

UNE ATTEINTE PAR COVID-19 PEUT EN RÉVÉLER UNE AUTRE PLUS URGENTE

DJOUINI M.ES⁽¹⁾, BADI A.M⁽¹⁾, TANI H⁽¹⁾, BENCHAOUI M⁽²⁾.

1) Service ORL et CCF, Hôpital Militaire Régional de Constantine.

2) Service ORL et CCF, Faculté de Médecine Belkacem Bensmail, Université 3
Salah Boubenider, CHU de Constantine

RÉSUMÉ :

La présentation clinique habituelle de la Covid-19 comprend plusieurs signes non spécifiques comme la fièvre, la toux, la dyspnée, l'asthénie, les céphalées, les troubles de l'odorat et du goût. En ORL, cette symptomatologie, en particulier la dyspnée, peut être le premier signe évocateur de plusieurs autres pathologies dont certaines dépassent de loin la pandémie actuelle en matière de gravité et de mortalité. Dans ce contexte épidémique actuel, tout le raisonnement scientifique ainsi que les démarches diagnostiques et thérapeutiques sont axés sur la Covid-19. Ceci pourrait induire la communauté médicale en erreur en passant à côté d'un diagnostic différentiel ou d'une pathologie concomitante mettant ainsi en jeu le pronostic vital. C'est dans ce sens que nous rapportons ce cas clinique dans lequel une atteinte par Covid-19 a conduit au diagnostic d'un cancer du larynx.

Mots clés : COVID-19, Coronavirus, Cancer du larynx.

ABSTRACT : COVID-19 MAY REVEAL ANOTHER MORE URGENT ILLNESS.

The usual clinical presentation of Covid-19 includes several non-specific signs such as fever, cough, dyspnea, asthenia, headache, sense of smell and taste disorders. In ENT, this symptomatology, particularly dyspnea, may be the first sign of several other pathologies, some of which far exceed the current pandemic in terms of severity and mortality. In this current epidemic context, all scientific reasoning as well as diagnostic and therapeutic approaches are focused on Covid-19. This could mislead the medical community by missing a differential diagnosis or a concomitant pathology that could be life-threatening. It is in this sense that we report this clinical case in which Covid-19 infection led to the diagnosis of laryngeal cancer.

Key words : COVID-19, Coronavirus, Laryngeal cancer.

INTRODUCTION

La maladie liée au Sars-CoV-2 ou communément appelé Covid-19 a été identifiée pour la première fois en décembre 2019 à Wuhan dans la province du Hubei en Chine [1]. Ensuite, l'infection s'est rapidement propagée pour atteindre les quatre coins du monde. A l'heure actuelle, on compte 53069128 cas confirmés dans le monde avec 1298628 décès, soit un taux de mortalité de 2,4% [2]. En Algérie, le premier cas de Covid-19 a été signalé à la fin du mois de février 2020 chez un patient étranger venu de l'Italie. L'Algérie compte aujourd'hui 65108 cas confirmés avec un total de décès de 2111 selon le Ministère de Santé et de la Population [3]. Les manifestations cliniques sont polymorphes et non spécifiques. Elles associent habituellement des signes généraux et d'autres respiratoires. Le tableau clinique peut être dominé par une symptomatologie purement digestive comme la diarrhée, des vomissements et une anorexie compte tenu du tropisme viral aux cellules intestinales [4]. Cependant, la plupart des cas se présente sous forme d'un tableau de pneumonie avec une toux, une fièvre et une dyspnée. En ORL, cette symptomatologie, en particulier la dyspnée, peut être le premier signe évocateur de plusieurs autres pathologies dont certaines dépassent de loin la pandémie actuelle en matière de gravité et de mortalité. Dans le contexte épidémique actuel, tout le raisonnement scientifique ainsi que les démarches diagnostiques et thérapeutiques sont axés sur la Covid-19. Ceci pourrait induire la communauté médicale en erreur en passant à côté d'un diagnostic différentiel ou d'une pathologie concomitante mettant ainsi en jeu le pronostic vital. C'est dans ce sens que nous rapportons ce cas clinique dans lequel une atteinte par Covid-19 a conduit au diagnostic d'un cancer du larynx.

