

SYNTHÈSE

Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19

Symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 de l'adulte - Diagnostic et prise en charge

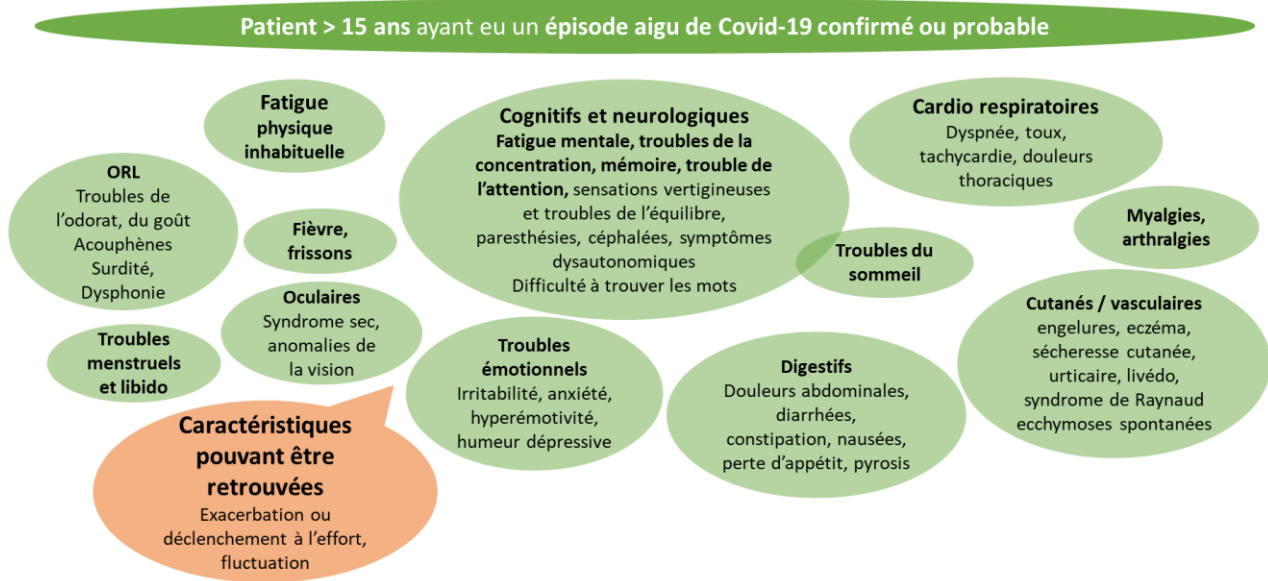
Validée par le Collège le 19 janvier 2023

Dans l'attente de la description d'un parcours de soins, cette fiche résume la prise en charge des malades atteints de symptômes prolongés post Covid 19.

Sommaire

Figure 1. Parcours de soins des patients ayant des symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19	2
Figure 2. Organisation de la prise en charge	3
Prise en charge globale et coordonnée orientée par les symptômes	4
Préambule	4
Symptôme principal du patient (Fatigue/ Symptômes respiratoires/ Troubles neurologiques/ Douleurs thoraciques/ Douleurs/ Symptômes dysautonomiques/ Symptômes digestifs/ Troubles ORL/ Troubles oculaires/ Lésions cutanées)	4

Figure 1. Parcours de soins des patients ayant des symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19



Ces symptôme(s) persistent, apparaissent ou réapparaissent après 4 semaines suivant le début de la phase aiguë de la maladie. Ils ne sont pas expliqués par un autre diagnostic.

