

Le S.A.R.S. Quand y penser ?

(Severe Acute Respiratory Syndrome)

Dr Vu Hoang Thu, Dr Nguyen Ngoc Tho
Dr Claude Gouzée, Dr Dominique Blondeau
Dr Jacques-Yves Ketelers , Dr Michel Lenoir
Hôpital Français de Hanoi

L'émergence d'une nouvelle maladie, potentiellement très sévère et dont on ne connaît ni l'étiologie, ni le traitement, est toujours source d'angoisse, aussi bien pour les médecins que pour le public. La seule arme thérapeutique actuelle est la **prévention individuelle** par des mesures de protection comprenant toujours masque et lunettes, voire gants, blouses, tenue NBC.

A propos de la série concernant le diagnostic et le traitement des 35 premiers patients atteints à l'hôpital français de Hanoi, nous souhaitons rapporter notre expérience, afin qu'en France les médecins puissent y penser rapidement et mettre en œuvre la prise en charge adéquate en cas de forte suspicion clinique.

L'incubation paraît devoir être de 4 à 5 jours après un contage direct avec un patient malade. Dans notre expérience, il ne semble pas y avoir de porteurs sains.

La symptomatologie initiale comporte toujours un syndrome grippal qui va durer de quelques heures à quelques jours avant la phase respiratoire. Il comporte de manière constante une fièvre supérieure ou égale à 38° ; **jusqu'à preuve du contraire, un patient fébrile ayant été en contact avec un patient atteint de SARS ou son entourage doit être considéré comme atteint.** A cette fièvre s'ajoutent à des degrés divers, des courbatures (précédant parfois de 24h la fièvre), des maux de gorge, des céphalées tenaces qui paraissent fréquentes. Une **asthénie** plus ou moins intense nous a paru constante.

A ce stade doivent être réalisées une NFS et une radiographie thoracique par un **personnel protégé**. En effet , hormis le patient initial, tous nos patients sont membres du personnel de l'hôpital.

LA NFS peut montrer une **neutropénie** et une **thrombopénie** en général modérées à ce stade. Lorsqu'elles existent associées à un contexte épidémiologique évocateur, l'évolution a toujours confirmé le diagnostic de SARS .

A ce stade, la radiographie est normale une fois sur deux environ. La présence d'un **infiltrat interstitiel** périphérique localisé uni- ou bilatéral est **pathognomonique**.

L'évolution ultérieure de la maladie est extrêmement variable avec apparition de signes respiratoires plus ou moins importants.

La **toux** est presque constante, sèche, peu productive en l'absence de surinfection. L'auscultation est normale ou retrouve parfois des râles crépitants aux bases.

La **dyspnée**, absente dans certains cas, peut rapidement être menaçante aboutissant parfois en 2 à 3 jours à la ventilation assistée. Il existe alors une hypoxie avec hypocapnie. Ceci a été le cas chez 15% de nos patients .Sur la radiographie thoracique existent alors des lésions majeures bilatérales étendues avec aspect de « poumons blancs ».

A ce jour 3 patients sont décédés dans un tableau d'hypoxie réfractaire malgré la ventilation assistée en pression positive.

EN CONCLUSION

La présence d'un **syndrome grippal fébrile chez un patient ayant voyagé en Asie du Sud-Est ou ayant été potentiellement en contact avec un malade atteint de SARS**, et ce **depuis moins de 5 jours**, impose une prise en charge sans délai associant :

Une **protection individuelle immédiate** avec masque et lunettes au minimum

L'isolement du patient pour réalisation d'une NFS et d'une radiographie pulmonaire en urgence, par du **personnel protégé**.

En cas d'anomalie de ces examens, le patient doit être **immédiatement hospitalisé** dans une unité habilitée **après contact avec le SAMU**