Symptômes prolongés de la Covid-19 :

Quel diagnostic & prise en charge chez l'adulte ?

15 Avril 2021

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

1

Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l’adulte

Dominique Salmon Ceron,
Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôtel Dieu, APHP, Université de Paris, Paris

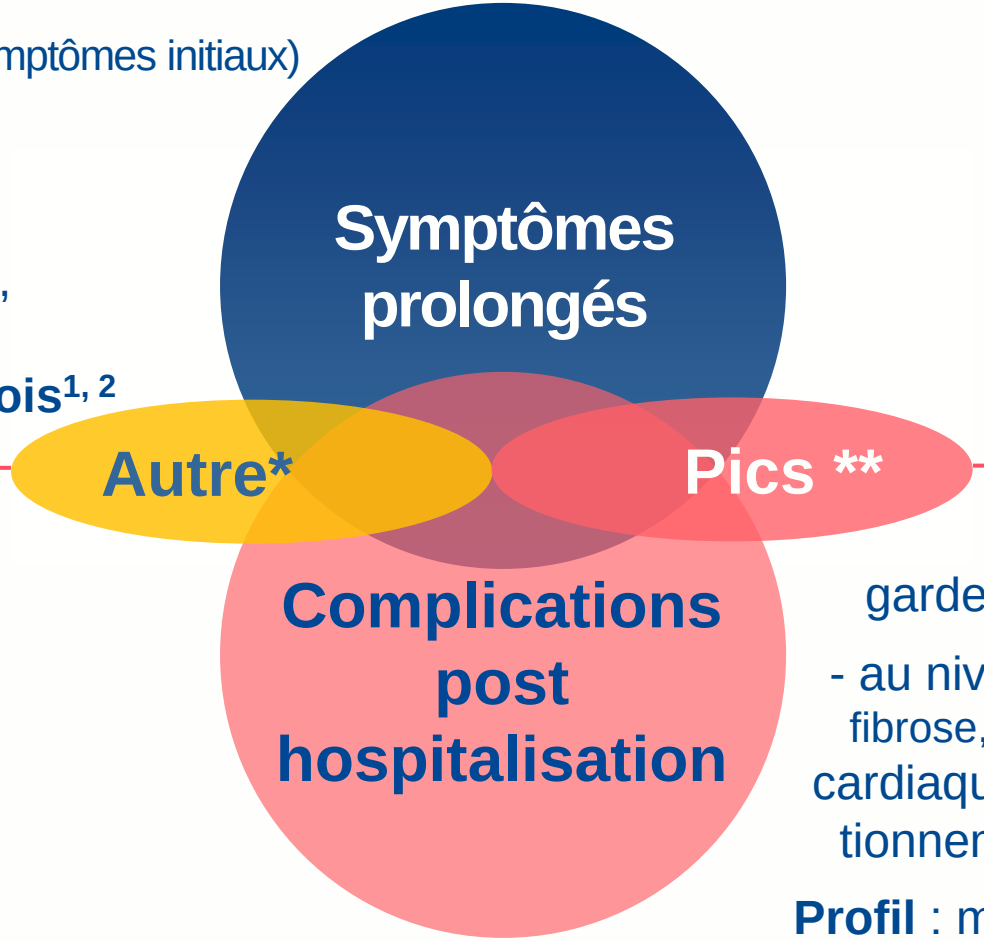
Les symptômes prolongés
de la COVID diffèrent des complications post hospitalisation

Définition :

- persistance/résurgence symptômes (≥1 symptômes initiaux)
- > 4 sem. après un épisode COVID
- **confirmé ou probable**
- sans autre explication

Profil : majorité femmes, moy 45 ans, COVID modéré

Touche >10-20% des patients à 3 mois[1, 2]



> 70% des COVID sévères gardent des symptômes à 3 mois [3]

- au niveau pulmonaire (inflammation, fibrose, réduction capacité respiratoire), cardiaque (insuffisance, IDM), décondi-tionnement physique, neurologique.

