



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.

microscope électronique sur biopsies de ténosynovite, des tréponèmes ont pu être observés. Enfin, nous nous sommes posés la question du traitement. Les recommandations préconisent un traitement selon le délai entre le diagnostic et le rapport contaminant, et non selon la présentation clinique (hormis l'atteinte neurologique). Ici, la sévérité de la présentation rhumatologique nous avait initialement fait poser l'indication d'un traitement prolongé. La présence d'une sérologie négative 5 mois avant, a conduit à un traitement par une dose de pénicilline G. Le suivi a montré l'efficacité de ce traitement avec guérison clinique et biologique.

Conclusion La syphilis secondaire précoce de par sa diffusion hémotogène, conduit à des présentations cliniques variées. Même si le mécanisme de la polyarthrite n'est pas clairement établi, le traitement recommandé est efficace.

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

Pour en savoir plus

Santé Publique France - Réseau RésIST

Reginato AJ, Schumacher HR, Jimenez S, Maurer K. Synovitis in secondary syphilis. *Clinical, light, and electron microscopic studies.* *Arthritis Rheum.* 1979 Feb;22(2):170-6. doi: 10.1002/art.1780220210. PMID: 369568.

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.10.180>

CA172

Le tabès syphilitique : une entité rare !

C. Ravaiau^{1,*}, H. Hitoto², N. Crochette², L. Perez², S. Blanchi²

¹ Médecine interne, C.H.U Angers, Angers

² Service des maladies infectieuses et tropicales, C.H. - Le Mans, Le Mans

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : camille.ravaiau@hotmail.fr (C. Ravaiau)

Introduction La syphilis est une maladie infectieuse sexuellement transmissible causée par *Treponema pallidum*. Depuis les années 2000, de nombreux pays connaissent une recrudescence de cette maladie. Les manifestations cliniques de la syphilis sont classées en forme précoce et forme tardive (> 1 an après l'infection). Nous présentons un cas de neurosyphilis tardive rare : le tabès dorsalis.

Observation Un homme de 47 ans a été hospitalisé pour l'exploration d'une fièvre prolongée évoluant depuis 3 semaines associée à un syndrome inflammatoire. Ses principaux antécédents étaient une LLC de stade A, une algie vasculaire de la face, une arthrodèse L5-S1 sur hernie discale et une œsophagite peptique traitée par IPP. Il présentait une fièvre non cyclique, un syndrome rachidien intense avec des douleurs d'allure neuropathiques des membres inférieurs ainsi que des épigastralgies et des troubles sphinctériens à type de dysurie et constipation. Une IRM pan-rachidienne a été réalisée à la recherche d'une spondylodiscite et ne retrouvait pas d'élément en faveur de cette hypothèse. Le scanner ne montrait pas de lésion thoraco-abdomino-pelvienne expliquant la symptomatologie. La TEP-TDM trouvait une infiltration ostéo-médullaire diffuse et une atteinte ganglionnaire sous diaphragmatique en lien avec la LLC. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire (CRP 91 mg/L), et les explorations microbiologiques et immunologiques étaient négatives (ECBU et hémocultures stériles, AAN, ANCA, FR). Les sérologies virales étaient négatives hormis la sérologie syphilis avec TPHA à 1/10240 et VDRL à 128. Avant l'obtention des résultats de la sérologie syphilis, un traitement antibiotique par CEFTRIAXONE a été introduit, le patient a alors présenté d'une éruption papulo-maculeuse du torse associée à des signes généraux évoquant une réaction de Herxheimer. La ponction lombaire à la recherche d'une neurosyphilis a été réalisée à J6 du début du traitement (du fait d'un TCA allongé) et confirme l'atteinte neurologique (leucocytes 6/mm³, hyperprotéinorachie à 1,34 g/l, glycorachie normale, TPHA positif VDRL négatif). Le diagnostic de tabès syphilitique était

confirmé par les potentiels évoqués somesthésiques qui trouvaient une atteinte cordonale postérieure. Le patient a été traité par Benzyl penicilline 20 MUI par jour en intra-veineux pendant 21 jours permettant une bonne réponse thérapeutique avec disparition des symptômes cliniques et une décroissance à 2 mois (TPHA positif > 8 et négativation du VDRL). La ponction lombaire réalisée à 3 mois montrait une réponse méningée (absence de pléiocytose, protéinorachie 0,48 g/L, VDRL négatif, nPCRtp47 négative).

