

PNEUMOPATHIE A COVID19 CHEZ UN SUJET POLYPATHOLOGIQUE.***Covid19 in a polypathological subject.***

Abdramane Traoré¹, Djenebou Traoré², Hamsatou Cisse¹, Nagou Tolo¹, Assétou Soukho Kaya², Diagne Djenebou, Abasse Sanogo², Bréhima B Berthé², Ibrahima Amadou Dembélé², Mahamadou Saliou³, Djibril Sy², Mamadou Cissoko².

1. Service de Médecine du CHU Sidy Bocar Sall Kati ; 2. Département de Médecine Interne du CHU Point G ; 3. Département de Médecine Interne du CHU Gabriel Touré

Auteur correspondant : Abdramane TRAORE, Service de Médecine du Centre Hospitalier Universitaire Sidy Bocar Sall Kati, traoreabdramane55@yahoo.fr, **Téléphone** : 66986083/76986083

RESUME En décembre 2019, une épidémie de pneumonie due au nouveau coronavirus 2019, le SARS-CoV-2 (sévère acute respiratory syndrome coronavirus 2) a éclaté à Wuhan, Hubei, Chine. Ce bêta coronavirus provoque une pathologie respiratoire parfois sévère, nommée COVID-19 par l'organisation mondiale de la santé (OMS). L'OMS a déclaré en mars 2020, la COVID-19 comme une pandémie. Il s'agit de madame RM, 71 ans de nationalité française qui consulte pour dyspnée d'effort depuis 8 jours associée à une toux sèche, une fièvre intermittente avec des périodes de remissions spontanées, une douleur thoracique accentuée par les efforts de toux, une asthénie physique, une anorexie non sélective, des diarrhées et vomissements. L'examen physique retrouve une détresse respiratoire avec une désaturation à 72% en air ambiant, nécessitant une oxygéno-réquerance avec une saturation en oxygène à 96% sous 10 litres sans signe de lutte respiratoire ; des rales crépitants aux 2 champs pulmonaires plus prédominants à droite, un ictère cutanéomuqueux, des œdèmes des membres inférieurs. La prise en charge a été une intubation dès son admission avec ventilation mécanique, l'administration par la voie orale de l'hydroxychloroquine 200 mg en raison de 2 comprimés matin et soir pendant 24 heures puis 1 comprimé matin et soir pendant 04 jours, l'antibiothérapie à base de ceftriaxone 1g matin et soir a été mis en place, en l'absence de preuve bactériologique. L'évolution fut défavorable par un décès avec l'absence d'amélioration clinique et une hématose très précaire échappement à toute alternative thérapeutique. **Conclusion**: La covid19 est une virose très grave au pronostic sombre chez les patients poly-pathologiques. **Mots clés**: Covid19/poly-pathologique.

SUMMARY

In December 2019, an outbreak of pneumonia due to the 2019 novel coronavirus, SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), broke out in Wuhan, Hubei, China. This betacoronavirus causes a sometimes severe respiratory pathology, named COVID-19 by the World Health Organization (WHO). The WHO declared COVID-19 as a pandemic in March 2020. It is Mrs. RM, 71 years old of French nationality who consults for dyspnea on exertion for 8 days associated with a dry cough, an intermittent fever with periods of spontaneous remissions, a chest pain accentuated by the efforts of cough, a physical asthenia, non-selective anorexia, diarrhea and vomiting. The physical examination found respiratory distress with 72% desaturation in ambient air, requiring oxygen-requisition with 96% oxygen saturation under 10 liters with no sign of respiratory struggle; crackling rales with 2 more predominant lung fields on the right, mucocutaneous jaundice, edema of the lower limbs. The management was intubation upon admission with mechanical ventilation, oral administration of hydroxychloroquine 200 mg due to 2 tablets morning and evening for 24 hours then 1 tablet morning and evening for 04 days, antibiotic therapy based on ceftriaxone 1g morning and evening was implemented, in the absence of bacteriological evidence. The course was unfavorable with a death with the absence of clinical improvement and a very precarious hematoses escaping any treatment alternative. **Conclusion**: Covid19 is a very serious virus with a poor prognosis in multiple pathological patients. **Keywords**: Covid19 / poly-pathological.

