



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.

CA177

Dermatomyositis following COVID-19 infection

A. Derbel*, M. Guerhazi, E.M. El Moctar, A. Jemal, C. Damak, S. Mouna, R. Ben Salah, F. Frikha, S. Marzouk, Z. Bahloul
Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisia

* Corresponding author.

Adresse e-mail : abirderbel@gmail.com (A. Derbel)

Introduction Viruses have been shown to reveal autoimmune diseases like type1 diabetes and systemic connectivities like dermatomyositis (DM). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is best known for its respiratory symptoms but multiple systems could be affected in acute or post COVID-19 infection period. Clinical dermatomyositis following COVID-19 infection was exceptionally reported.

Observation We report a case of a 61-year- woman with no medical history observed in March 2021 with bilateral edema. Doppler ultrasound demonstrated a superficial venous thrombosis of saphenous veins. The patient had a suspicious epidemiological history, and her chest CT scans showed lung damage similar to that caused by COVID-19. PCR test for Coronavirus confirmed the infection. She was treated by curative anticoagulation, steroids and oxygen therapy. Two months after her leaving, she was presented in internal medicine's department with pulmonary embolism despite good anti coagulation. Her PCR test for Coronavirus was negative. At her admission, she was complained of asthenia weight loss and pain in scapular and pelvic muscles. Physical examination revealed erythematous patches with edema in periorbital areas. Chest auscultation found bilateral basal lung crepitation. Bilateral proximal muscle weakness in upper and lower extremities was objectified. Oral examination found ulcerations in the lower gingiva. We found signs of arthritis in wrists and proximal interphalangeal joints. Biological tests showed anemia (hemoglobin =8.6 g/dl), accelerated erythrocyte sedimentation rate (65 mm H1) ; high C-reactive protein(119 mg/l)d biological myolysis and cytolydid (Creatinin kinase = 1052 U/l, LDH = 478 AST/ALT 238 U/l/119 U/l). Infectious investigations including HCV, HBV and HIV serology were negative. Thyroid function test was in normal range. Neoplastic research was negative. Immunologic analysis revealed positive antinuclear antibodies (ANA) with anti JO1 antibodies. Anti cardiolipin antibodies and kit-myositis were negatives. Electromyographic findings revealed inflammatory myositis. The patient was treated by high doses of steroids then progressively decreased. Good progress was noticed.

Conclusion Dermatomyositis is an inflammatory myopathy relatively rare. An elevation of its incidence was noticed during the pandemic period coinciding of corona virus [1]. Viral infections could induce autoimmunity and may be the eliciting event in the pathogenesis of myositis [2]. In our case, dermatomyositis is hypothetically linked to viral trigger on the background of genetic predisposition. The spectrum of complications following COVID-19 is broad but incidence is too rare including Idiopathic thrombocytopenic purpura, Guillain-Barré syndrome and autoimmune haemolytic anaemia recorded in 1, 5 and 7 patients respectively, 4–13 days following onset of COVID-19 symptoms. We assume that true dermatomyositis, triggered by COVID-19 may occur and the immunopathogenicity is via type 1 IFN pathway. Tanboon et al. commented that 58-year-old COVID-19 patient reported to have myositis may actually have dermatomyositis.

Disclosure of interest The authors declare that they have no competing interest.

Pour en savoir plus

[1] Wang Y, Du G, Zhang G, Matucci-Cerinic M, Furst DE. Similarities and differences between severe COVID-19 pneumonia and anti-MDA-5-positive dermatomyositis-associated rapidly progressive interstitial lung diseases: a challenge for the future. *Ann Rheum Dis* 2020.



[2] Mehta P, Machado PM, Gupta L. Understanding and managing anti-MDA 5 dermatomyositis, including potential COVID-19 mimicry. *Rheumatol Int* 2021;41(6):1021–36, <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-021-04819-1> [Epub 2021 Mar 27. PMID: 33774723; PMCID: PMC8000693].