Profil : majorité hommes, moy 61 ans

*Décompensation de comorbidité
** Pics syndrome post soins intensifs

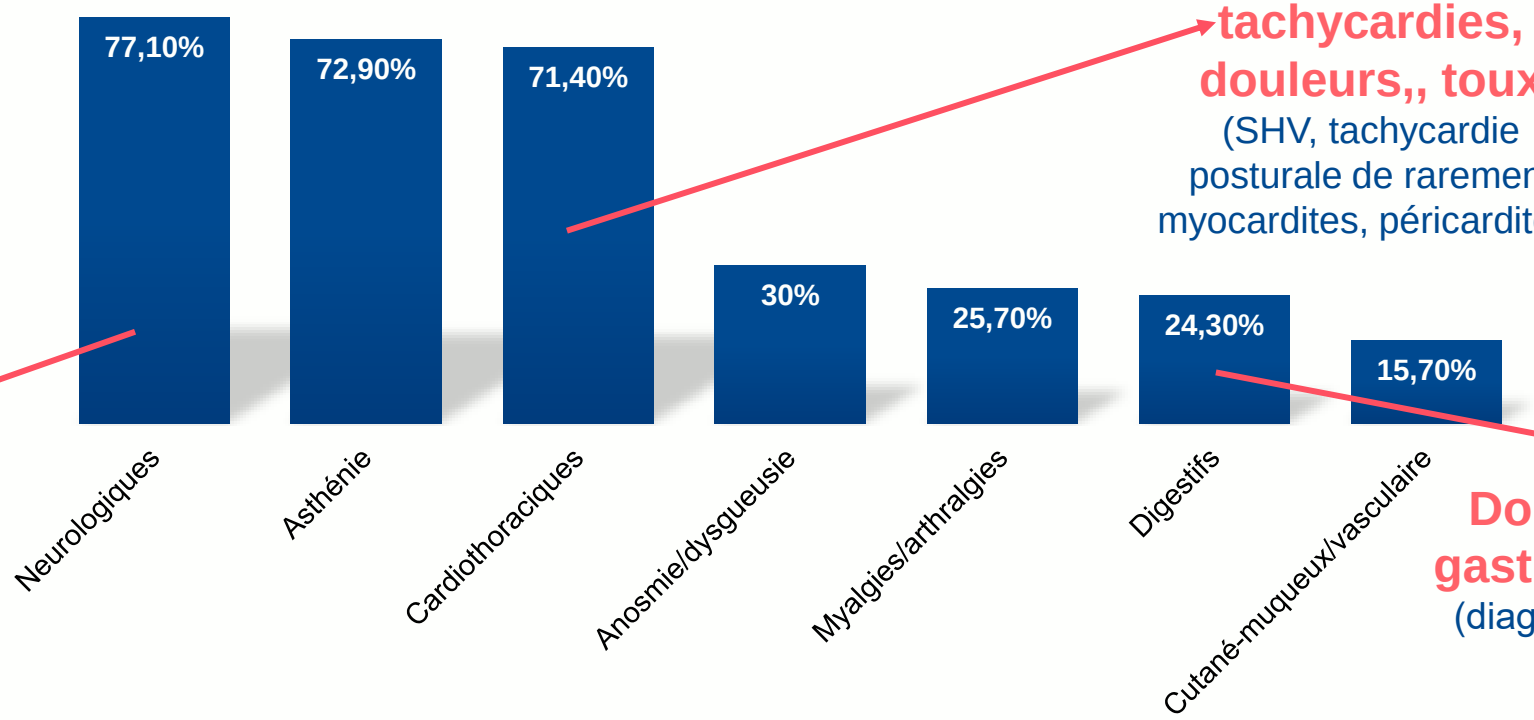
1. Office of National Statistics The prevalence of Long Covid symptoms and Covid complications. 16 dec 2020
2. Haverall S et al. Symptoms and Functional Impairment Assessed 8 MonthsAfter Mild COVID-19 Among Health Care Workers. Jama, April 2021.
3. Morin L, et al. Four-Month Clinical Status of a Cohort of Patients After Hospitalization for COVID-19. JAMA 2021 2021 ar 17

Des symptômes multi systémiques invalidants

évoluant de façon fluctuante sur plusieurs mois

Facteurs déclenchants ? effort, stress, règles…

% de patients avec symptômes



Dyspnée, tachycardies, douleurs,, toux
(SHV, tachycardie posturale de rarement myocardites, péricardites)

Troubles cognitifs, sensoriels, sommeil, irritabilité céphalées
(IRM, EMG normaux, bilans neuropsycho perturbés, hypométabolisme TEP scan)

