



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.

COVID-41

Réévaluation à distance de la symptomatologie des patients atteints de forme légère à modérée de COVID-19



V. Rabier, V. Dubée, P. Abgueguen, R. Mahieux, V. Delbos, P. Fialaire, J. Canhape
CHU d'Angers, Angers, France

Introduction L'évolution clinique des patients atteints de forme légère à modérée de COVID-19 après la phase initiale de la maladie est inconnue. L'objectif de ce travail est de décrire les symptômes présents 6 à 8 semaines après la date de début des signes cliniques. **Matériels et méthodes** Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans le service de consultation dédiée à la COVID-19 d'un CHU. Étaient incluses les patients majeurs ayant eu une RT-PCR SARS-CoV-2 positive entre le 13/03/2020 et le 02/04/2020, dans un contexte de symptômes attribués à la COVID-19, sans nécessité d'hospitalisation. Les patients ont été recontactés par téléphone 6 à 8 semaines après la date de début des signes cliniques, et un questionnaire standardisé permettant d'évaluer leur symptomatologie leur a été soumis. Un symptôme persistant a été défini comme un symptôme évoluant depuis plus de 14 jours. Le rebond clinique a été défini soit par l'apparition d'un symptôme initialement absent 14 jours ou plus après les premiers signes de COVID-19, soit par la réapparition d'un symptôme au minimum 14 jours après sa disparition.

Résultats Sur la période de l'étude, 67 patients ont eu un prélèvement positif au SARS-CoV-2 et 56 patients ont été inclus, dont une majorité d'hommes ($n = 33$, 59 %). L'âge médian est de 49 ans [IQ ; 36–56] et 31 patients (55 %) étaient des personnels de santé.

Quarante-trois pour cent des patients ($n = 24$) ont eu au moins un symptôme persistant pendant plus de 14 jours après le début : asthénie chez 12 patients, anosmie chez 10 patients, dysgueusie chez 8 patients.

Vingt pour cent des patients ($n = 11$) ont déclaré avoir eu au moins un rebond de symptôme. Le délai moyen d'apparition de ces symptômes était de 4 semaines [IQ ; 4–5]. Un patient a présenté un rebond symptomatique avec six symptômes, 2 patients en ont présenté trois, et les derniers n'ont constaté la présence que d'un seul symptôme. Les symptômes rapportés sont une pesanteur thoracique (3 patients), et des diarrhées, un rash cutané, des engelures et des céphalées (2 patients pour chaque symptôme), de la fièvre, des frissons, une asthénie, des myalgies, une dyspnée, une odynophagie et une conjonctivite (1 patient).

Lors de la téléconsultation, 3 patients présentaient encore des symptômes et ont bénéficié d'une nouvelle RT-PCR, qui s'est avérée négative pour les 3 cas.

Quarante-six pour cent des patients ($n = 26$) ont eu besoin d'un recours médical après leur diagnostic, dont 17 auprès d'un médecin généraliste en présentiel ou téléconsultation, 7 en centre de consultation de ville dédié à la COVID-19 et 6 aux urgences.

Conclusion Dans cette étude, un patient sur deux atteint de COVID-19 présente une forme persistante ou un rebond clinique. Il est important de comprendre les mécanismes immunopathologiques de ces manifestations cliniques pour mieux appréhender leur prise en charge.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.156>

COVID-42

Histoire naturelle de la COVID-19 avec suivi prospectif systématique standardisé : combien de temps durent les symptômes ?



F. Bénézit, L. Armange, L. Picard, D. Luque Paz, C. Pronier, S. Patrat-Delon, M. Baldeyrou, C. Arvieux, J.-M. Chaplain, P. Tattevin
CHU de Rennes, Rennes, France

Introduction/Objectif Déterminer la durée des différents symptômes lors de la phase initiale d'une infection à SARS-Cov-2.

Matériels et méthodes Les patients diagnostiqués « COVID-19 » et suivis en ambulatoire du 4 mars au 15 mai 2020 ont été télésurveillés via une application téléphonique (ou internet) avec un questionnaire biquotidien standardisé recensant leurs symptômes. Une étude prospective observationnelle monocentrique a été organisée chez ces patients dont l'infection à SARS-Cov-2 était confirmée par RT-PCR ou avec forte présomption clinique/radiologique. Ceux qui remplissaient moins de 15 % des questionnaires étaient exclus. La durée de suivi prévue à l'inclusion était de 20 jours, mais pouvait être plus brève si le patient se considérait guéri.