Pour en savoir plus

Gokhale Y, Patankar A, Holla U, Shilke M, Kalekar L, Karnik ND, Bidichandani K, Baveja S, Joshi A. Dermatomyositis during COVID-19 Pandemic (A Case Series): Is there a Cause Effect Relationship? *J Assoc Physicians India*. 2020 Nov;68(11):20–24. PMID: 33187031.

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.10.186>

CA178

Interleukine-6 chez les patients COVID-19 hospitalisés en dehors du milieu de réanimation

Z. Jerbi*, B. Arfaoui, N.N. Gueddich, N. Boussetta, F. Ajili, N. Ben Abdelhafidh, B. Louzir

Médecine interne, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : zaynebjerbi89@gmail.com (Z. Jerbi)

Introduction La maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) est apparue en Chine en décembre 2019 et s'est propagée dans le monde entier. Des niveaux élevés d'interleukine-6 (IL-6) chez les patients COVID-19 suggèrent qu'une tempête de cytokines peut jouer un rôle majeur dans la physiopathologie et sont considérés comme un paramètre pertinent pour prédire l'évolution la plus grave de la maladie.

Patients et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée au sein de l'unité COVID-19 du service des maladies infectieuses/Médecine interne de l'HMPIT entre octobre 2020 et mars 2021 afin d'évaluer les niveaux d'IL-6 chez les patients COVID-19 admis en dehors du milieu de réanimation et voir leur relation avec le profil évolutif du patient.

Résultats Nous avons colligé 300 patients ; 63 ont eu un dosage de l'interleukine 6, soit 21 %. L'âge moyen de la population incluse était de 63 ans avec une prédominance féminine soit un sex-ratio de 2,15. La forme clinique à l'admission était sévère dans 88,9 %, modérée dans 9,5 %, et mineure dans uniquement 1,6 % des cas. La symptomatologie était dominée par : la fièvre dans 49,2 % des cas, myalgies et arthralgies dans 60,3 % des cas et l'asthénie dans 77,8 % des cas. La saturation moyenne à l'air ambiant à l'admission était de $90 \pm 3,17$ % avec des extrêmes entre 81 et 99 %. Sur le plan des comorbidités, 58,7 % avaient des antécédents médicaux avec nette prédominance du diabète (36,5 %) et de l'hypertension artérielle (33,3 %). La dyslipidémie et la coronaropathie étaient notes respectivement dans 22,2 % et 12,75 %. Une obésité grade 1 était constatée chez 7 patients et une obésité morbide avec BMI à 40 kg/m² chez un seul patient. La durée moyenne d'hospitalisation était de 12 jours avec un minimum de 4 jours et un maximum de 35 jours. Sur le plan respiratoire, 73 % des patients ont présenté une toux sèche, et une dyspnée était retrouvée dans 60,3 % des cas. Une TDM thoracique a été faite pour 63 patients et a montré un aspect typique d'infection SARS cov19 dans 98,4 % des cas, soit 62 patients. L'aspect était atypique dans un seul cas (1,6 %). L'atteinte la plus fréquente était entre 25 et 50 %, soit 31,7 % des cas, suivie d'une atteinte entre 50 et 75 % (30,2 % des cas) puis entre 10 et 25 % (22,2 % des cas). Sur le plan biologique, la valeur moyenne de la CRP était de 100,06 mg/l (4 et 231 mg/l), et des D-dimères était de 1732,71 µg/L (251–16616). Les taux de l'IL-6 chez ces patients étaient augmentés, avec des taux moyens de 29,84 pg/ml (± 38 pg/ml) et des extrêmes entre 2 et 260 pg/ml. L'évolution était favorable d'emblée dans 84,1 % des cas, favorable après complications dans 9,5 % des cas, transfert en réanimation et décès dans 14,2 %. Pour les patients ayant un taux d'IL-6 > 35, la mortalité était de 5 %, versus 9,3 % pour ceux ayant un taux d'IL-6 < 35 pg/ml, et cette différence était statistiquement



non significative avec le test Chi². ($p=0,3125$). Pour les patients ayant un taux d'IL-6 > 10 pg/ml, la mortalité était de 9,7 % versus 4,5 % pour ceux ayant un taux d'IL-6 < 10 pg/ml. Cette différence était également statistiquement non significative avec le test Chi² ($p=0,2651$).