INTRODUCTION

En décembre 2019, une épidémie de pneumonie due au nouveau coronavirus 2019, le SARS-CoV-2 (sévère acute respiratory syndrome coronavirus 2) a éclaté à Wuhan, Hubei, Chine. Ce bêta coronavirus provoque une pathologie respiratoire parfois sévère, nommée COVID-19 par l'organisation mondiale de la santé (OMS) [1]. L'OMS a déclaré en mars 2020, la COVID-19 comme une pandémie [1, 2]. En effet, après l'Asie ; l'Europe, les États-Unis et l'Iran sont les régions du monde les plus touchées [2]. A la date du 30 Juin 2020, le monde entier compte 10.185.374 cas confirmés avec 563.862 décès [3]. On

distingue sept type de coronavirus décrits chez l'homme: quatre inoffensifs : HKUI, NL63, OC43, et 229E, qui sont saisonniers responsables de syndromes grippaux légers passagers, ou de rhinite, et trois autres responsables de pathologies sévères qui sont des zoonoses qui sont passées chez l'être humain à travers un franchissement de la barrière génétique : le SRAS-Cov apparu en 2002-2003 en Chine, le MERS coronaravirus à l'origine de l'épidémie en 2012 au Moyen Orient et le SARS-Cov-19 apparu en Novembre 2019 en Chine dans la ville de Wuhan [3, 4]. Il a un potentiel épidémique élevé, à transmission principalement par les

muqueuses aériennes, buccales, oculaires [3, 4]. Le taux de mortalité spécifique de COVID-19 est variable [5]. Alors que le taux global est d'environ 2,3%, il atteint 8,0 % et 14,8 % chez les patients âgés, respectivement, de 70 à 79 ans et ≥ 80 ans [5]. Le diagnostic positif de COVID-19 repose sur un ensemble d'éléments regroupant la notion de contact avec un cas suspect/confirmé de COVID-19, les résultats des prélèvements virologiques, et la présence de signes cliniques et radiologiques évocateurs [6,7]. Les examens virologiques consistent en un test d'acide nucléique SRAS-CoV-2 (par écouvillonnage nasopharyngée ou d'autres échantillons des voies respiratoires supérieures) et/ou un test sérologique des immunoglobulines (IgM et IgG) qui a une spécificité $> 95\%$ pour la COVID-19 [8,9]. La recherche scientifique intense a pu rapidement séquencer ce virus à ARN, partager sur sa clinique et son évolution. Mais plusieurs mois après il persiste encore beaucoup d'inconnues concernant son pouvoir pathogène, sa physiopathologie mais surtout sa prise en charge thérapeutique particulièrement chez les sujets âgés ou ayant des facteurs de risque qui ont une mortalité significativement plus élevée [3, 4, 5]. La Covid-19 pose ainsi un problème de prise en charge thérapeutique chez les sujets vulnérables. Cette situation préoccupante pour tous, justifie la poursuite de la réflexion, de la recherche et surtout le partage d'expériences pour une meilleure prise en charge chez ces patients à risque.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas de Madame RM 71 ans, de nationalité française qui consulte pour dyspnée d'effort évoluant depuis 8 jours associée à une toux sèche, une fièvre intermittente avec des périodes de remissions spontanées, une douleur thoracique accentuée par les efforts de toux, une asthénie physique, une anorexie non sélective, des diarrhées et vomissements. L'examen physique retrouve une détresse respiratoire avec une désaturation à 72% en air ambiante, nécessitant une oxygène-réquerance avec une saturation en oxygène à 96% sous 10 litres sans signe de lutte respiratoire ; des rales crépitants aux 2 champs pulmonaires plus prédominants à droite, un ictère cutanéomuqueux, des œdèmes des membres inférieurs. Ailleurs nous avons noté des antécédents d'anémie hémolytique auto-immune avec un Coombs direct positif à type IgG, possiblement satellite d'un clone de leucémie lymphoïde chronique traité par corticothérapie à 80 mg/jour, diabète non-insulino-dépendant, une dyslipidémie, une hypertension artérielle et une hypothyroïdie. La radiographie pulmonaire retrouve un syndrome alveolo interstitiel bilatéral. Ce qui motiva la réalisation d'un scanner thoracique avec et sans injection du produit de contraste qui montre en fenêtre parenchymateuse des lésions en verre dépoli mixtes (sous pleurale et