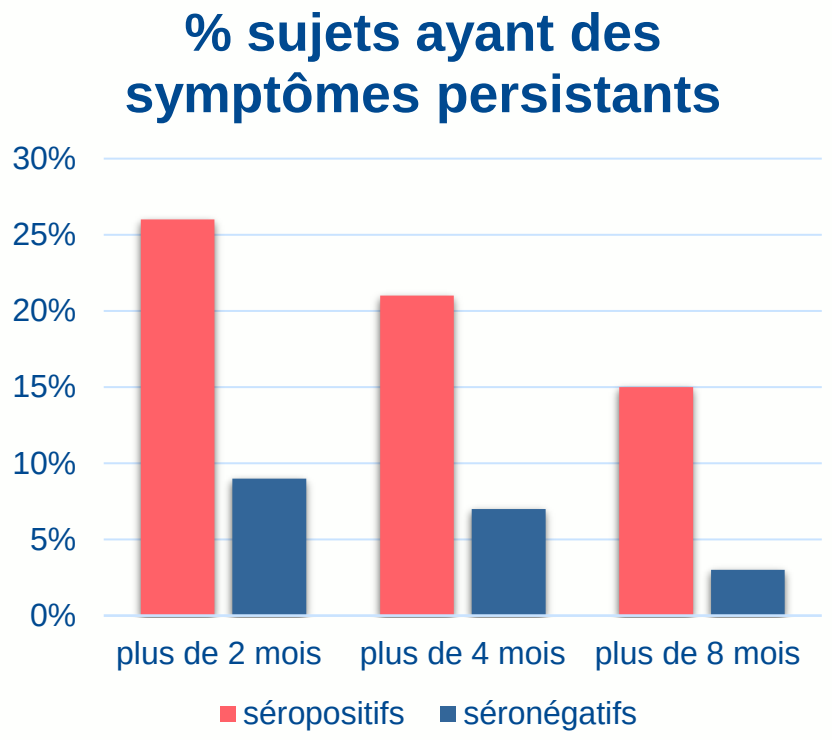
Douleurs, gastralgies, gastroparésie, diarrhée…
(diagnostic gastrite, œsophagite dysautonomies ..)

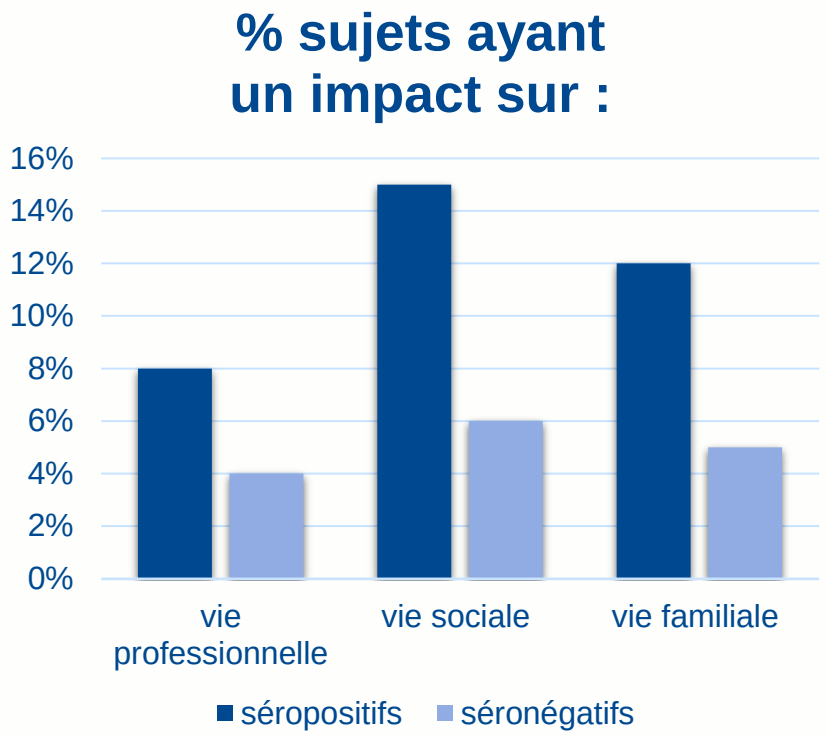
D. Salmon et al. Clinical, virological and imaging profile in patients with Persistent or resurgent forms of COVID-19: a cross-sectional study Infection, Dec 4 2020.

Des symptômes qui persistent plusieurs mois

& impactent la vie professionnelle, sociale et familiale

2000 soignants suédois ont déclaré leurs symptômes via une application entre avril 2020 et janvier 2021 et ont été testés tous les 4 mois. Comparaison de ceux ayant ou non des AC anti SARS





Haverall et al. Symptoms and functional impairment assessed 8 months after mild COVID-19 among health care workers. JAMA April 20.