Conclusion Bien que l'IL-6 joue un rôle important dans l'orage cytokinique au cours de la Covid 19, son taux sanguin n'est pas un bon marqueur de l'évolution car son élévation peut être au niveau local. C'est pour cette raison que les nouvelles études et recommandations concernant l'utilisation de l'anti-IL-6 se basent principalement sur le syndrome inflammatoire biologique et l'évolution clinique sans prendre en considération le taux sérique de l'IL-6.

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

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.10.187>

CA179

Quand le COVID-19 chatouille les gros vaisseaux ... !

M. Guermazi^{1,*}, J. Awa¹, A. Derbel¹, O. Frikha¹, F. Zouari², M. Hwidi³, Z. Douib³, L. Berrajah², H. Karray², Z. Mnif³, S. Marzouk¹, Z. Bahloul¹

¹ Service de médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

² Service de virologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

³ Service de radiologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : guermazi.mouna@hotmail.com (M. Guermazi)

Introduction Depuis l'émergence du COVID-19 qui est un virus à tropisme vasculaire, il y avait une constatation d'une multitude de manifestations cardiovasculaires potentiellement graves pouvant engager le cœur, les veines et les artères. Cependant, l'atteinte des gros vaisseaux est rarement décrite. Nous rapportons un cas d'aortite diagnostiquée dans les suites d'une infection au COVID19 chez une femme âgée tunisienne vaccinée contre le COVID-19.

Observation Il s'agit d'une femme de 86 ans, hypertendue, vaccinée contre le COVID-19 (vaccination complète par Astrazenica©, 2ème dose reçue le 18 juin 2021) qui a présenté le 9 juillet 2021 des maux de gorge, une toux sèche et une fièvre suite à un contact testé positif au COVID19. La patiente a bénéficié d'une tomodynamométrie thoracique objectivant un aspect en verre dépoli en bilatéral en faveur d'une infection au COVID-19. La patiente a été traitée symptomatiquement avec une évolution favorable à une semaine. Elle nous a consultés après un mois du début des symptômes avec une fièvre à recrudescence nocturne et une altération de l'état général évoluant depuis 3 semaines. Elle n'avait aucune plainte fonctionnelle. Les pouls périphériques et temporaux étaient symétriques. Les aires ganglionnaires étaient libres. La biologie a montré un syndrome inflammatoire biologique persistant (VS supérieur à 100 mm/h1, CRP à 180 mg/L). La procalcitonine était négative. À la numération, elle avait une anémie à 10,5 g/dl de type inflammatoire. Les bilans hépatique, phosphocalcique et rénale ainsi que l'électrophorèse des protéines étaient normaux. À l'enquête infectieuse, les hémocultures, l'examen cytotactériologique des urines, les sérologies des germes atypiques, de l'hépatite B et C, VIH et la sérologie syphilitique étaient négatifs. La sérologie COVID19 confirmait un ancien contact avec le virus. L'échographie Trans-thoracique était sans anomalies. L'enquête néoplasique était négative. Le bilan immunologie comprenant les AAN, les ANCA et Le dosage de IgG4 était normal. La tomodynamométrie thoraco-abdomino-pelvienne a objectivé des séquelles post pneumopathie virale et un épaississement circonférentiel régulier de la crosse et l'aorte descendante évoquant une aortite. La biopsie de l'artère temporale était normale. Devant la négativité de toute l'enquête étiologique de cette aortite et le contexte d'infection au COVID19 ; le diagnostic retenu était une aortite post COVID19. La patiente a été

mise sous corticothérapie à la dose de 1 mg/kg/j de prednisone avec amélioration rapide spectaculaire sur le plan clinique et biologique.