Discussion La neurosyphilis est peu décrite depuis la mise en place du traitement par Pénicilline dans les années 1950s mais plusieurs séries rapportent un taux de 0,47 à 2,1 cas pour 100 000 patients aux Canaries et Pays-Bas en 2004 et 2014 [1]. Les formes tardives comportent la paralysie générale, la démence et le tabès dorsalis qui représenterait jusqu'à 9 % de ces formes [2].

Le tabès syphilitique est une forme de neurosyphilis tertiaire et tardive rare, elle se caractérise par une atteinte des cordons postérieurs de la moelle épinière. Le tableau clinique se caractérise par des douleurs neuropathiques (dorsales, abdominales, membres inférieurs), une ataxie proprioceptive, des troubles sphinctériens et de l'érection [1,2]. Le diagnostic de neurosyphilis repose sur une combinaison d'arguments cliniques et la présence d'une sérologie syphilitique positive (VDRL/TPHA +) ainsi que des anomalies du LCR affirmant l'atteinte neurologique : pléiocytose, hyperprotéinorachie et positivité de VDRL/TPHA [1-3]. Il est à noter que la sensibilité du VDRL est faible dans le LCR et ce d'autant que la forme est tardive [1]. L'examen de référence est la mesure des potentiels évoqués somesthésiques permettant d'objectiver une atteinte cordonale postérieure de la moelle épinière.

L'évolution est favorable sous traitement par BENZYL PENICILLINE intraveineux 20MUI par jour pour une durée de 10-14 jours. Le suivi se fait par contrôle du LCR et de la sérologie syphilitique [1].

Conclusion La syphilis autrefois appelée la grande simulateurice, peut se présenter sous diverses formes. Le tabès syphilitique est une forme tardive de neurosyphilis rarissime mais pourrait resurgir devant une augmentation de l'incidence de cette infection en France. Il est donc indispensable de ne pas l'oublier, d'autant que l'évolution est favorable sous traitement adapté.

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

Pour en savoir plus

- [1] Ropper AH. Neurosyphilis. *N Engl J Med* 2019;381(14):1358–63.
- [2] Tuddenham S, Ghanem KG. Neurosyphilis: Knowledge Gaps and Controversies. *Sex Transm Dis* 2018;45(3):147–51.
- [3] Zhang Y-Q, Huang M, Jia X-Y, Zou Y-F, Chen D. A clinical study of new cases of parenchymal neurosyphilis: has tabes dorsalis disappeared or been missed? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2015;27(1):e17–21.

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.10.181>

CA173

La pandémie COVID-19 a-t-elle changé mon médecin ? Point de vue du patient de médecine interne

A. Tekaya*, A. Kefi, K. Ben Abdelghani, 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 : asmatekaya@gmail.com (A. Tekaya)

Introduction Depuis l'apparition de la Covid-19, les médecins ainsi que le reste du personnel soignant ont été confrontés à combattre cette pandémie. Ils ont du faire preuve d'adaptabilité, notamment en période de confinement, pour assurer la continuité des soins des malades chroniques. Nous nous sommes intéressés, à travers un questionnaire de patients, à l'impact de cette pandémie sur le médecin traitant, sur son attitude à l'égard de son patient et sur la qualité de la prise en charge fournie.

Patients et méthodes Étude transversale prospective menée sur une période d'un mois colligeant les patients suivis en médecine interne. Nous n'avons inclus que les patients suivis depuis au moins 2 ans dans notre service. Le recueil des données s'est fait à l'aide d'un questionnaire.