centrale) à prédominance postérieure évocatrices d'une infection à COVID-19, avec une atteinte modérée des lésions (10-25%) sans signe d'embolie pulmonaire. La recherche de COVID-19 au niveau nasopharyngée (test au PCR) était positive. Un bilan biologique de base montrait une CRP à 120 mg (N<5mg), une procalcitonine à 0,27 (N <0,01), un PH sanguin à 7,43 (N : 7,35-7,45), une hypercapnie avec une P CO₂ à 62,8 mm Hg (N : 32-45), et une hypoxie avec une PO₂ à 51mmhg (N : 83-108). La numération formule sanguine retrouve une anémie macrocytaire à 3,6 g/dl (N : 11,8-15), régénérative avec une hyperleucocytose à 17000/mm³ (N : 3800-9100), un taux de plaquettes à 220000/mm³ (N : 177000-379000), une hyperglycémie à 8,7 mmol/l (N : 2,8-6,1), avec une hémoglobine glyquée à 5,7% (N : 4,3-6,1), un taux de prothrombine est à 100% (N:80-120), la bilirubine totale élevée à 75,6 μ mol (N : 3-19), les marqueurs cardiaques normaux (troponine à 35ng/l (N <47), BNP à 106 pg/ml (N<100)), L'examen cytobactériologique des urines ne montre pas d'infection urinaire. Le suivi biologique s'impose tous les 3 jours comprenant hémogramme, les gaz du sang, CRP, créatinine. Echographie cardiaque transthoracique objectivait une FEVG visuelle conservée, sans trouble de la cinétique, ni valvulopathie mitro aortique visualisée. L'écho doppler veineuse des membres inférieurs était normale. La patiente a bénéficié d'une intubation dès son admission avec ventilation mécanique, malgré l'optimisation des paramètres ventilatoires, l'état respiratoire est resté très précaire avec une hypoxie réfractaire et une compliance pulmonaire effondrée. La prise en charge a été une intubation dès son admission avec ventilation mécanique, l'administration par la voie orale de l'hydroxychloroquine 200 mg en raison de 2 comprimés matin et soir pendant 24 heures puis 1 comprimé matin et soir pendant 04 jours, l'antibiothérapie à base de ceftriaxone 1g matin et soir en intraveineuse a été mis en place, en l'absence de preuve bactériologique, l'arixtra 2,5 mg 1 injection sous-cutanée par jour à titre préventif, cortancyl 20 mg en raison de 4 comprimés le matin pour le traitement de l'anémie hémolytique plus un régime pauvre en sel, en sucre, riche en produits laitiers, speciafoldine 5 mg en de 1 comprimé matin, midi et soir vu l'hémolyse intense, levothyrox 25 μ g 1 comprimé le matin, abasaglar 18 unités en sous-cutané le soir et un schéma basal bolus a été mis en place actuellement pour le traitement du diabète déséquilibré par la corticothérapie. Un scanner thoracique de contrôle a été réalisé qui mettait en évidence une nette majoration des plages en verre dépoli et des condensations parenchymateuses. L'évolution fut défavorable par un décès avec l'absence d'amélioration clinique et une hématoxose très précaire

échappement à toute alternative thérapeutiques.