Questions non résolues

- **Épidémiologie de ces symptômes prolongés ?**
  - Suivi encore court (1 an) : alternance phases de bien-être et exacerbations. Évolution globale vers amélioration lente en quelques mois.
  - Prévalence, lien avec la Covid-19, facteurs de risque?
- **Mécanisme(s) physiopathologique(s) à l'origine de ces symptômes ?**
  - Persistance virale (sites usuels ou autres réservoirs).
  - Réponse dysimmunitaire ou inflammatoire inadaptée.
  - Apparition de troubles fonctionnels, de troubles psychologiques ou psychiatriques.
  - Facteurs génétiques, hormonaux et/ou auto-immuns associés.
- **Approches thérapeutiques à proposer en fonction des symptômes ?**
- **Impact sur la qualité de vie, la vie affective et professionnelle ?**

L’essentiel des recommandations : une démarche globale

Objectif : donner aux médecins des outils pour la prise en charge de 1er recours et les situations d’orientation vers le spécialiste

Deux parties : document global + fiches techniques par symptôme

Une prise en charge globale

La grande majorité des patients peut être prise en charge en soins primaires

Prise en charge avec écoute, empathie, personnalisée en accompagnant la personne à s’autogérer

Exploration clinique

- Faire décrire les symptômes, facteurs déclenchants
- Éliminer complication de phase aigue, décompensation de comorbidité et autre cause que la COVID.
- Rechercher : hypotension orthostatique, mesure SpO2 au repos et à l'effort
- Bilan pour porter un diagnostic en rapport avec la phase prolongée
- Échelles disponibles
- Bilan paraclinique parcimonieux.

Diagnostics les plus souvent portés au cours de la phase prolongée

- ✓ **pulmonaire** : syndrome d'hyperventilation, hyperéactivité bronchique
- ✓ **cardiaque** : douleurs intercostales, péricardite, myocardite, tachycardie sinusale posturale
- ✓ **neurologique/ORL** : troubles dysexécutifs légers, hyposmie/phantosmies, voire syndrome dsysautonomique (thermorégulation, gastroparésie etc...)
- ✓ **digestif** : gastrite ou œsophagite, gastroparésie, diarrhées d'allure motrice
- ✓ **général** : perte poids, frissons
- ✓ **psychologique** : émotivité, troubles anxieux, voire dépressifs, troubles fonctionnels

La stratégie thérapeutique repose sur 4 piliers

Traitements symptomatiques

- douleurs (AINS non contre-indiqués)
- reflux, hyperréactivité bronchique, tachycardie posturale

Rééducation : place centrale

- Respiratoire si SHV, olfactive, orthophonique
- Par le sport si déconditionnement
- Progressive, adaptée aux possibilités de chaque patient

01. Traitements symptomatiques

02. Information

03. Rééducation

04. Prise en charge psychologique

Délivrer toute l'information au patient, lui apprendre à s'autogérer

- Connaitre situations déclenchant symptômes et limites
- Poursuite activités physiques même modérées (en absence de CI)

Troubles anxieux & dépressifs, voire fonctionnels

- Dépistage systématique
- IRSN et benzodiazépine non contre-indiqués

Recours de 2e et 3e ligne

En cas de situation complexe ou difficile à gérer par le médecin traitant, un recours doit être possible

- structures multidisciplinaires spécialisées, à organiser au niveau territorial.
- voire quelques centres de prise en charge spécialisée s'appuyant sur des services de MPR

et de médecins ayant une expertise dans la pris en charge des patients atteints de formes prolongées de COVID.

2

Symptômes prolongés de la COVID en soins primaires

Eric Drahi
Médecin Généraliste, Collège de la Médecine Générale, SFDRMG

Médecine centrée personne et décision partagée

1. **Comprendre** le vécu et les attentes du patient (et de sa famille)
2. Construire un réel « **partenariat** »
3. **Informer** des données actuelles de la science, y compris les incertitudes
4. **Exposer** clairement la décision
5. **Vérifier la compréhension** et le partage de la décision

Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating Evidence for Participatory Decision Making. JAMA. 2004;291(19):2359–2366. doi:10.1001/jama.291.19.2359

Prise en charge en soins primaires des patients présentant des symptômes prolongés > 4 semaines

Communication
Approche holistique

Évaluation clinique bio-psycho-sociale et fonctionnelle
Prise en compte des comorbidités

Éliminer
- les situations d'urgence : EP, IDM, myocardite, péricardite, arythmie, IC, déficit neuro, pneumonie sévère…

Rechercher
- les complications et conséquences des formes sévères de la Covid-19
- les diagnostics, syndromes et symptômes à rechercher au-delà de 4 semaines de symptômes
- une décompensation aiguë de comorbidités.