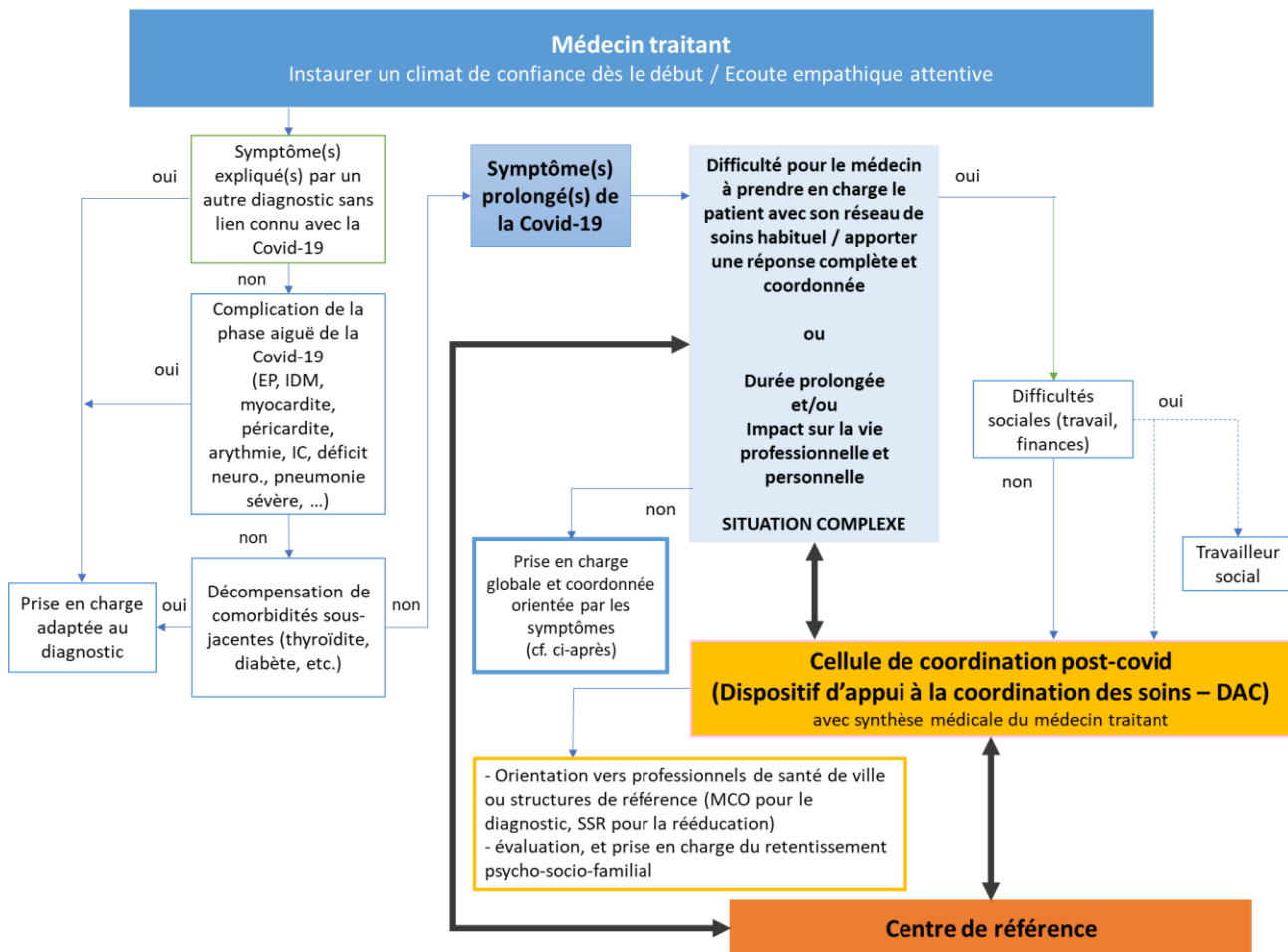
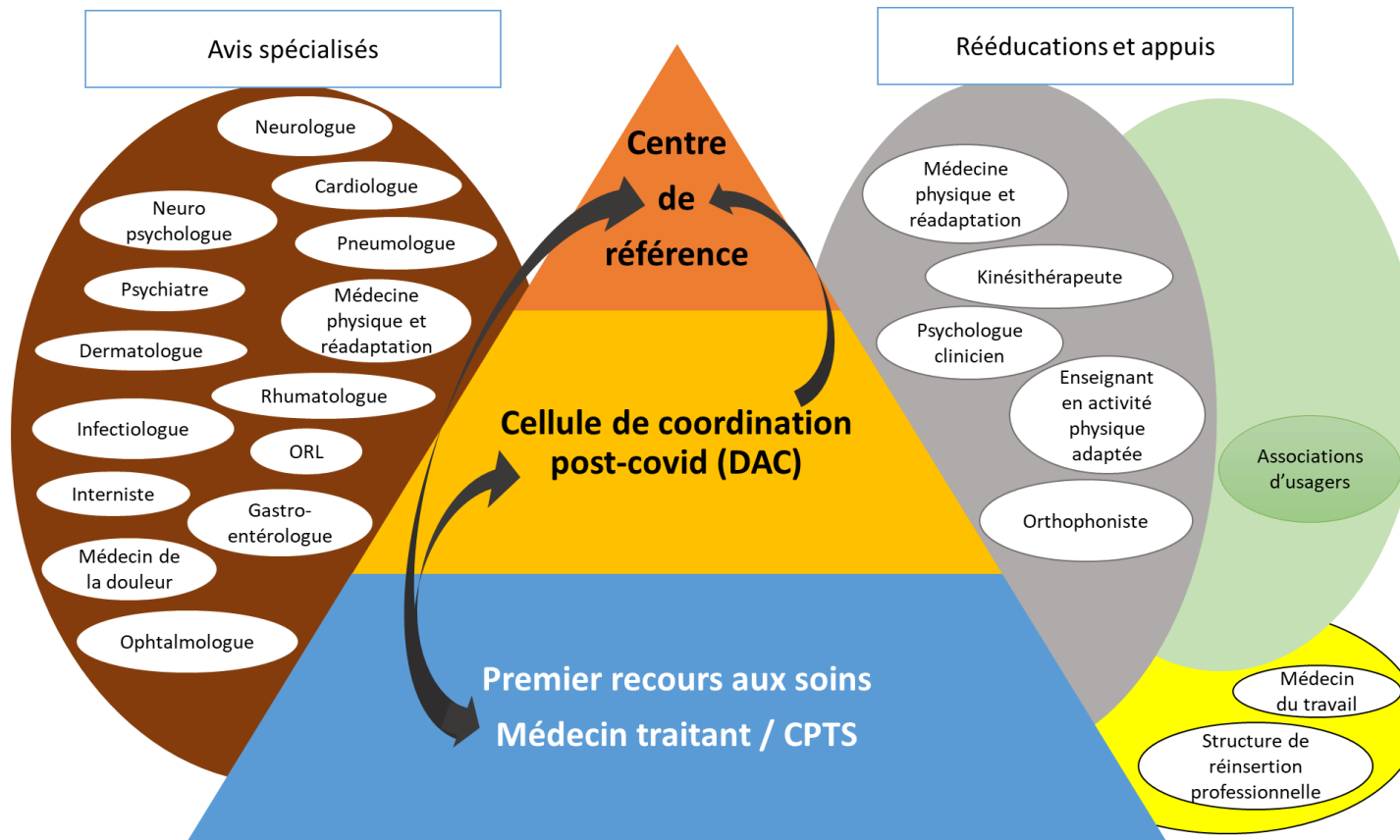


