

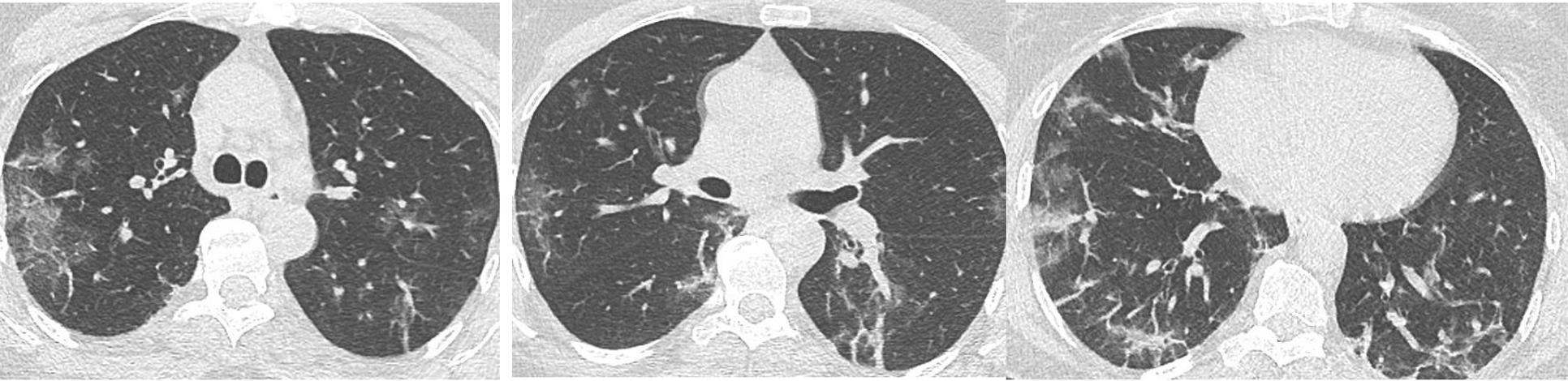
Cas COVID 19 confirmés

Patiente de 32 ans présentant une dyspnée fébrile, une toux et des myalgies **depuis 7 jours**

La saturation est à 95% en air ambiant,

La fréquence respiratoire est à 16/mn, la fréquence cardiaque à 97/mn

La CRP est élevée à 125



Plages et nodules de verre dépoli à prédominance sous pleurales droite, et condensations linéaires dans les deux lobes inférieurs et le lobe moyen, compatibles avec de la pneumonie organisée

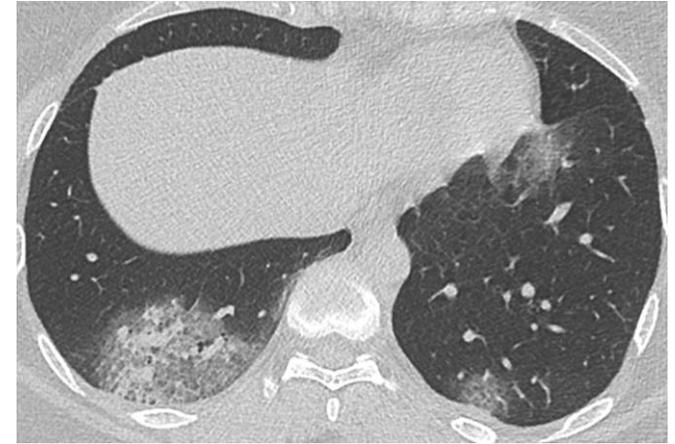
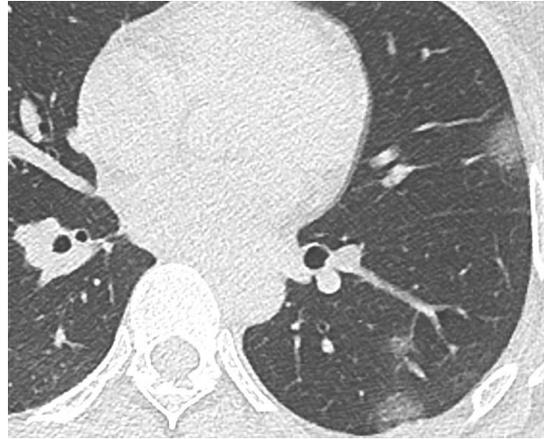
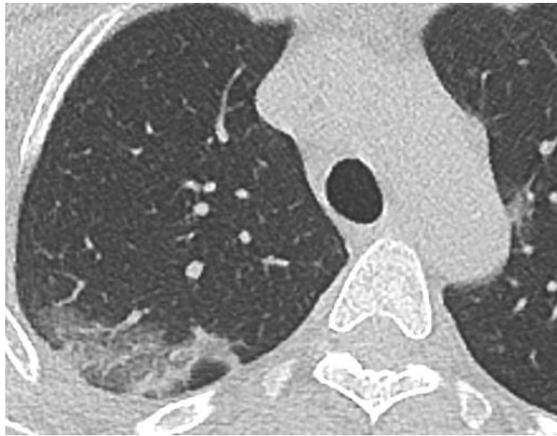
Aspect **évocateur de COVID 19**
PCR SARS COV 2 s'avérant positive