DISCUSSION

La Covid-19 pose ainsi un problème de prise en charge thérapeutique chez les sujets vulnérables. Cette situation préoccupante pour tous, justifie la poursuite de la réflexion, de la recherche et surtout le partage d'expériences pour une meilleure prise en charge chez ces patients à risque. Il détermine des formes graves chez les sujets à risque : hommes, sujets âgés, obèses, diabétiques, hypertendus, insuffisants respiratoires, hépatiques, rénaux, asthmatiques, patients sous traitements immunosuppresseurs, les femmes enceintes au dernier tiers de la grossesse [3, 4, 10, 11, 12, 13]. Nous avons décrit le cas d'un patient chez qui le diagnostic une pneumopathie à COVID 19 survenait sur un terrain poly-pathologique. Les formes graves de ces sujets à risque sont essentiellement liées à la pneumonie extensive hypoxémiant documentée par plusieurs équipes de cliniciens, et de radiologues [3, 4]. Elle conduit à la détresse respiratoire, au coma et à la défaillance multiviscérale, source de décès massifs en réanimation. [3, 4, 10, 11, 12, 13]. D'autres auteurs ont rapporté une méningo-encéphalite [4], et certains autres décrivent la présence d'anomalies thromboemboliques avec des embolies pulmonaires qu'ils pensent être responsables du nombre élevé de décès [14, 15].

CONCLUSION

La pandémie à Covid-19 qui pose un problème de prise en charge thérapeutique chez les sujets vulnérables que sont les personnes âgées et ceux avec des terrains de comorbidités qui présentent une surmortalité. Le sujet avec des comorbidités doit être au centre du schéma thérapeutique et préventif.

RÉFÉRENCE

1. National health commission of the people's Republic of China. The latest situation of new coronavirus pneumonia. 2020.
2. Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q. Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. *Int J Antimicrob Agents*. 2020 Jun;55(6):105948.3.
3. Nanshan C*, Min Z*, Xuan D*, Jieming Q* et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020; 395 (10223):727-7334. Covid-19 News 20 Mars 2020. <https://www.gustaveroussy.fr/fr/print/5341>. Consulté le 6 Mai 20205.
4. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. *JAMA*. 2020; 323(13):1239-42.6.
5. Placais L, Richier Q. COVID-19: clinical, biological and radiological characteristics in

adults, infants and pregnant women. An up-to-date review at the heart of the pandemic. *Rev Med Int*. 2020;41(5):308-18.

6. Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting diagnostic tests for SARS-CoV-2. *JAMA*. 2020 May 6. Epub 2020/05/07.

7. Mo P, Xing Y, Xiao Y, Deng L, Zhao Q, Wang H et al. Clinical characteristics of refractory COVID-19 pneumonia in Wuhan, China. *Clin Infect Dis*. 2020 Mar 16;ciaa 270. Epub 2020/03/17.

8. Li Z, Yi Y, Luo X, Xiong N, Liu Y, Li S et al. Development and clinical application of a rapid IgM-IgG combined antibody test for SARS-CoV-2 infection diagnosis. *J Med Virol*. 2020 Feb 27;10.1002/jmv.25727. Epub 2020/02/28.

Tableau I: Evolution des bilans biologiques

NF S	GB	GR	H b	VG M	CC MH	Plaquette tte
J0	17000	179000	3,6	111	29,7	220000
J2	14950	181000	5,4	100,6	31,5	79000
J4	13200	210000	5,3	101	28,7	75000

Tableau II : Evolution des bilans biologiques

Gaz sang	du J0	J1	J2
PH	7,43	7,52	7,54
PCO2	62,8	38,7	33,4
PO2	51	67,9	139

Tableau III : Evolution des bilans biologiques

	J0	J1	J3
CRP	120	127	120
Procalcitonine	<0,27		
Glycémie	8,7	8,2	7,8
Créatinémie	78	80	68