Figure 2. Organisation de la prise en charge



Médecin traitant / CPTS

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
Rôle : premier recours aux soins, coordination de la prise en charge.

Cellule de coordination post-covid (DAC)

DAC : Dispositif d'appui à la coordination des soins
Rôle : information, orientation personnalisée, évaluation ou adressage du patient pour une prise en charge du retentissement psycho-socio-familial

Centre de référence

Rôle : diagnostic et prise en charge multidisciplinaire des complications, organisation de réunion de concertation pluridisciplinaire, participation à la recherche

Prise en charge globale et coordonnée orientée par les symptômes

Préambule





Pour chacun des patients ayant des symptômes prolongés, il faut envisager simultanément les symptômes (notamment cognitifs), et les retentissements comportementaux et psychosociaux. Comme dans toute maladie chronique, l'abord est holistique et personnalisé.

Cette prise en charge diagnostique et thérapeutique s'appuie sur les réponses rapides de la HAS et les fiches techniques.

La prise en charge est si besoin pluriprofessionnelle, organisée en parcours cohérent et explicite, coordonnée au mieux par le médecin traitant ou un autre spécialiste.

Symptôme principal du patient (Fatigue/ Symptômes respiratoires/ Troubles neurologiques/ Douleurs thoraciques/ Douleurs/ Symptômes dysautonomiques/ Symptômes digestifs/ Troubles ORL/ Troubles oculaires/ Lésions cutanées)

Légende

-  Symptôme considéré
-  Autre diagnostic à éliminer, examens à faire
-  Recours ou avis spécialisé
-  Traitement proposé*

* : il n'y a à ce jour aucun traitement validé pour le Covid long. Les traitements proposés sont ceux utilisés actuellement, et dont le ratio bénéfice/risque paraît acceptable et consensuel au groupe d'expert.