Résultats Parmi les 387 patients suivis sur l'application, 213 (55 %) ont été inclus. L'âge médian était de 39 ans (IQR : 28–49) et le sex-ratio H/F de 0,42. Un facteur de risque de complication était rapporté chez 14 % (29/213). Aucun patient de cette cohorte ambulatoire n'a reçu d'hydroxychloroquine, lopinavir/ritonavir ou remdesivir. Cinq patients ont secondairement été hospitalisés. Aucun n'est décédé. Le suivi médian était de 18 jours (IQR : 16–21). Les durées médianes des symptômes ont été respectivement (médiane [IQR] en jours) : altération de l'état général (11 [7–15]), fièvre (9 [5–14]), frissons (9 [6–14]), céphalées (14 [11–18]), courbatures (13 [8–17]), toux (16 [11–19]), rhinorrhée (13 [8–17]), expectorations (13 [8–19]), douleurs thoraciques (12 [7–17]), dyspnée de repos (9 [6–15]), dyspnée d'effort (16 [12–20]), gêne respiratoire (10 [7–14]), diarrhée (11 [7–15]), vomissements (6 [4–10]), difficultés alimentaires (11 [7–16]). La durée médiane de prise de paracétamol était de 12 jours [9–17].

Lors du dernier suivi, aucun patient n'est fébrile, 14 % gardaient une rhinite (19/134), 50 % toussaient (87/173) et 50 % restaient dyspnéique à l'effort (73/147).

Conclusion La durée des symptômes de COVID-19 est souvent plus longue que deux semaines. L'information du patient lors du diagnostic doit le préparer à cette situation.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.157>

COVID-43

Syndrome de Guillain-Barré et COVID-19 : case report



P. Diaz, A. Mitrofan, M. Martinot, G. Hautecloque
Hôpital Louis-Pasteur, Colmar, France

Introduction Le syndrome de Guillain-Barré est une polyradiculonévrite aiguë, le plus souvent démyélinisante, d'évolution ascendante avec une atteinte sensitivomotrice, pouvant être sévère de par son évolution vers l'insuffisance respiratoire aiguë. Une infection bactérienne ou virale (notamment *Campylobacter jejuni* et EBV et CMV) précède souvent de 1 à 3 semaines la symptomatologie. Peu de cas sont rapportés dans les suites d'une infection à nouveau coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère secondaire au COVID-19 (SRAS-Cov-2). Nous décrivons deux cas cliniques et inscrivons ainsi le syndrome de Guillain-Barré comme une complication possible du SRAS-Cov-2.

Matériels et méthodes Parmi les patients hospitalisés entre le 3 mars 2020 et le 21 avril 2020 dans les hôpitaux civils de Colmar,

secondairement au SRAS-Cov-2 confirmés par RT-PCR, nous avons recherché ceux qui avaient présenté un Guillain-Barré. Nous décrivons 2 cas et en déduisons une incidence.

Résultats Au total, 674 patients ont été hospitalisés avec un COVID-19 confirmé par RT-PCR. Un homme de 53 ans et une femme de 68 ans (0,3 % des patients infectés) ont présenté une polyradiculonévrite aiguë démyélinisante sévères. Un tableau faisait suite à une forme bénigne de SRAS-Cov-2 et l'autre à un syndrome de détresse respiratoire aiguë. Les symptômes neurologiques ont débuté à respectivement à j15 et j30 après le début de la fièvre.

Conclusion D'autres cas ont été décrits dans la littérature confirmant un possible lien de causalité entre ces deux pathologies. Le syndrome de Guillain-Barré est une complication rare du SRAS-Cov-2 touchant dans notre hôpital 0,3 % des patients.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.158>

COVID-44

Caractéristiques cliniques et paracliniques de 4 patients confirmés à COVID-19



M. Parisey, D. Le Pluart, L. Deconinck, L. Bouadma, J. Patrier, N. Houhou-Fidouh, D. Descamps, F. Lescure, Y. Yazdanpanah
CHU de Bichat, Paris, France

Introduction Fin janvier 2020, 4 des premiers cas de COVID-19 diagnostiqués en France ont été pris en charge dans notre établissement de santé de référence. Nous décrivons ici leur évolution.

Matériels et méthodes Les données cliniques, virologiques et radiologiques des patients ont été recueillies. La recherche de COVID-19 a été réalisée sur prélèvement nasopharyngé (NP), sérique, urinaire et fécal par RT-PCR semi-quantitative au diagnostic puis régulièrement au cours du suivi. La guérison, clinico-virologique, était définie par une disparition des symptômes et une négativation des RT-PCR sur 2 prélèvements NP à 48 heures d'intervalle.

Résultats Parmi les 4 patients confirmés, 3 présentations cliniques différentes ont été identifiées :

- un cas de défaillance respiratoire à j10 d'évolution : un homme de 31 ans présentant initialement une toux fébrile. La charge virale (CV) SARS-CoV-2 sur le premier écouvillon NP était modérée (26,5 Cycle Threshold [CT]). La radiographie de thorax montrait un syndrome interstitiel bilatéral. À j10, le patient a présenté une détresse respiratoire aiguë avec nécessité d'oxygénothérapie haut débit et surveillance en réanimation. Le scanner thoracique montrait des plages de verre dépoli bilatérales et des opacités alvéolaires. Un traitement par remdesivir a été introduit, arrêté précocement à j5 en raison d'une cytolysé hépatique et d'une éruption cutanée non grave. L'évolution, clinique et virologique, a été favorable avec négativation de la RT-PCR sur prélèvement NP à partir de j11 ;