OBSERVATION

Il s'agit du patient L.M. âgé de 80 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, tabagique à raison de 40 paquets/année, sévré il y a 11 ans qui s'est présenté aux urgences Covid-19 de l'Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine (HMRUC) pour suspicion d'une atteinte par Covid-19.

A la réception, le patient porte un masque chirurgical, conscient, dyspnéique avec présence d'une asthénie profonde et une pâleur cutanéomuqueuse.

Il est normo tendu à 130/90 mm Hg, tachycarde à 131 battements/min, dyspnéique avec une saturation à 86%, fébrile à 39°C.

L'interrogatoire révèle une atteinte récente par Covid-19 chez ses deux fils traités et guéris sans séquelles.

L'examen clinique réalisé rapidement en portant les moyens de protection (masque FFP2, lunettes, visière, deux gants et une surblouse) permet de constater la présence d'une dyspnée laryngée avec un tirage sus sternal ainsi qu'un cornage. On a noté aussi une dysphonie à voix éteinte.

Compte tenu du contexte épidémique que nous vivons ainsi que les antécédents familiaux de Covid-19 du patient et la symptomatologie évocatrice, ce patient est considéré potentiellement positif et un scanner thoracique a été demandé en urgence.

TDM thoracique : présence de signes scanographiques en faveur d'une pneumopathie Covid-19 dont le degré d'atteinte est estimée entre 10 et 15 % (figure 1).

Le patient est admis au service Covid-19. Un traitement à base de Plaquenil, Augmentin, Zithromax, vitamine C, Zinc et Lovenox a été instauré avec une oxygénothérapie (6l) et une surveillance stricte de son état respiratoire. À noter qu'un prélèvement nasopharyngé pour PCR a été réalisé dès son admission dans le service Covid-19.

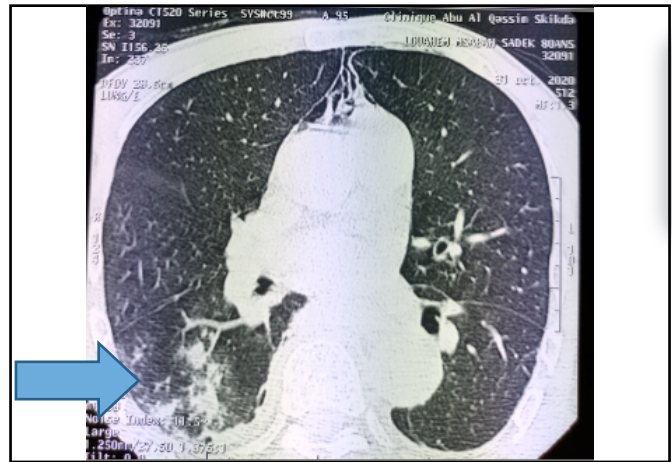


Figure 1. Coupe axiale à l'étage thoracique montrant des lésions parenchymateuses pulmonaires périphériques en verre dépoli (flèche) évoquant une atteinte par Covid-19.

Au 3^e jour du traitement, le patient a présenté une dyspnée sévère avec une désaturation à 60 % imposant son transfert à l'unité de soins intensifs où une intubation a été envisagée.

Au moment de l'intubation et après avoir exposé le vestibule laryngé, un volumineux processus tumoral obstructif de l'endolarynx a été objectivé. Une trachéotomie de sauvetage a été effectuée avec de bonnes suites opératoires.

Un scanner laryngé réalisé en post-trachéotomie objective un processus laryngé expansif et sténosant glotto-sous glottique (figure 2).



Figure 2. Coupe sagittale scanographique montrant le processus laryngé obstructif (cercle rouge). Noter la canule de trachéotomie en place (flèche bleu).