Fatigue

Caractériser la fatigue, ses facteurs d'aggravation ou d'amélioration (dont l'effort (type et intensité))

Échelle de Chalder (permet le suivi)
Test du lever de chaise d'une minute : rechercher une tachycardie, une désaturation

Rechercher d'autres causes à l'asthénie : vérifier absence de perte de poids, de dysthyroïdie
Bilan biologique de 1^{re} intention : NFS, glycémie à jeun, ionogramme sanguin, calcémie corrigée, créatininémie, bilan hépatique, ferritinémie, CRP, TSH, cortisolémie à 8h

. Réadaptation douce, globale et progressive à l'effort
. Adaptations en fonction de la tolérance et en évitant une exacerbation post effort
. Autogestion avec l'aide du médecin, kinésithérapeute et/ou de l'EAPA

Symptômes respiratoires

Dyspnée

- . Analyse du cycle respiratoire (mise en œuvre des muscles respiratoires accessoires, balancement thoraco-abdominal) et mesure SpO2 au repos et test de lever de chaise d'1 min
- . Rechercher limitation activités (Échelle mMRC)
- . Comparer avec la dyspnée « pré » Covid-19

Éliminer insuffisance cardiaque (BNP +/- échographie cardiaque), anémie, embolie et atteintes pulmonaires (D dimères, scanner thoracique voire Angioscanner si forte suspicion d'embolie pulmonaire)

- . Questionnaire de Nijmegen

Si score de Nijmegen positif (> 23/64) et bilan négatif et SpO2 ≥ 96 % au repos et à l'effort : syndrome d'hyperventilation (SHV) probable

- . Kinésithérapie du SHV
- . Reconditionnement à l'effort dans le cas d'un déconditionnement et ou d'une atteinte pulmonaire

Avis pneumologique (EFR, scanner thoracique ± angioscanner, etc) dans les autres cas

- . Si score de Nijmegen négatif et/ou bilan positif et/ou SpO2 < 96 %
- . Si persistance SHV

Toux

Hyperréactivité bronchique

Troubles neurologiques

Troubles neurologiques et cognitifs

- . Fatigue mentale, trouble de l'attention, de la concentration, de la mémoire, difficulté à trouver les mots, de la flexibilité intellectuelle
- . Céphalées
- . Vertige, instabilité
- . Paresthésies, douleurs neuropathiques caractérisées (DNA4)
- . Manifestations neurovégétatives

Éliminer un autre diagnostic si troubles cognitifs :

- . Rechercher des signes de localisation, MoCA
- . IRM cérébrale, bilan neuropsychologique

Avis neurologique :

- . Trouble avéré notamment cognitif ou anomalie de l'examen neurologique
- . Avec IRM
- . Pour discussion de bilan neuropsychologique ou autre examen et interprétation des résultats

- . Troubles neurocognitifs : Rééducation neurocognitive (neuropsychologue, orthophoniste)
- . Céphalées : antalgiques classe I ou II, thérapie manuelle. Pas d'antalgiques classe II en cas de céphalées de tension
- . Douleur neuropathique (cf. Douleur)

Troubles du sommeil

- . Insomnie, hypersomnie, ou sommeil non réparateur
- . Rechercher syndrome d'apnée hypoxémique du sommeil, dépression, syndrome des jambes sans repos

Pas de spécificité de la prise en charge, voir recos HAS

Avis médecin du sommeil si trouble rebelle

Douleurs thoraciques

Penser embolie pulmonaire – syndrome coronarien aigu – myocardite aiguë, péricardite comme pour tout patient hors Covid-19

Causes non cardiologiques le plus souvent

Douleurs pariétales

. Inflammation chondro-costale

AINS local ou aspirine à dose anti-inflammatoire. *Réadaptation douce, globale et progressive à l'effort musculaire* ». Respect des seuils de tolérance à l'effort (dysautonomie) et fractionnement des activités

. Contractures des muscles inspiratoires

Thérapies manuelles, levée de tension musculaire et rééducation respiratoire, cohérence cardiaque
Réadaptation douce, globale et progressive à l'effort ». Respect des seuils de tolérance à l'effort (dysautonomie) et fractionnement des activités
Aspirine à dose anti-inflammatoire ou décontracturants musculaires

Douleurs viscérales non cardiologiques

. Pleuropulmonaires (en rapport avec une lésion visible en imagerie)

Radiographie du thorax, bilan pneumologique (échographie pleurale, ponction pleurale, etc)

. Digestives hautes (gastrite, oesophagite)

IPP, antiacides, mucilages et modification des habitudes alimentaires

Péricardite

NFS, CRP, troponinémie
Echographie cardiaque
IRM cardiaque souvent nécessaire

Repos, AINS (aspirine ou ibuprofène) ± colchicine

Myocardite subaiguë chronique récidivante

NFS, CRP, troponinémie

Repos, petites doses de bêta-bloquant

Avis cardiologique systématique si suspicion de péricardite ou myocardite
Selon le tableau, si doute : ECG, troponine, **avis cardiologique/SAMU centre 15** (même téléphonique, y compris pour avis ECG)