Résultats Nous avons interrogé 32 patients, 9 hommes et 23 femmes (genre ratio : 0,39), d'âge moyen de 52,43 ans [22-75]. Les pathologies les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle (46,67 %), le lupus systémique (33,33 %), le diabète (26,67 %), la maladie de Behçet (16,67 %) et le syndrome de Sjögren (16,67 %). Les maladies systémiques représentaient 90,62 % de nos patients. La durée moyenne de suivi était de 16,53 ans [2-32] avec un rythme moyen de consultation avant la pandémie de une tous les 3,87 mois. Selon nos patients, depuis la déclaration de la pandémie Covid-19, les médecins traitants seraient plus fatigués (68,75 %), plus stressés (56,25 %), plus débordés (56,25 %) et plus irritables (34,37 %). Concernant l'attitude du médecin envers le malade, nos patients trouvent que leurs médecins sont moins disponibles (40,62 % des réponses), moins investis dans leurs prise en charge (15,62 % des réponses), moins à l'écoute (12,5 % des réponses) et moins attentifs aux plaintes (9,37 % des réponses) contrairement à 34,37 % qui estiment qu'à l'inverse, leurs médecins sont plus investis et attentifs. Depuis l'apparition de la pandémie Covid-19, 31,25 % des malades sentent qu'ils ne peuvent plus parler à leurs médecins comme avant et 28,12 % ne se sentent plus à l'aise avec leurs médecins. Concernant la prise en charge (PEC), 40,62 % des patients estiment que la consultation est devenue plus courte et/ou précipitée et 25 % trouvent qu'il y a eu une modification de la qualité de la PEC : elle serait meilleure selon 37,5 % des patients et de moindre qualité selon 62,5 % des patients. Parmi nos patients, 12,5 % pensent que leur état de santé s'est détérioré à cause de la modification de la PEC inhérente à la pandémie et 6,25 % rapportent qu'il y a eu un oubli et/ou une erreur dans la prescription du traitement.

Conclusion D'après les patients, la pandémie Covid-19 a eu des conséquences défavorables sur la santé mentale et physique du médecin, le rendant moins disponible et moins impliqué, altérant ainsi la qualité de la prise en charge des malades systémiques.

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

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.10.182>

CA174

Épanchement aérien thoracique, une complication rare au cours du COVID-19

A. Ayachi¹, S. Derbal^{1,*}, Y. Cherif¹, S. Farhati², N.E.H. Sreiri¹, M. Mama¹, F. Ben Dahmen¹, M. Abdallah¹

¹ Médecine interne, Hôpital régional Ben Arous, Ben Arous, Tunisie

² Consultation externe de pneumologie, Hôpital régional Ben Arous, Ben Arous, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : derbalsamar88@gmail.com (S. Derbal)

Introduction Le pneumomédiastin spontanée (PMS) a été décrit durant la pandémie liée au coronavirus de 2002. Néanmoins, il a été rarement rapporté au cours du COVID-19 de même pour le pneumothorax (PNO). Ce sont des complications exceptionnelles. Nous rapportons trois observations de PNO associé ou non à un PMS chez des patients admis pour une pneumopathie COVID-19.

Observation Observation 1 : Il s'agit d'un patient âgé de 76 ans, diabétique, hypertendu et tabagique. Le patient a été initialement admis pour la prise en charge d'une pneumopathie à SARS-COV2 hypoxémiant dans sa forme modérée diagnostiquée devant une toux sèche une dyspnée et un test RT-PCR au SARS-COV2 positif. Il a été mis sous oxygénothérapie (4l/min), dexaméthasone et anticoagulation préventive. Le patient a présenté à j-2 de la prise en charge un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère. Le scanner thoracique a objectivé un PMS, un PNO antérieure droit