- deux cas de pneumonies non compliquées : 2 femmes de 30 et 46 ans, diagnostiquées à j2, devant une toux et une fièvre modérée. Les radiographies de thorax étaient normales. Les scanners thoraciques réalisés de manière systématique montraient respectivement une condensation alvéolaire et des plages de verre dépoli. Au diagnostic, les CV sur écouvillon NP étaient élevées, 22 et 18,5 CT respectivement. Pour les 2 patientes, les selles étaient positives à SARS-CoV-2. L'évolution a été rapidement favorable avec disparition des symptômes et négativation des RT-PCR sur prélèvement NP à j9 pour l'une et en cours pour l'autre ;

- un cas de SDRA : un homme de 80 ans, sans comorbidité majeure, avec pneumonie bilatérale sévère d'emblée compliquée d'une surinfection précoce à *Acinetobacter baumannii* et *Aspergillus flavus*. Au diagnostic, la CV sur écouvillon NP était modérée à 29,5 CT. Le SARS-CoV-2 a également été retrouvé en faible quantité dans le

sang (36,9 CT) et dans la plèvre (37,3 CT). Un traitement par remdesivir a été introduit. L'évolution du patient a été défavorable avec décès à j24 en défaillance multiviscérale.

Conclusion Trois profils cliniques de gravité variable d'infection COVID-19 ont été identifiés, de la pneumonie paucisymptomatique au SDRA. Au 16/02/20, 2 patients étaient guéris et sortis d'hospitalisation, 1 patiente était devenue asymptomatique et en cours de guérison virologique et 1 patient était décédé des suites de complications. Des investigations complémentaires restent nécessaires pour mieux connaître cette infection émergente.

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

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.159>

COVID-45

La quantification scanographique des lésions pulmonaires comme facteur pronostique d'atteinte sévère chez les patients COVID-19



Y. Ruch¹, C. Kaeuffer¹, M. Ohana¹, A. Labani¹, S. Kepka¹, M. Solis², V. Greigert¹, N. Lefebvre¹, Y. Hansmann¹, F. Danion¹
¹ Nouvel hôpital civil, Strasbourg, France
² Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Introduction Le scanner thoracique a montré de bonnes performances diagnostiques dans la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), avec une sensibilité supérieure à la PCR. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la valeur pronostique du scanner thoracique avec quantification de l'atteinte pulmonaire réalisée à l'admission à l'hôpital des patients atteints de COVID-19.

Matériels et méthodes Nous avons étudié prospectivement 572 patients avec un diagnostic de COVID-19 confirmé par PCR et ayant bénéficié d'un scanner thoracique systématique à l'admission à l'hôpital. La quantification des lésions pulmonaires, opacités en verre dépoli et/ou condensations, a été réalisée de manière visuelle par deux radiologues pour permettre de classer les patients selon le degré de l'atteinte : scanner normal, atteinte minime (0–10 %), modérée (11–25 %), importante (26–50 %), sévère (51–75 %) ou critique (>75 %). Le critère de jugement principal était la survenue d'une forme sévère de la maladie, définie comme un décès ou un transfert en réanimation dans les 7 jours suivants l'admission.

Résultats La moyenne d'âge était de 66 ± 16 ans et 343 (60 %) patients étaient des hommes. Le scanner a retrouvé une atteinte minime, modérée, importante, sévère et critique chez 68 (11,9 %), 224 (39,2 %), 171 (29,9 %), 82 (14,3 %), et 13 (2,3 %) patients, respectivement. La majorité des patients avait une atteinte bilatérale (524/572, 91,6 %) et des lésions en verre dépoli (540/572, 94,4 %). Au total, 206 (36 %) patients ont présenté une forme sévère de COVID-19, dont 55 (9,6 %) sont décédés. L'extension des lésions au scanner était corrélée au pronostic, avec 66/95 (69,5 %) patients ayant une atteinte > 50 % qui ont développé une forme sévère, contre 70/306 (22,9 %) patients ayant une atteinte ≤ 25 % (odds ratio = 7,6 ; intervalle de confiance 95 % [4,5–13,3] ; $p < 0,01$). Il n'y avait pas de différence en termes d'âge ou de comorbidités selon le degré d'atteinte au scanner. Les patients ayant une atteinte > 50 % avaient une CRP moyenne significativement plus élevée que ceux avec des lésions ≤ 25 % (164 mg/L versus 80 mg/L, $p < 0,01$). Une atteinte bilatérale et la présence de condensations au scanner étaient associées à un mauvais pronostic ($p < 0,01$ et $p < 0,01$, respectivement). Aucun des 14 patients ayant un scanner normal n'a développé de forme sévère. Le délai moyen entre le début des symptômes et la réalisation du scanner était de 6,6 ± 3,4 jours. Le scanner avait une valeur pronostique quelle que soit la durée d'évolution de la maladie, mais il était plus discriminant chez les patients présentant des symptômes depuis 5 à 10 jours.

Conclusion Le scanner thoracique, en plus d'être un outil diagnostique, aurait un intérêt pronostique grâce à la quantification visuelle de l'atteinte pulmonaire qui semble corrélée à une atteinte sévère