Conclusion Notre cas d'aortite post COVID19 est à notre connaissance le 1er cas rapporté en Tunisie et en Afrique. Quelques cas ont été rapportés en Europe. Contrairement aux manifestations habituelles, la présentation clinique d'une aortite peut être atypique comme c'est le cas de notre patiente. L'altération de l'état général est considérée parfois classique dans les suites d'un COVID19, mais l'existence d'un SIB nous incite à réaliser l'enquête étiologique. Dans ce cadre, les vascularites et précisément l'aortite doivent être évoquées de principe dans des situations pareilles tenant compte du tropisme vasculaire de ce virus et des complications potentielles des aortites pouvant mettre en jeu le pronostic vital en cas de retard de prise en charge adéquate.

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

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.10.188>

CA180

Labyrinthite post-vaccinale anti-COVID19 révélatrice d'une GPA

S. Lechtman^{1,*}, P.Y. Jeandel¹, F. Milliet², S. Yamani³, N. Martis¹

¹ Médecine interne, Hôpital l'Archet 1, Nice

² Orl, Institut universitaire de la face et du cou, Nice

³ Pharmacovigilance, Hôpital l'Archet, Nice

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lechtman.s@chu-nice.fr (S. Lechtman)

Introduction Dans le contexte de la pandémie à SARS-CoV-2, des manifestations audio-vestibulaires post-infection à Covid-19 ont été rapportées [1]. Depuis l'apparition des vaccins, quelques cas d'atteinte de l'oreille interne survenus dans les 30 jours suivants la vaccination par vaccin à ARNm [2] sont également décrits. Nous présentons ici le cas unique d'une labyrinthite révélant une vascularite nécrosante à ANCA imputable au vaccin ChAdOx1 nCoV-19.

Observation Une patiente de 67 ans, sans antécédent ORL connu, en rémission d'un cancer du sein BRCA2-muté, a présenté fin mars 2021 une otite moyenne aiguë compliquée en avril d'une labyrinthite bilatérale. Elle avait reçu une injection de vaccin ChAdOx1 nCoV-19 le 6 mars 2021. 3 lignes d'antibiotiques ont été administrés avant que le diagnostic de labyrinthite ne soit posé. L'otoscopie mettait en évidence des tympanes inflammatoires et l'audiogramme une surdité mixte bilatérale. L'IRM des conduits auditifs internes montrait un épaississement non nodulaire mais rehaussé de la paroi latérale gauche du cavum le long de la fossette de Rosenmüller et du trajet tubaire associé à un comblement des pyramides pétreuses droite et gauche. Les biopsies profondes de l'oreille droite montraient une inflammation subaiguë sans granulome. Les analyses microbiologiques étaient stériles. Devant l'apparition d'arthralgies inflammatoires des poignets et genoux et un amaigrissement de 3 kg, une maladie de système était suspectée. Elle était apyrétique et ne présentait pas d'autre signe ORL, ni de manifestations ophtalmologique, respiratoire ou neurologique. On observait une anémie inflammatoire (CRP à 39,6 mg/l) sans autre cytopénie, sans anomalie de la fonction rénale (dont protéinurie ou hématurie) ni des tests hépatiques. Les sérologies VIH, syphilis, borréliose étaient négatives. Les ANCA-PR3 étaient rendus positifs à un taux de 18 UI/ml et on trouvait un anticoagulant circulant de type lupique sans autre anti phospholipide. Les AAN étaient négatifs et l'exploration du complément normale. L'IRM cérébrale montrait quelques hypersignaux non spécifiques de la substance blanche supratentorielle. L'analyse du LCR ne décrivait pas de profil inflammatoire et les PCR virales VZV et HSV intrathécales étaient indétectables. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien objectivait des micronodules pulmonaires. Le traitement a consisté en un assaut de corticoïdes IV relayé d'une corticothérapie orale à 1 mg/kg/j de prednisone suivi d'une décroissance progressive.