Patiente de 31 ans présentant **depuis 5 jours** une dyspnée fébrile et une diarrhée

La saturation est à 95% en air ambiant,

La fréquence respiratoire est à 23/mn, la fréquence cardiaque à 91/mn

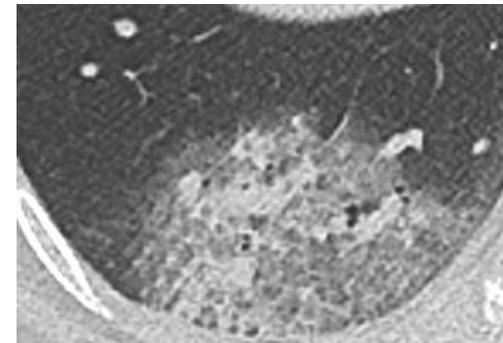
Notion de prise d'Ibuprofène



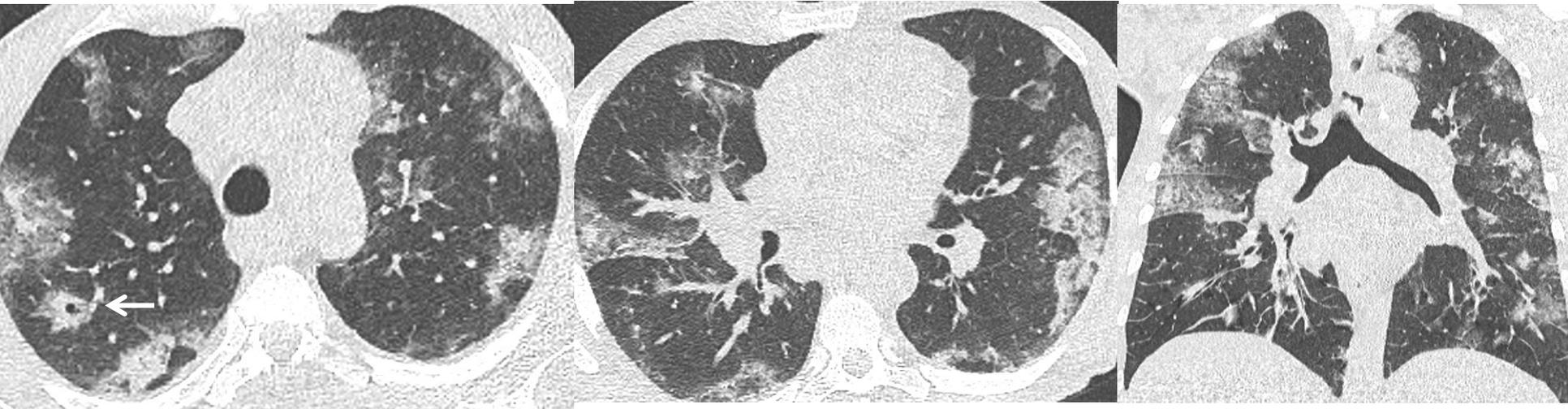
Plages de verre dépoli bilatérales multifocales à prédominance périphérique, avec crazy-paving (réticulations intralobulaires) en base droite

Aspect **évocateur de COVID 19**

PCR SARS COV 2 s'avérant positive

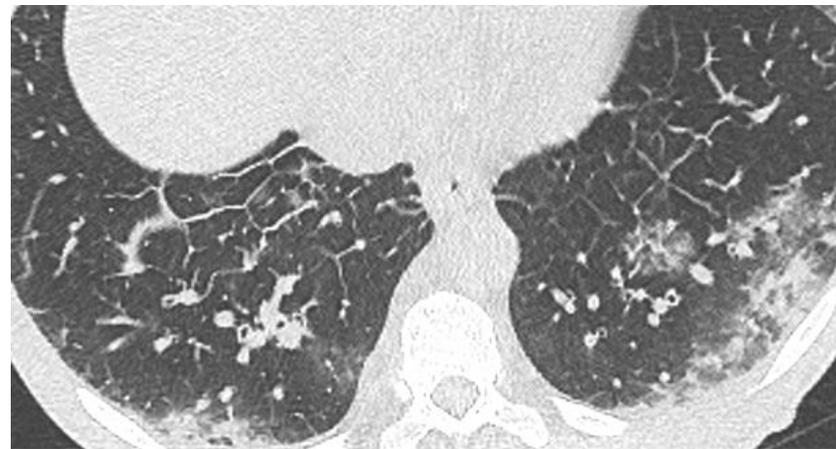


Patient de 64 ans suivi pour lymphome de découverte récente , 1^{ère} cure de chimiothérapie récente.
Fièvre à 38,5° **depuis 7 jours**, FR à 20/mn , saturation à 96% sous 3 L d'O₂/min, CRP 119.

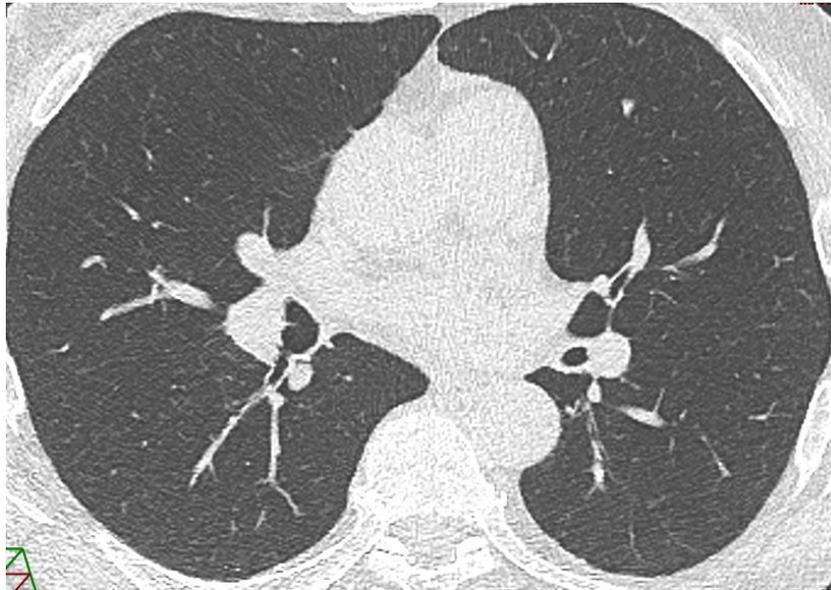


Plages en verre dépoli à la fois périphériques et centrales évoluant pour certaines vers la condensation avec une atteinte estimée entre 25-50% du parenchyme; à noter une petite excavation au sein d'une plage condensante (flèche).
Épaississement des septas inter lobulaires aux bases s'inscrivant dans le cadre d'une décompensation cardiaque probable.
L'infection virale peut donner lieu à une myocardite

Aspect **évocateur de COVID 19**
PCR SARS COV 2 s'avérant positive



Patient de 74 ans, ATCD d'hypertension et de coronaropathie traitée par stent, fièvre à 39,8° **depuis 2 jours**, toux avec sensation d'oppression thoracique, saturation à 96% à l'air ambiant, PA 135/95.



Absence d'anomalie parenchymateuse évocatrice de Covid 19
PCR SARS-Cov 2 s'avérant positive

LE SCANNER PEUT ETRE NORMAL DANS LES 3 PREMIERS JOURS DE L'INFECTION

Patient de 80 ans pris en charge aux urgences après chute à domicile, avec rhabdomyolyse, fébrile avec saturation à 94% en air ambiant, testé par PCR, positive à Sars-Cov-2

La persistance d'une oxygéo-requérance à 24H malgré une **atteinte parenchymateuse initiale minime**, et un taux de D-dimères élevé font réaliser un contrôle avec injection à la recherche d'une embolie pulmonaire



Condensation alvéolaire en bande sous pleurale basale
Embols pulmonaires sous segmentaires multiples (flèches)
dans le lobe moyen, le Nelson droit et la lingula

Rechercher une embolie pulmonaire s'il existe une discordance entre les anomalies parenchymateuses et le retentissement

Que retenir?

1. Il faut tenir compte du délai par rapport à l'apparition des symptômes, le scanner est normal dans 56% des cas pour des patients vus entre J0 et J2
2. Savoir suspecter une embolie pulmonaire si les lésions parenchymateuses sont minimales et qu'il existe une oxygène-requérance
3. Savoir suspecter une myocardite et confronter à la troponine s'il existe des signes d'œdème pulmonaire (lignes septales)