

SRAS : Le point de vue du clinicien

François Bricaire, *Service des Maladies Infectieuses et Tropicales - G.H. Pitié-Salpêtrière*

L'épidémie de SRAS qui a sévit en 2003 a obligé certains services de Maladies Infectieuses et Tropicales à s'organiser pour assurer un accueil de sujets suspects et éventuellement atteints.

L'objectif était de pouvoir au mieux contrôler une épidémie possible en isolant des sujets dans des unités prévues à cet effet et ce dans un nombre limité de structures hospitalières. A ce titre, les tutelles avaient choisi d'activer les services de Maladies Infectieuses des hôpitaux référents déjà désignés dans le plan Biotox.

En organisant des appels auprès du SAMU par le 15, celui-ci pouvait assurer les transferts vers ces centres référents avec les conditions de protection nécessaires.

C'est ainsi que divers services ont reçu soit essentiellement des cas possibles ou des cas probables, soit plus exceptionnellement en France des cas confirmés de SRAS.

Ces accueils ont été faits soit dans le cadre de consultations où, dans ces conditions, les données de l'anamnèse et de l'examen clinique permettaient d'écarter le diagnostic, soit pour des hospitalisations dans des chambres d'isolement pour permettre un diagnostic différentiel devant une pneumopathie atypique, soit confirmer le SRAS et assurer sa prise en charge thérapeutique. Une difficulté majeure doit être soulignée pour ces structures hospitalières : l'organisation des circuits d'accueil, surtout pour des sujets se présentant isolément, de façon impromptue : le risque de contamination des personnels ou d'autres malades devenant alors important. Les conséquences en sont grandes à l'état individuel et collectif avec extension de l'épidémie. Des améliorations en ce domaine sont indispensables.

La prise en charge du SRAS a permis de préciser des données cliniques et biologiques en soulignant la non spécificité des signes révélateurs pseudo-grippaux après une période d'incubation de 2 à 10 jours, l'existence de signes respiratoires également banaux (toux, dyspnée), des signes radiologiques de pneumopathie bilatérale fort peu évocateurs, parfois retardés sur les clichés standards et mieux visibles en coupe de scanner.

Biologiquement, la leuconéutropénie s'accompagne volontiers d'une élévation des transaminases, des LDH avec souvent une hypocalcémie.

L'évolution la plus habituellement favorable peut évoluer en 2 ou 3 temps pouvant conduire à une forme sévère avec détresse respiratoire obligeant à l'hospitalisation en secteur de soins intensifs. Le pronostic dépend entre autre de l'âge, des antécédents, comme il est usuel dans les pneumopathies d'origine virale.

Par delà la chance qui a voulu que nous soyons épargnés, ou presque, en Europe et en France, il importe de rester vigilant pour l'avenir, assurer surveillance et recherche sur une prise en charge plus adaptée, la mise au point d'antiviraux efficaces, plus en tout cas que la Ribavirine.

Mais... les premiers cas resteront source de difficulté bien sûr, les cliniciens devant un syndrome de pneumopathie atypique devront assurer un diagnostic différentiel urgent, en même temps qu'une recherche de coronavirus, donc grâce à l'action conjuguée et immédiate de nos collègues virologues.