



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.

avait montré un PNO total et complet dans 8 cas. Le PNO était bilatéral dans 1 cas, à bascule dans 4 cas et persistant dans 10 cas, avec une durée moyenne de drainage de 15 jours. La TDM thoracique avait montré un syndrome interstitiel diffus dans tous les cas. Un aspect de fibrose pulmonaire idiopathique a été noté dans 6 cas. Quatorze patients ont été opérés. Un patient récusé de la chirurgie a eu une symphyse pleurale à la povidone iodée par le drain. Pour les autres, le geste avait consisté en une résection de l'apex avec un avivement pleural, associé à une biopsie pulmonaire dans 8 cas. La durée moyenne du drainage était de 9 jours [3–28 jours]. Des complications postopératoires ont été rapportées dans 10 cas, essentiellement à type de : fuites aériennes prolongées (7 cas) et décollement secondaire (3 cas) nécessitant un re-drainage dans 2 cas.

Conclusion Le traitement chirurgical du PNO associé à une PID doit être proposé précocement, pour écourter la durée du drainage et assurer une meilleure symphyse. De ce fait une évaluation préopératoire minutieuse du terrain s'impose, afin d'en tirer les meilleurs bénéfices.

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

<https://doi.org/10.1016/j.rmra.2021.11.159>

228

Les déficits immunitaires primitifs à révélation tardive

B. Es-Sabbahi*, J.J. Tasa, S. Iquraouin, M. Elbiaze, M.C. Benjelloun, B. Amara, M. Serraj

CHU Hassan II, Fès, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ibtissamesabbahi@gmail.com (B. Es-Sabbahi)

Introduction Les déficits immunitaires primitifs (DIP) sont définis par une défaillance du système immunitaire qu'aucune cause infectieuse, néoplasique ou iatrogène ne peut expliquer. Ils peuvent parfois avoir une révélation tardive, à l'âge adulte.

Méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 6 cas de DIP diagnostiqués au service de pneumologie CHU Hassan II Fès entre 2015 et 2021.

Résultats Il s'agit de 4 femmes et 2 hommes, l'âge moyen au moment du diagnostic était de 30 ans (21–44 ans), le délai moyen du diagnostic était de 6,16 ans (2–13 ans). Tous les patients décrivaient des infections à répétition, les infections respiratoires ont été trouvées chez tous les patients, 2 patients ont fait une pleurésie purulente avec recours à la décortication chez un patient, et une patiente avait une DDB diffuse au stade d'IRC hypercapnique, les infections digestives ont été trouvées chez 5 patients, un patient a fait une méningite bactérienne, une patiente avait une rectocolite hémorragique. Le dosage pondéral des immunoglobulines avec dosage des sous populations lymphocytaires ont été fait chez tous les patients, 5 avaient un déficit immunitaire commun variable (DICV), et une patiente avait un déficit immunitaire combiné sévère. Le diagnostic de DIP a été retenu après avoir éliminé les causes les plus fréquentes des déficits immunitaires secondaires. Une patiente est décédée suite à une insuffisance respiratoire aiguë, secondaire à une pneumocystose pulmonaire, les autres bénéficient des cures mensuelles de Tegelline, avec bonne évolution.

Conclusion Les DIP restent sous-diagnostiqués, avec des délais diagnostiques longs qui peuvent aller jusqu'à 13 ans dans notre étude, et parfois au stade de complications sévères. Le diagnostic de DIP doit être évoqué systématiquement devant la survenue d'infections sévères et ou récidivantes, mais aussi devant d'autres manifestations comme une granulomatose, des manifestations auto-immunes.

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

<https://doi.org/10.1016/j.rmra.2021.11.160>

P007 - Infection à COVID-19 : organisation des soins, description clinique

229

Une étude de corrélations entre la sévérité clinique et l'intensité de l'inflammation



S. Asma (Résidente)*, S. Daboussi (Professeur agrégé), S. Mhamdi (Professeur agrégé), I. Mejri (Assistante), N. Boubaker (Résidente), C. Aichaouia (Professeur), Z. Moatemri (Professeur)

Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : drsaidaneasma26@gmail.com (S. Asma)

Introduction Le coronavirus 19 peut être à l'origine d'un spectre varié de manifestations cliniques. Le défi actuel est de déterminer des biomarqueurs fiables pour identifier les formes sévères.

Méthodes C'est une étude prospective, longitudinale, incluant 143 patients infectés par le SARS2-COVID (confirmés par une PCR), admis au service de pneumologie de l'hôpital militaire, entre le mois de septembre 2020 et le mois de janvier 2021. Ils ont bénéficié d'un examen, d'un bilan sanguin, d'un scanner thoracique et d'un test PCR.

Résultats Nous avons inclus 143 patients d'âge moyen de 62 ans, avec une nette prédominance masculine (69 %). Quant aux comorbidités, un diabète de type 2 était retrouvé dans (36 cas), une hypertension dans (56 cas), une insuffisance coronaire dans (5 cas), une dyslipidémie dans (28 cas) et une BPCO dans (8 cas). Une obésité morbide était retrouvée dans (38 cas). La fièvre était le motif principal de consultation (91 cas [64,1 %]). Par ailleurs, les frissons ont été rapportés dans 35 cas (24,5 %), un syndrome grippal dans 59 cas (41,3 %), une anosmie-agueusie dans 23 cas (16,1 %) et des troubles digestifs (une diarrhée dans 30 cas [21 %] et des vomissements dans 17 cas [12 %]). Donc, l'infection était donc classée comme : minime chez 33 patients (25,8 %), modérée chez 25 patients (19,5 %), sévère chez 60 patients (46,9 %) et critique chez 10 patients (7,8 %). Concernant les données biologiques, une hyperleucocytose était notée dans 36 cas (25 %). La CRP était élevée dans 108 cas (75,52 %). Les D-Dimères étaient élevées dans 117 cas (81,81 %). Le fibrinogène était élevé dans 12 cas (8,4 %). L'interleukine 6 était élevée dans 6 cas (4,2 %). Il est pertinent de noter qu'il existe une forte corrélation entre la sévérité clinique et le tabagisme ($p=0,033$), l'obésité ($p=0,023$), la présence d'une insuffisance cardiaque ($p=0,02$) ou d'une néoplasie préexistante ($p=0,01$) et l'intensité de l'inflammation (CRP [$p=0,031$], fibrinogène [$p=0,011$]). Concernant le traitement, une antibiothérapie était prescrite chez 135 cas (95,4 %). De plus, certains cas ont nécessité le recours à : la VNI (14 cas) ou à l'Optiflow (9 cas). Une intubation trachéale était pratiquée dans (3 cas). Par ailleurs, 23 cas ont présenté des complications nécessitant le transfert en réanimation. Nous rapportons désormais 13 cas de décès.

Conclusion Notre étude soutient l'hypothèse d'une inflammation « auto-entretenu » chez les patients atteints du COVID-19 à l'origine d'un pronostic plus péjoratif.

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

<https://doi.org/10.1016/j.rmra.2021.11.161>