Douleurs

Différencier les douleurs :

- . Nociceptive
- . Neuropathique
- . Dysfonctionnelle ou nociplastique

Faire EVA (1-10) ou échelle numérique

- . **Avis d'un spécialiste de la douleur** si douleurs ne répondant pas aux traitements de 1^{re} ou de 2nde intention ; difficulté diagnostique ; douleurs chroniques complexes ; doses élevées d'opiacés ou dépendance aux opiacés
- . **Avis neurologique** avant EMG si douleur neuropathique

Douleurs nociceptives (inflammatoires ou mécaniques)

- . Antalgiques de palier 1
- . Si échec, antalgiques de palier 2 (attention aux effets indésirables), antidépresseurs possibles
- . Ne considérer les opioïdes forts qu'en cas d'échec des antalgiques de palier 1 et 2 et avis d'une structure douleur quand c'est possible

Douleurs neuropathiques : DNA : positif si score $\geq 4/10$

Antidépresseurs (tricycliques ou IRSNa), antiépileptiques (gabapentinoïdes)
Carbamazépine uniquement indiquée en cas de douleurs fulgurantes (névralgies)

Douleurs dysfonctionnelles ou « nociplastiques » (sans lésion)

- Céphalées de tension :
- . Épisodique : Antalgiques de palier 1
 - . Chronique : antidépresseurs tricycliques ; kinésithérapie (levée de tension et renforcement)

Symptômes dysautonomiques

Symptômes polymorphes, plusieurs parmi : sensation de vertiges, lipothymie, voire syncope ; sueurs diurnes ou nocturnes ou au contraire l'absence de sueurs ; nausées, vomissements, sensation d'estomac qui ne se vide pas complètement, etc. ; thermorégulation inappropriée et manifestations vasoplégiques ; tachycardie sinusale. Le POTS (syndrome de tachycardie posturale orthostatique) a été individualisé mais la plupart des patients ne présentent pas l'ensemble des critères du POTS. Chercher un POTS après 10 minutes de repos allongé et à renouveler à 1, 3, 5 et 10 minutes après la mise en station debout.

Les critères du POTS sont les suivants :

- \nearrow FC \geq 30 battements/min (ou \geq 40 /min chez les 12 à 19 ans) dans les 10 minutes suivant le passage en orthostatisme, et
- absence hypotension orthostatique (\searrow \geq 20/10 mm Hg de la PA dans les 3 min suivant le passage en orthostatisme), et
- présence d'une inadaptation orthostatique ou aux changements positionnels variables (étourdissements, palpitations, tremblements, faiblesse généralisée, vision trouble, fatigue), avec amélioration rapide dès le retour au décubitus.

Éliminer une pathologie organique et en particulier pour la tachycardie une autre cause de tachycardie (déshydratation ou perte sanguine aiguë avec hypovolémie, anémie, hypotension orthostatique, pathologies endocriniennes (hyperthyroïdie, insuffisance surrénalienne, phéochromocytome, tumeurs carcinoïdes), effets indésirables de médicaments, crises de panique, anxiété grave, repos ou alitement prolongés, usage de drogues)

Moyens non pharmacologiques pour réduire la dysautonomie : explications des différents symptômes ; lister médicaments potentiellement aggravants ; manœuvres de contractions isométriques des membres inférieurs avant de se lever ; éviter de se lever rapidement ; collants de contention ; augmenter l'hydratation/ boissons abondantes, les environnements chauds ; etc

Avis cardiologique spécialisé pour traitement spécifique [Ivabradine ou bêtabloquant à petites doses]

Avis d'un spécialiste en cas de symptômes sévères et durables

Symptômes digestifs

Diarrhée chronique
Nausée
Symptômes de reflux gastro-œsophagien
Dyspepsie douloureuse, douleur abdominale
Ballonnement, constipation
Intolérance alimentaire
Gastroparésie (cf fiche Symptômes dysautonomiques)

Recherche syndrome inflammatoire, anémie
Coproculture, examen parasitologique des selles
Évoquer syndrome d'activation mastocytaire (SAMA)

Traitement symptomatique habituel de la symptomatologie digestive

En cas de résistance aux traitements habituels de première ligne :