Modification de poids, FC et rythme, TA et pouls assis/debout, SpO2 repos et effort, anxiété/dépression ?
Examen orienté par les symptômes et aidé par des scores

Examens biologiques

Décision centrée personne
Objectifs et réévaluation partagés

Autogestion

Traitement symptomatique ou orienté par les diagnostics retenus

Prise en charge multidisciplinaire

Interventions simples et disponibles dans les territoires

Vie socio-familiale

Recours spécialisé multidisciplinaire

Retour vers l'état antérieur à la Covid-19

Évaluation clinique bio-psycho-sociale et fonctionnelle
Prise en compte des comorbidités

Communication
Approche holistique

Éliminer

- les situations d'urgence : EP, IDM, myocardite, péricardite, arythmie, IC, déficit neuro, pneumonie sévère…

Rechercher

- les complications et conséquences des formes sévères de la Covid-19
- les diagnostics, syndromes et symptômes à rechercher au-delà de 4 semaines de symptômes
- une décompensation aiguë de comorbidités.

Examen clinique au repos et à l’effort

- Poids et modification de poids récente, fréquence cardiaque, prise de la TA, SpO2, recherche d’hypotension artérielle orthostatique, fréquence respiratoire au repos.
- En cas de dyspnée ou de tachypnée, SpO2 au repos et à l’effort (test au cours duquel le patient se lève et s’assoie d’une chaise durant 1 min, avec surveillance de SpO2).
- Examen orienté par les symptômes, afin de les évaluer, les quantifier, les comparer à l’état antérieur.

Examen clinique au repos et à l'effort

- Scores ou échelles validées peuvent être utiles pour aider le diagnostic et le suivi (en annexe) :
  - en cas de dyspnée :
    - → **échelle de dyspnée du mMRC** (*modified Medical Research Council*),
    - → **score de Nijmegen** (en cas de suspicion de syndrome d'hyperventilation, fréquent, c'est-à-dire après avoir éliminé les causes classiques d'hyperventilation
  - en cas de symptômes anxieux et/ou dépressifs : **score HAD** (*Hospital Anxiety and Depression Scale*),
  - en cas d'atteinte cognitive : **score MoCA** (*Montréal Cognitive Assessment*, version française),
  - en cas de douleurs : **échelle Visuelle Analogique EVA, Echelle Numérique (EN) , DN4 (douleurs neuropathiques),**
  - en cas de fatigue : **échelle de Chalder**.

Examens complémentaires de 1ère intention

- Hémogramme, fonction rénale, fonction hépatique, transaminases, CRP, ferritine, glycémie à jeun, ionogramme, TSH seulement si symptomatologie évoquant une dysthyroïdie.
- Sérologie SARS Cov-2 en l’absence de biologie initiale.
- Les autres examens sont orientés par la clinique (voire fiches techniques en annexe).

Orientation vers des services spécialisés

Doivent être orientés vers les services spécialisés, les patients présentant :

- Une hypoxémie SpO2 ≤ 95 % au repos ou, une désaturation à l'exercice : patients sans pathologie respiratoire connue.
- Des douleurs thoraciques évoquant une atteinte cardiaque ou pulmonaire, des troubles du rythme, des signes d'insuffiances cardiaque.
- Des douleurs inexpliquées, intenses, difficiles à prendre en charge.
- Un syndrome neurologique non exploré ou s'aggravant.
- Une fièvre inexpliquée et/ou un syndrome inflammatoire persistant.
- Une atteinte cutanée inexpliquée pouvant justifier une biopsie.
- Une aggravation d'une pathologie préexistante nécessitant des examens spécialisés.
- Des limitations ou des restrictions des activités de la vie quotidienne ou professionnelle nécessitant une prise en charge interdisciplinaire

Évaluation clinique bio-psycho-sociale et fonctionnelle
Prise en compte des comorbidités

Recours spécialisé multidisciplinaire

Prise en charge multidisciplinaire

Vie socio-familiale

Décision centrée personne
Objectifs et réévaluation partagés

Traitement symptomatique ou orienté par les diagnostics retenus

Autogestion

Retour vers l'état antérieur à la Covid-19

Structures d’Appui

- PTA / DAC
- CPTS
- Cellules de coordination départementales

3

Fatigue & troubles neurologiques

Dr Olivier Robineau

Fatigue : symptôme n°1 persistant

Sémiologie & exploration

- Isolée ou associée à d'autres symptômes
- Peut être fluctuante mais disparaît rarement totalement
- D'allure mixte
- Facteurs déclenchants ou surajouté nombreux
- Évaluation à l'aide d'échelle (Chalder)
- Explorations