Le prélèvement nasopharyngé par écouvillonnage avec l'étude microbiologique par Polymérase Chain Reaction (RT-PCR) a confirmé la présence du virus Sars-COV-2 dans les 72 heures suivant le prélèvement.

Le patient a été transféré au service covid-19 après la stabilisation de son état pour continuer son protocole thérapeutique Covid-19. Une prise en charge diagnostique et thérapeutique de sa tumeur laryngée est à envisager après son rétablissement.

DISCUSSION

La pandémie actuelle est liée à un virus appartenant à la famille des *Coronaviridae* et du genre *Bêta coronavirus*. Le SRAS-COV-2 est un virus à ARN simple. Il s'agit d'une infection à

transmission interhumaine essentiellement par les gouttelettes émises lors d'un effort respiratoire (toux, éternuement). La présentation clinique habituelle de la Covid-19 comprend plusieurs signes non spécifiques comme la fièvre, la toux, l'asthénie, les céphalées, les troubles de l'odorat et du goût. Guan W-J et al., dans leur étude incluant 1099 patients atteints de Covid-19 confirmés par RT-PCR, ont constaté que la fièvre était le premier symptôme avec une fréquence de 88,7%, suivi par la toux et les troubles digestifs avec une fréquence de 67,8 et 8,8% respectivement [5]. La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que les formes asymptomatiques ou modérées représentent l'immense majorité des cas (80 %) et que seulement 15 % des patients nécessitent une hospitalisation [6]. Les formes critiques avec une détresse respiratoire se voient chez 5 % des patients nécessitant un séjour en réanimation avec une éventuelle intubation [6]. Chez notre patient, l'âge de 80 ans et la dyspnée modérée à sévère avec une désaturation à 86% ainsi que le contexte épidémique actuel ont conduit à son hospitalisation au service Covid-19 avec une surveillance stricte de son état respiratoire. De point de vue oto-rhino-laryngologique, ce tableau est douteux et trompeur pour plusieurs raisons. D'abord, dans le cadre de la pandémie Covid-19, la symptomatologie est généralement atypique dans la population gériatrique. Annweiler C et al. ont révélé qu'après 80 ans, les patients atteints de Covid-19 présentent moins de fièvre avec un tableau respiratoire moins bruyant [7]. En outre, l'examen clinique objective une dyspnée laryngée avec un cornage et un tirage, ce qui plaide en faveur d'un obstacle au niveau laryngé.

La TDM thoracique réalisée chez notre patient dans le cadre de suspicion de Covid-19 a renforcé nos inquiétudes bien qu'il vient de conforter le diagnostic d'une atteinte par Covid-19. En effet, elle a objectivé une nette discordance entre le degré d'atteinte (10 à 15%) et la sévérité du tableau clinique (dyspnée sévère avec une désaturation à 86%).

Tous ces arguments laissent penser que l'atteinte par la Covid-19 chez ce patient ne peut être que l'iceberg qui peut cacher une autre plus urgente. Cela a été confirmé, par la suite, au moment de l'intubation avec la mise en évidence d'un processus tumoral laryngé volumineux et obstructif. La trachéotomie a permis de sauver le malade. Cependant, les conséquences auraient pu être plus graves compte tenu des conditions de sa réalisation et le risque élevé de transmission virale par aérosolisation.

Notre cas ne peut pas être isolé et d'autres ont été rapportés dans la littérature.

Leon A. et al. ont rapporté le cas d'un jeune patient âgé de 20 ans qui a présenté une méningoencéphalite sur polyposé nasosinusienne surinfectée concomitante à une infection par le SARS-CoV-2 [8]. De même, Sidibe FM et al ont rapporté un cas associant un cancer du sein métastatique et la covid-19 dont l'issue était fatale [9].

Pour notre patient, une prise en charge diagnostique et thérapeutique de sa tumeur laryngée est à envisager après son rétablissement. En effet, les cancers de la sphère ORL posent un problème de prise en charge diagnostique et thérapeutique pendant la pandémie Covid-19 compte tenu de leur caractère urgent pour certaines localisations et aussi le risque potentiel de transmission du SARS-CoV-2 et de contamination du personnel soignant et de l'environnement [10].

Dans ce contexte épidémique, des recommandations françaises consensuelles ont été publiées afin d'améliorer la prise en charge chirurgicale des patients atteints de cancers de la sphère ORL [11]. Selon ce consensus, 3 groupes de patients ont été définis :

• **Groupe A** : patients porteurs d'un cancer ORL dyspnéisant et/ou hémorragique imposant une prise en charge en urgence.

• **Groupe B** : patients avec un risque vital en cas de report de plus d'un mois. Dans ce cas, une trachéotomie peut être envisagée avec une surveillance régulière. Si cette dernière s'avère inutile, une prise en charge sans majoration de délai s'impose.

• **Groupe C** : patients avec absence d'impact pronostique significatif en cas de report d'au moins 6 à 8 semaines. La chirurgie doit être différée avec une réévaluation au bout de 6 à 8 semaines. L'acte chirurgical sera envisagé en fonction de l'aspect évolutif de la pathologie tumorale et de la pandémie Covid-19.

CONCLUSION

La Covid-19 est actuellement l'urgence sanitaire la plus importante sur le plan mondial selon l'Organisation Mondiale de Santé. Elle a entraîné une désorganisation et une fragilisation sans précédent de tous les systèmes de santé. Cependant, elle ne doit pas contribuer à l'installation de mauvaises habitudes de pratique clinique et surtout à la dénaturation du bon sens des cliniciens. Dans ce contexte épidémique, la communauté médicale doit veiller sur la prise en charge des autres pathologies et en particulier les pathologies cancéreuses qui sont plus graves en termes de mortalité que la pandémie actuelle.

DATE D'ENVOI : 16/11/2020.

DATE D'ACCEPTATION : 18/04/2021.

DATE DE PUBLICATION : 20/06/2021.

RÉFÉRENCES

1. **Eurosurveillance editorial team.** Note from the editors: novel coronavirus (2019-nCoV). Euro Surveill. 2020;25(3):pii=2001231. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2001231>.
2. <https://www.worldometers.info/coronavirus/> consulté le 12/11/20.
3. <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/algeria/> consulté le 12/11/20.
4. **Gao QY, Chen YX, Fang JY.** 2019 novel coronavirus infection and gastrointestinal tract. J Dig Dis 2020;21(3):125-6.
5. **Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, et al.** Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382:1708-1720.
6. **Wu Z, Mc Googan JM.** Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention [published online ahead of print, 2020 Feb 24]. JAMA. 2020;10.1001/jama.2020.2648.
7. **Annweiler C, Sacco G, Salles N et al.** National French survey of COVID-19 symptoms in people aged 70 and over [published online ahead of print, 2020 Jun 18]. Clin Infect Dis. 2020;ciaa792. doi:10.1093/cid/ciaa792.
8. **Leon A, Debry C, Renaud M.** Une infection par le SARS-Cov-2 peut en cacher une autre. Annales Françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale. Sept 2020;137 (4): 323-4.
9. **Sidibe FM, Bathily M, Diarra B, Kone AS, Diabate K, Konate M, et al.** Troubles digestifs révélateurs de la COVID-19 chez une patiente sous chimiothérapie pour cancer du sein au Mali. Bulletin du Cancer. oct2020;107(10):1019-23.
10. **Givi B, Schiff BA, Chinn SB, Clayburgh D, Iyer NG, Jalisi S, et al.** Safety Recommendations for Evaluation and Surgery of the Head and Neck During the COVID-19 Pandemic. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 1 juin 2020;146(6):579.
11. **Fakhry N, Schultz P, Morinière S, et al.** Consensus français sur la pratique de la chirurgie oncologique ORL pendant la pandémie de COVID-19. Ann Fr Otorhino-laryngolPatholCerv Fac 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.04.008>.