

Échographie pulmonaire d'une femme de 64 ans atteinte de la COVID-19

Adam Thomas MD BScS, Greg Haljan MD, Anish Mitra MD MSc (santé publique)

■ Citation : CMAJ 2020 le 14 avril;192 :E399. doi : 10.1503/cmaj.200414; diffusion hâtive le 31 mars 2020

Mars 2020 : une professionnelle de la santé de 64 ans commence à avoir des maux de gorge et une toux grasse, puis éprouve des nausées, des vomissements et une dyspnée à l'effort pendant une semaine. Elle n'a pas voyagé récemment et n'a pas eu de contact évident avec des personnes infectées, mais a interagi avec des patients au service de consultation externe. Après avoir obtenu un résultat positif au test de détection par réaction en chaîne de la polymérase (PCR) du coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2), le virus causant la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), elle se présente à l'hôpital, 10 jours après l'apparition des premiers symptômes. À l'examen, elle est fiévreuse (38,7°C) et en hypoxie (saturation pulsée en oxygène [SpO₂] à l'air ambiant : 88%); or, elle semble se sentir bien. L'auscultation laisse entendre des crépitations aux 2 bases pulmonaires, et la radiographie thoracique révèle la présence bilatérale d'infiltrats. À l'échographie pulmonaire, on observe des « lignes B » diffuses, un épaississement pleural et une consolidation sous-pleurale (figure 1). La patiente est hospitalisée et mise sous assistance respiratoire, et son volume pulmonaire est régulé avec précision. Elle reçoit d'abord 6 litres d'oxygène par minute par l'entremise d'une canule nasale. Après 6 jours d'hospitalisation, cette quantité ne suffit plus; elle est alors intubée. Au moment de publier ces lignes, la patiente est dans un état stable, mais reçoit toujours une ventilation mécanique.

Nos images ressemblent à celles obtenues par Peng et ses collègues, également par échographie pulmonaire, chez des patients atteints de la COVID-19¹. Cela dit, des observations comparables ont aussi été faites dans des cas de pneumonie associée

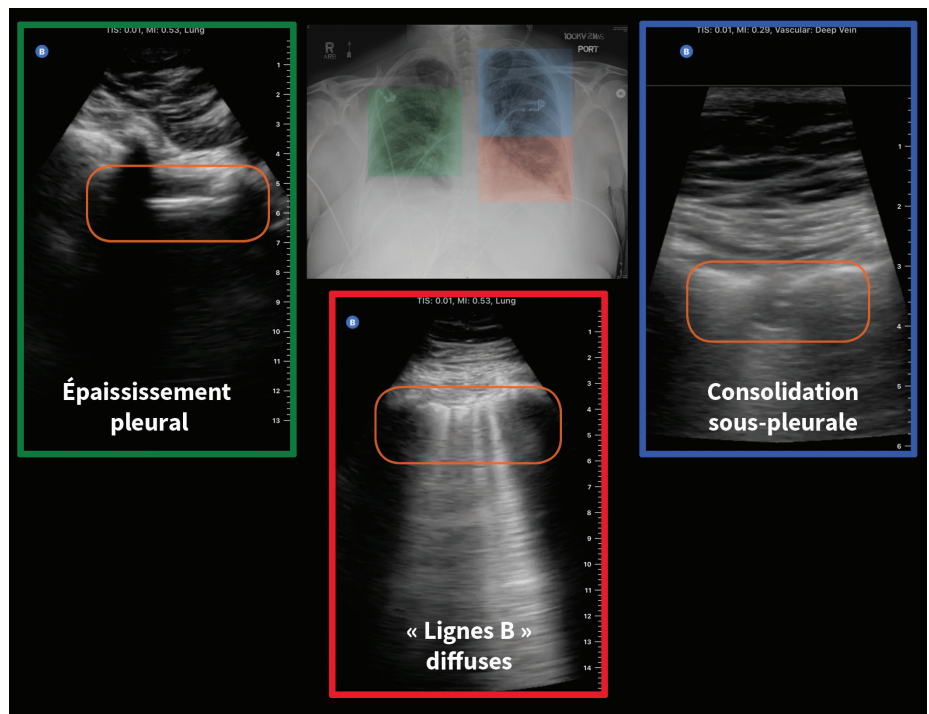


Figure 1 : Échographie pulmonaire d'une professionnelle de la santé de 64 ans n'ayant pas voyagé récemment, 10 jours après l'apparition de ses premiers symptômes. L'intervention, effectuée en établissement, révèle un épaississement pleural (au poumon droit, dans l'encadré vert), une consolidation sous-pleurale, que l'on peut qualifier de « lésion parcellaire » (au haut du poumon gauche, dans l'encadré bleu) et des « lignes B » diffuses (au poumon gauche, dans l'encadré rouge). La radiographie thoracique montre la présence bilatérale d'infiltrats.

à la grippe A (H1N1)². Dans une petite étude menée auprès de patients dont le profil clinique et épidémiologique cadre avec un diagnostic de COVID-19, on a établi que le test par PCR avait détecté seulement 71% des cas confirmés ultérieurement par la tomodensitométrie des poumons. Nous concluons que l'échographie pulmonaire peut servir à l'examen des patients qu'on pense atteints de la COVID-19, même s'il est impossible de déterminer exactement la nature de l'agent à l'origine de la pneumonie virale³.

Le Dr Daniel Lichtenstein a rédigé un excellent article d'introduction à l'échographie pulmonaire, dans lequel il décrit ses observations et les différents diagnostics possibles⁴.

Références

1. Peng QY, Wang XT, Zhang LN; Chinese Critical Care Ultrasound Study Group (CCUSG). Findings of lung ultrasonography of novel corona virus pneumonia during the 2019–2020 epidemic. *Intensive Care Med* le 12 mars 2020 [Cyberpublication avant impression]. doi: 10.1007/s00134-020-05996-6.
2. Testa A, Soldati G, Copetti R, et al. Early recognition of the 2009 pandemic influenza A (H1N1) pneumonia by chest ultrasound. *Crit Care* 2012;16:R30.
3. Fang Y, Zhang H, Xie J, et al. Sensitivity of chest CT for COVID-19: comparison to RT-PCR. *Radiology* le 19 février 2020 [Cyberpublication avant impression]. doi: 10.1148/radiol.2020200432.
4. Lichtenstein DA. Lung ultrasound in the critically ill. *Ann Intensive Care* 2014;4:1.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été revu par les pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement de la patiente.

Affiliations : Département de médecine de soins intensifs (Thomas, Haljan, Mitra), Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.; Service des urgences d'Island Health et de l'Hôpital général de Victoria (Thomas), Victoria, C.-B.; Service des soins intensifs (Haljan, Mitra), Fraser Health, Surrey, C.-B.

Correspondance : Anish Mitra, anish.mitra@fraserhealth.ca