Prise en charge

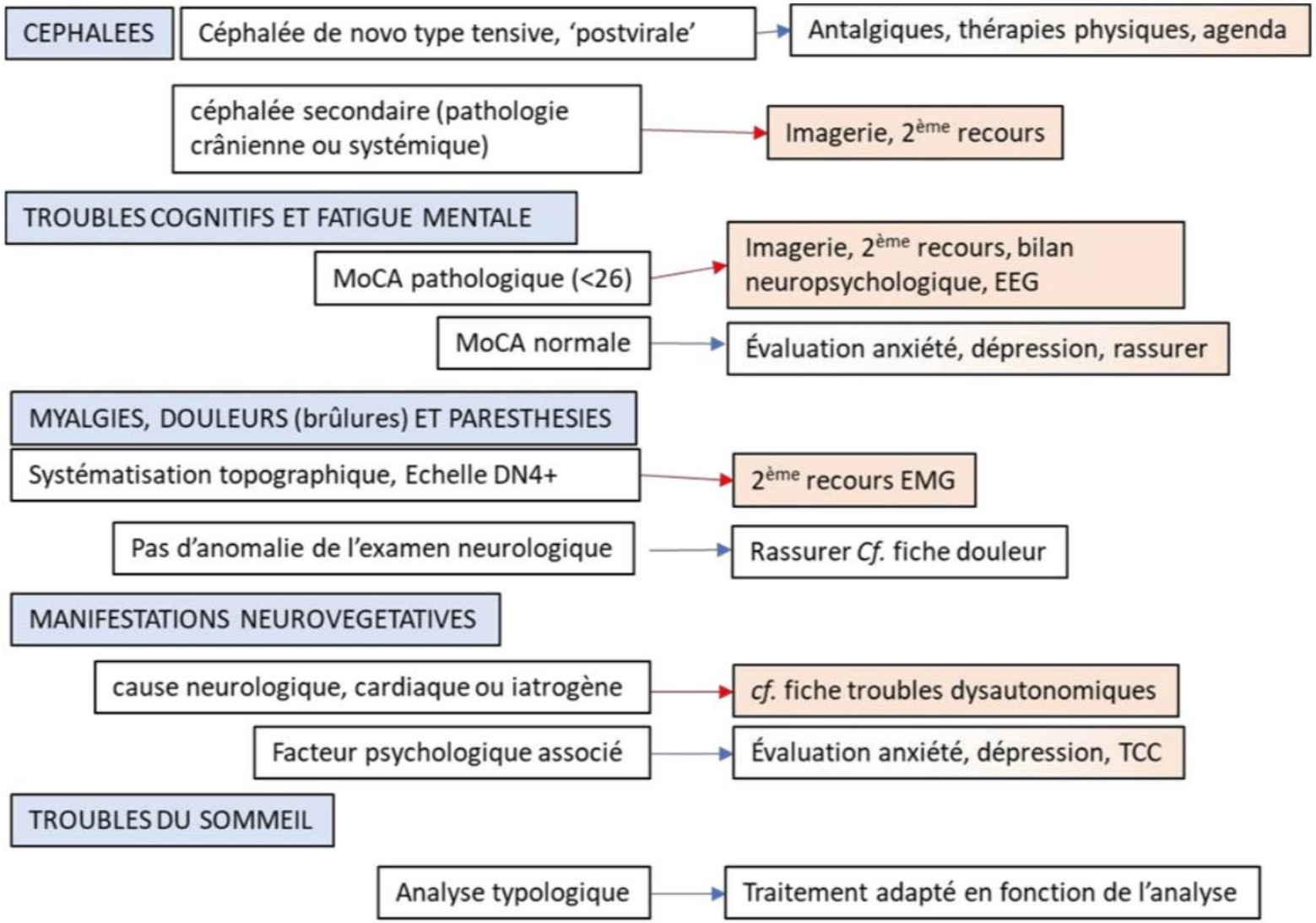
- Prise en charge des autres symptômes pouvant entrainer de la fatigue (dyspnée)
- Identification du seuil / du niveau d'effort
  → Les réévaluer régulièrement
- Réadaptation douce, globale et progressive à l'effort
- Kinésithérapie en ville
- Soutien psychologique
- Prendre en charge les conduites d'évitement

Troubles neurologiques

En l'absence d'orientation clinique, prise en charge par symptôme

Rechercher :

- les complications d'atteinte initiales
- les manifestations évocatrices d'une pathologie neurologique *de novo*
- Éliminer d'autres causes possibles aux symptômes
- Éliminer d'autres causes possibles aux symptômes



4

Troubles somatiques fonctionnels

Pr Brigitte Ranque

Définition des troubles somatiques fonctionnels

- Présence de symptômes somatiques sans anomalie organique les expliquant
- Symptômes répétés, durables ou invalidants, entrainant une demande de soins

Contraste entre le retentissement majeur des symptômes et l'absence d'anomalie clinique ou paraclinique pouvant les expliquer entièrement.

NB: la présence d'une maladie somatique n'est pas un facteur d'exclusion si elle n'explique pas les symptômes

Exemple du syndrome de détresse corporelle

1. Le patient présente au moins 3 symptômes dans au moins 1 des groupes suivants :

– **hyperexcitabilité cardiopulmonaire ou autonome** : palpitations, oppression précordiale, essoufflement sans effort, hyperventilation… ;

– **hyperexcitabilité gastro-intestinale** ;

– **tension musculo-squelettique et troubles sensitifs…** ;

– **symptômes généraux** : troubles de concentration, difficulté de mémorisation, maux de tête, vertiges ou instabilité, fatigue excessive.

2. Le patient est handicapé par ces symptômes (sa vie quotidienne en est perturbée)

3. Les diagnostics alternatifs cliniquement pertinents ont été éliminés

Étiologie présumée

- **Origine multifactorielle**, *facteurs psychologiques et sociaux prédisposants*

  Exemple : traumatisme psychologique ou physique et/ou personnalité favorisante : perfectionniste, hyperactive, alexithymique…).

- **Facteurs précipitants** déclenchant les symptômes, parfois des années plus tard

Exemple : événement médical aigu, dont infectieux

- **Facteurs d'entretien** pérennisant les troubles +++

Troubles anxieux ou dépressifs : fréquents (mais non systématiquement) associés

Explication possible du phénomène

- Tout se passe comme si le cerveau était en état d'alerte permanent.
- Il amplifie voire déclenche au moindre stimulus (externe ou interne) des sensations normalement réservées au signalement d'un danger.
- Il porte à la conscience des sensations provenant habituellement des voies sensorielles (douleur, acouphènes, paresthésies…).
- Il active le système nerveux autonome de façon inadaptée (tachycardie, tachypnée, diarrhée, sueurs).
- Tout cela empêche un fonctionnement cognitif normal (troubles du sommeil, de l'attention, fatigue…).
- Rôle majeur de l'anticipation contextuelle (modulation des signaux extérieur en fonction de l'état émotionnel, des expériences antérieures).

NB : état physiologique que chacun a déjà connu dans sa vie, la différence étant ici sa durée prolongée et l'absence d'attribution des symptômes à un stress conscient

Focus sur les facteurs d’entretien

- Conduites d’évitement des symptômes : évitement des activités ou des circonstances déclenchant > déconditionnement à l’effort
- Conduites d’évitement de l’incertitude : avis médicaux et examens complémentaires multiples, forum internet…
- Focalisation attentionnelle sur le fonctionnement des organes
- Représentations anxiogènes qui maintiennent cette focalisation attentionnelle et les conduites d’évitement
- Dénigrement de la pénibilité des symptômes voire rejet par les proches et les soignants.

5

Dyspnée

Pr Claire Andréjak

Principales étiologies de dyspnée

Rencontrées au cours des manifestations persistantes ou résurgentes de COVID en l'absence de séquelles parenchymateuses pulmonaires évidentes

Même étiologies de dyspnée chronique après infection à SARS-CoV-2 non différentes de celles de toute dyspnée chronique :

- asthme/hyperréactivité bronchique
- BPCO
- déconditionnement
- obésité
- pneumopathie interstitielle
- embolie pulmonaire
- insuffisance cardiaque
- syndrome d'hyperventilation

Parfois pathologies non diagnostiquées et/ou aggravées par l'épisode viral ou les conséquences du confinement.

Évaluation de la dyspnée

- échelle MRC
- comparaison dyspnée pré-Covid
- cinétique de la dyspnée depuis l'infection Covid

échelle de dyspnée du Medical Research Council modifiée (mMRC) :

Stade 0 :	dyspnée pour des efforts soutenus (montée 2 étages) ;
Stade 1 :	dyspnée lors de la marche rapide ou en pente ;
Stade 2 :	dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge ;
Stade 3 :	dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat ;
Stade 4 :	dyspnée au moindre effort.