- **Avis du gastro-entérologue**

- Recourir à des examens complémentaires :

Endoscopie œso-gastro-duodénale +/- coloscopie

Échographie, imagerie en coupe voire scintigraphie du bol alimentaire

. Si œsophagite ou gastrite : anti reflux et IPP à dose adaptée

. Si diarrhée, sans lésion identifiée : ralentisseurs du transit ou anti-sécrétoires, à dose adaptée

. Si douleurs : antispasmodiques ; néfopam : de manière ponctuelle, dans la gestion des crises douloureuses intenses

. Éviter des régimes trop restrictifs (risque amaigrissement ou carences)

. Syndromes fonctionnels digestifs proposer régime pauvre en FODMAPs (Fructo- Oligo- Di- Monosaccharides And Polyols)

. Dysbiose persistante : envisager probiotiques

. Dans l'hypothèse d'un SAMA, un traitement par anti-H2 \pm anti-H1 peut être testé

Troubles ORL

Troubles du goût et de l'odorat

Éliminer autres causes d'une anosmie (tumeur intranasale, ou intracrânienne)

- . Si troubles de l'odorat fluctuants : lavages de nez au sérum physiologique et rééducation olfactive
- . Si rhinite et/ou nez sec : lavages de nez au sérum physiologique

Avis spécialisé ORL et IRM des voies olfactives

Si épistaxis, obstruction nasale unilatérale, céphalées inhabituelles

Dès que possible

Si persistance hyposmie, anosmie, sensation de gêne ou d'obstruction nasale, ou nez sec, fluctuations de l'odorat

Au-delà de 2 mois

Autres symptômes

- . Dysphonie
- . Acouphènes durables
- . Hypoacousie, surdité uni ou bilatérale
- . Vertiges

Avis ORL

Troubles oculaires

Syndrome sec oculaire : larmes artificielles sous forme de collyres ou de spray

Si persistance, **avis d'un ophtalmologue**

Examen à l'œil nu : chalazion, orgelet

Pour tous les autres symptômes : **avis ophtalmologique**

En urgence

1. Anomalie de la vision : baisse visuelle uni ou bilatérale, amputation du champ visuel, vision déformée, vision trouble, scotome, photopsie (vision de flashes), altération de la vision des couleurs
2. Douleur oculaire +/- photophobie, douleur à la mobilisation de l'œil
3. Signes neuro ophtalmologiques
4. Fatigue visuelle intense avec douleur à la fixation

Non urgence

Brûlures
Larmolement
Démangeaisons
Sensation de grains de sable sous la paupière
Tressautement d'une ou des deux paupières
Boule dans la paupière +/- douloureuse
Scotome scintillant transitoire dans le cadre de migraine
Fatigue à la lecture
Rougeur des paupières
Rougeur oculaire diffuse

Lésions cutanées

1. Pseudo-engelures
2. Urticaire
3. Eczéma
4. Lésions vasculaires
 - i) acrocyanose
 - ii) phénomène de Raynaud
 - iii) livédo
5. Ecchymoses spontanées
6. Autres : sécheresse cutanée, perte de cheveux

1. NFS, anticorps anti-nucléaires (titre et spécificité)
2. Aucun en première intention
3. Aucun en première intention
4. i) Aucun ii) NFS, anticorps anti-nucléaires (titre et spécificité) iii) NFS, TP, TCA, iono (Na, K, Cl), sérologie VIH, VHC, anticorps anti-nucléaires (titre et spécificité), anti-phospholipides
5. NFS, plaquettes, TP, TCK, fibrinogène +/- facteur Willebrand si très étendu

1. Protection contre le froid et l'humidité et éviction de chaussures serrées et dermocorticoïdes de classe I en occlusion, jusqu'à régression des symptômes
2. Antihistaminiques
3. éviction des facteurs aggravants et de contact. Topiques émoullissants et dermocorticoïdes
4. Aucun

Avis d'un dermatologue si

- . Persistance/extension des lésions malgré traitement local ou général bien conduit ; récurrence
- . Signes associés évoquant une connectivite ou anomalie du bilan immunologique
- . Si livédo pathologique (ramifié infiltré à grandes mailles ouvertes)

Avis d'un angiologue, interniste, si symptômes vasculaires atypiques : phénomène de Raynaud atypique (unilatéral, etc), acrocyanose atypique, etc.

Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 Symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 de l'adulte - Diagnostic et prise en charge, méthode de réponse rapide, 19 janvier 2023

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr