévation des marqueurs de l'inflammation et des marqueurs cardiaques). La plupart des patients répondent correctement à l'association immunoglobulines corticothérapie. Dans notre cas, la patiente satisfaisait les critères de classification de l'American Heart Association pour la MK avec une évolution coronarienne caractéristique et avait un antécédent documenté à SARS-COV-2 cinq semaines auparavant.

Conclusion La forme adulte du syndrome d'inflammation multi-systémique associée à la COVID19 est rare mais semble grave, avec l'insuffisance circulatoire comme mode d'entrée et les anévrismes coronariens comme complications, tout comme la MK classique.

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

Pour en savoir plus

- [1] Grimaud, et al. Acute myocarditis and multisystem inflammatory emerging disease following SARSCoV-2 infection in critically ill children. *Ann Intensive Care* 2020.
- [2] Verdoni, et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. *Lancet* 2020.

Pour en savoir plus

Bajolle F. Multisystem inflammatory syndrome associated with SARS-CoV-2 in children: Diagnosis and management. *Perfectionnement en Pédiatrie*. 2020.

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.10.166>

CA158

L'atteinte cardiaque de la maladie de Takayasu : à propos de 4 observations

A. Jahouh^{1,*}, M. Benzakour², K. Echchilali², M.M. Moudatir³, F.Z. Alaoui², H. El Kabli³

¹ Médecine interne, C.H.U Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

² Médecine interne, 1, rue des hopitaux, Casablanca, Maroc

³ Médecine interne, CHU Ibn Rochd Casa, Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jahouhamina@gmail.com (A. Jahouh)

Introduction La maladie de Takayasu est une artérite chronique rare, de fréquence plus élevée chez la femme jeune (<40 ans). Touchant préférentiellement l'aorte et ses branches de division. L'inflammation vasculaire chronique évolue vers l'épaississement pariétal avec fibrose, sténose et parfois des anévrismes.

L'atteinte cardiaque est rarement rapportée dans la littérature, l'HTA constitue la cause majeure mais il est à noter l'existence d'autres manifestations à type de coronaropathies, valvulopathies et rarement des myocardites. Elle conditionne le pronostic de la maladie et considérée comme un critère de sévérité.

Patients et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 27 cas de maladie de Takayasu, suivis dans un service de médecine interne sur une période de 7 ans. Tous nos patients répondaient aux critères de classification d'Ishikawa 1988 et ACR 1990.

Résultats Dans notre étude nous avons enregistré 4 cas d'atteintes cardiaques soit 14,8 %, chez 3 femmes et 1 homme. L'âge moyen était de 34,7 ans (24-39 ans). Révélatrice de la maladie de Takayasu chez une patiente. L'HTA était associée dans 1 seul cas. Le diagnostic était posé devant un tableau clinique fait de dyspnée d'effort, de douleur thoracique angineuse et asymptomatique chez une patiente ; les données de l'ECG, l'échographie Trans-thoracique et la coronarographie. Il s'agissait de 2 cas d'atteinte coronaire (50 %) (Sténose coronarienne compliquée de cardiopathie hypokinétique et un cas d'association de sténose et d'anévrisme de l'interventriculaire antérieure), une insuffisance mitrale était notée

chez une patiente (25 %) et un cas d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection à 30 % (25 %). Tous nos patients avaient reçu des corticoïdes au long cours, des diurétiques et inhibiteur de l'enzyme de conversion chez 2 patientes et remplacement valvulaire dans un seul cas. L'évolution était marquée par la régression des symptômes.

Discussion L'atteinte cardiaque au cours de la maladie de Takayasu est retrouvée dans 30 à 40 % des cas, constituant ainsi un critère de gravité de la maladie. La fréquence de l'atteinte coronarienne est variable selon les séries, allant jusqu'à 45 % ce qui est proche de nos résultats. Quant aux valvulopathies la fuite aortique demeure la plus fréquente avec une incidence de 13-25 % cependant la valve mitrale est rarement affectée (2,1 %), nous en avons rapporté un cas soulignant l'originalité de notre travail. Les lésions myocardiques sont plus rares de l'ordre de 1 %.

Conclusion Au cours de la maladie de Takayasu, l'atteinte cardiaque semble être sous-estimée mais sévère. Afin d'améliorer la prise en charge et le pronostic de cette atteinte il faut insister sur l'intérêt du dépistage systématique par un examen clinique très rigoureux notamment un ECG, une échographie cardiaque, et une coronarographie si symptômes évocateurs d'anomalie des coronaires.

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

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.10.167>

CA159

Atteinte cardiaque au cours de la maladie de Takayasu

I. Saoud, I. Naceur*, T. Ben Achour, T. Ben Salem, M. Khanfir, I. Ben Ghorbel, M. Lamoum, F. Said, M.H. Houman
Service de médecine interne, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : inesnaceurtoun@gmail.com (I. Naceur)

Introduction La maladie de Takayasu ou l'artérite de Takayasu (AT) est une artérite inflammatoire des gros troncs artériels qui intéresse principalement l'aorte et les troncs supra-aortiques. L'atteinte cardiaque au cours de l'AT est rarement rapportée dans la littérature.

Patients et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 20 ans (2000-2020) colligeant 37 patients atteints d'une AT (selon les critères de l'ACR). L'atteinte cardiaque était retenue sur des données cliniques, biologiques, électrocardiographiques, échocardiographiques et angiographiques.

Résultats Parmi les 37 patients, quatre avaient une atteinte cardiaque. Il s'agissait de quatre femmes avec un âge moyen de 45,5 ans [25-58 ans]. L'atteinte cardiaque était révélatrice de la maladie chez deux patientes. Des douleurs thoraciques étaient rapportées chez toutes les patientes et une dyspnée chez trois patientes. Sur le plan clinique, un souffle cardiaque d'insuffisance aortique était objectivé chez les quatre patientes et des signes d'insuffisance cardiaque chez trois patientes. L'atteinte cardiaque était associée à une hypertension artérielle chez toutes nos patientes. Des anomalies électrocardiographiques étaient notées chez trois patientes : fibrillation auriculaire (n=1), bloc auriculo-ventriculaire (n=1) et bloc de branche droit (n=1). L'échographie cardiaque montrait une insuffisance aortique chez trois patientes et une insuffisance mitrale chez deux. La coronarographie pratiquée chez une patiente objectivait une atteinte tri tronculaire et était normale chez l'autre. Une corticothérapie par voie générale était indiquée chez toutes les patientes. Une angioplastie coronaire était indiquée chez une patiente. L'évolution était favorable chez toutes les patientes.

Conclusion L'atteinte cardiaque au cours de l'AT est rare. Sa survenue conditionne le pronostic vital d'où la nécessité d'un dépistage systématique.

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