Pas d’amélioration de la dyspnée, voire aggravation

- **Éliminer :**
  - embolie pulmonaire
  - insuffisance cardiaque
  - anémie
- **AVANT** de rechercher séquelles post Covid

Si bilan négatif : avis spécialisé

Dyspnée résiduelle mais en amélioration

SpO2 au repos

Si SpO2 <96% : Avis spécialisé *

*** recommandations uniquement pour les patients sans antécédents respiratoires connus**

Dyspnée résiduelle mais en amélioration

SpO2 au repos

Si SpO2 <96% : Avis spécialisé *

Si SpO2 >95 % : recherche désaturation à l'effort (test de lever de chaise de 1 min)

Si SpO2 <96% durant l'effort : Avis spécialisé*

Attention au moins 5 levers pour que le test soit interprétable

*** recommandations uniquement pour les patients sans antécédents respiratoires connus**

Dyspnée résiduelle mais en amélioration

SpO2 au repos

Si SpO2 <96% : Avis spécialisé *

↓

Si SpO2 >95 % : recherche désaturation à l'effort (test de lever de chaise de 1 min)

Si SpO2 <96% durant l'effort : Avis spécialisé*

Attention au moins 5 levers pour que le test soit interprétable

↓

Toujours rechercher signes d'insuffisance cardiaque et anémie

*** recommandations uniquement pour les patients sans antécédents respiratoires connus**

Dyspnée résiduelle mais en amélioration

SpO2 au repos

Si SpO2 <96% : Avis spécialisé *

↓

Si SpO2 >95 % : recherche désaturation à l'effort (test de lever de chaise de 1 min)

Si SpO2 <96% durant l'effort : Avis spécialisé*

Attention au moins 5 levers pour que le test soit interprétable

↓

Toujours rechercher signes d'insuffisance cardiaque et anémie

↓

Scanner thoracique sans IV

- en cas de scanner pathologique au moment du diagnostic d'infection à SARS-CoV-2
- et/ou en cas de dyspnée inexpliquée
- et/ou pour les patients ayant eu une hospitalisation

*** recommandations uniquement pour les patients sans antécédents respiratoires connus**

Dyspnée résiduelle mais en amélioration

SpO2 au repos

Si SpO2 <96% : Avis spécialisé *

↓

Si SpO2 >95 % : recherche désaturation à l'effort (test de lever de chaise de 1 min)

Si SpO2 <96% durant l'effort : Avis spécialisé*

Attention au moins 5 levers pour que le test soit interprétable

↓

Toujours rechercher signes d'insuffisance cardiaque et anémie

↓

Scanner thoracique sans IV

- en cas de scanner pathologique au moment du diagnostic d'infection à SARS-CoV-2
- et/ou en cas de dyspnée inexpliquée
- et/ou pour les patients ayant eu une hospitalisation

↓

En cas d'absence d'anomalie objective :

Score de Nimjegen à la recherche d'un syndrome d'hyperventilation

*** recommandations uniquement pour les patients sans antécédents respiratoires connus**

Thérapeutique

Pas d'indication d'une corticothérapie inhalée

- Sauf pathologie respiratoire documentée
- Sauf diagnostic d'hyperréactivité bronchique

En cas de suspicion forte de syndrome d'hyperréactivité bronchique :

- Corticothérapie inhalée possible avec bronchodilatateur de courte durée d'action
- En attendant un bilan respiratoire (EFR-β2 et DLAC)
- Traitement doit être réévalué dans les 3 mois

Indications d'oxygénothérapie = identiques à celles de la pratique habituelle

Réhabilitation respiratoire si le patient reste symptomatique

- après évaluation respiratoire spécialisée
- quelles que soient les données spirométriques et tomodensitométriques

Syndrome d'hyperventilation = kinésithérapeute

Corticoïdes ou antifibrosants

- Après bilan spécialisé en pneumologie
- Après discussion en RCP multidisciplinaire

Ressources

- La réponse rapide : Diagnostic et prise en charge
- Les 10 fiches pratiques par symptômes : la fatigue, la dyspnée, douleur thoraciques, troubles du goût et de l'odorat, douleur, manifestations neurologiques déconditionnement physique, syndrome d'hyperventilation, troubles somatiques fonctionnels, troubles du système nerveux autonome ou troubles dysautonomiques.

Sur has-sante.fr

Pour vos patients

- Dossier : Covid long et rétablissement

Sur www.sante.fr

Merci de votre participation !
Retrouvez le replay de ce webinaire sur notre site

www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social