et un aspect compatible avec une pneumopathie à SARS-Cov2 avec une atteinte à 30 %-50. L'évolution était relativement favorable, spontanément sous oxygénothérapie, avec régression totale du PMS et quasi-totale du PNO et apparition de lésions séquellaires de fibrose au scanner thoracique de contrôle. Le patient a été mis sous oxygénothérapie au long court à domicile (1l/min) à j-30 de la prise en charge après plusieurs tentatives de sevrage de l'oxygénothérapie. Observation 2 : Il s'agit d'un patient âgé de 63 ans diabétique, hypertendue et non tabagique. Il a été admis pour la prise en charge d'une pneumopathie à SARS-COV2 dans sa forme modérée. Il a été mis sous oxygénothérapie (5l/min), anticoagulation préventive, glucocorticoïde et antibiothérapie. À j-4 de l'hospitalisation le patient a rapidement présenté un SDRA sévère avec l'apparition d'un emphysème sous-cutané du tronc et du visage. Il a bénéficié d'une oxygénothérapie par masque à haute concentration. Le scanner thoracique était compatible avec une pneumopathie à SARS-Cov 2 avec une atteinte de 30 %. Il a par ailleurs objectivé alors un PMS de grande abondance, un PNO partiel à droite et de faible abondance à gauche, un emphysème sous-cutané de grande abondance à l'étage thoracique et cervical et un poumon emphysémateux. Le patient a bénéficié d'un drainage thoracique sans amélioration clinique malgré la régression quasi totale du PNO et partielle du PMS mais une progression de l'atteinte parenchymateuse. Il a été transféré en réanimation et mis sous ventilation mécanique. Le patient était décédé d'un arrêt cardio-respiratoire. Observation 3 : Il s'agit du patient âgé de 60 ans sans antécédents pathologiques et non tabagique. Il a été admis pour la prise en charge d'une pneumopathie à SARS-Cov2 dans sa forme modérée. Le patient a été mis sous oxygénothérapie (4l/min), dexaméthasone et anticoagulation préventive. Rapidement, le soir même, le patient a présenté un SDRA sévère. L'angioscanner thoracique a montré un aspect de pneumopathie à SARS-Cov2 avec une atteinte de 25 %-50 % associé à un PNO droit de grande abondance complet compressif. Le patient a bénéficié d'un drainage thoracique en urgence. L'évolution était initialement favorable avec sevrage rapide en oxygénothérapie, une ablation du drain thoracique à j-7 et une régression du PNO. Le patient a présenté 48 h après une récurrence du PNO. C'était une indication à la reprise du drainage thoracique et un traitement chirurgical pour une symphyse pleurale. L'intervention a été malheureusement refusée par le patient qui a quitté l'hôpital contre l'avis médical de ces médecins. Observation 4 : Il s'agit d'un patient âgé de 56 ans non tabagique et suivis pour une bronchopathie chronique obstructive. Il a été hospitalisé pour la prise en charge d'une pneumopathie à SARS-Cov2 dans sa forme modérée. À la biologie, il avait une lymphopénie, une cholestase, une cytolysse, un syndrome inflammatoire biologique et des D-dimères élevées à 1980 ng/ml. L'angioscanner thoracique a montré un aspect compatible avec une pneumopathie à SARS-Cov2 avec une atteinte à 50 %-75 % associée à un PNO postérieur de faible abondance. Il a été mis sous oxygénothérapie (4l/min), dexaméthasone et anticoagulation préventive avec une bonne évolution clinico-biologique et sevrage de l'oxygénothérapie après 4 jours de sa prise en charge.

Conclusion Le PMS et le pneumothorax sont des complications redoutables de la pneumopathie. L'atteinte interstitielle, le recours à la corticothérapie, la présence de lésions pulmonaires sous-jacentes et l'oxygénothérapie à haut débit seraient des facteurs de risque. D'autres études sont nécessaires pour cerner les facteurs prédisposants.

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

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.10.183>