Le COVID LONG

Société Scientifique de Médecine Générale Asbl
Rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles | +32 2 533 09 80 | www.ssmg.be

COVID LONG: qu'est-ce que c'est ?

"Syndrome post-COVID-19": signes et symptômes qui apparaissent pendant ou après une infection COVID-19, qui persistent pendant plus de 12 semaines et ne s'expliquent pas par un autre diagnostic *.

= PASC: Post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (Anthony Fauci, White House COVID-19 Response Team's chief medical adviser)

** Nice guideline,18 December 2020, www.nice.org.uk/guidance/ng188*

COVID LONG: ce que ce n'est pas

Complication tardive d'une atteinte d'organe par le COVID-19 (fibrose pulmonaire, insuffisance cardiaque post-myocardite,...)

. . .

ou son traitement (IRC sur antibiotiques néphrotoxiques, polyneuropathie des soins intensifs, stéatose hépatique sur nutrition parentérale,...)

Aggravation d'une pathologie préexistante

Patient guéri gardant une PCR positive

(la PCR détecte des morceaux d'ARN, pas le virus vivant; peut rester + pendant des semaines/mois!)

SSMG Société Royale

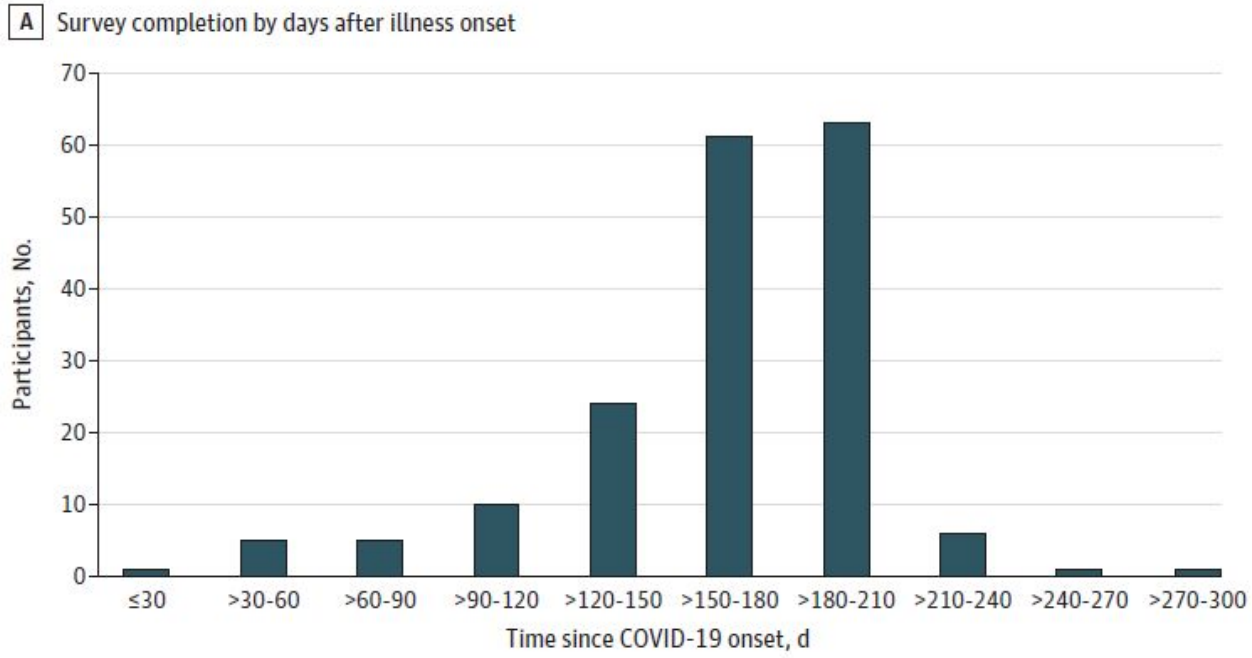
JAMA Network Open

Research Letter | Infectious Diseases

Sequelae in Adults at 6 Months After COVID-19 Infection

Jennifer K. Logue, BS; Nicholas M. Franko, BS; Denise J. McCulloch, MD, MPH; Dylan McDonald, BA; Ariana Magedson, BS; Caitlin R. Wolf, BS; Helen Y. Chu, MD, MPH

N = 234 30 % à 9 mois ! (indépendamment de la sévérité de l'infection aigüe)



JAMA Network Open. 2021;4(2):e210830. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.0830

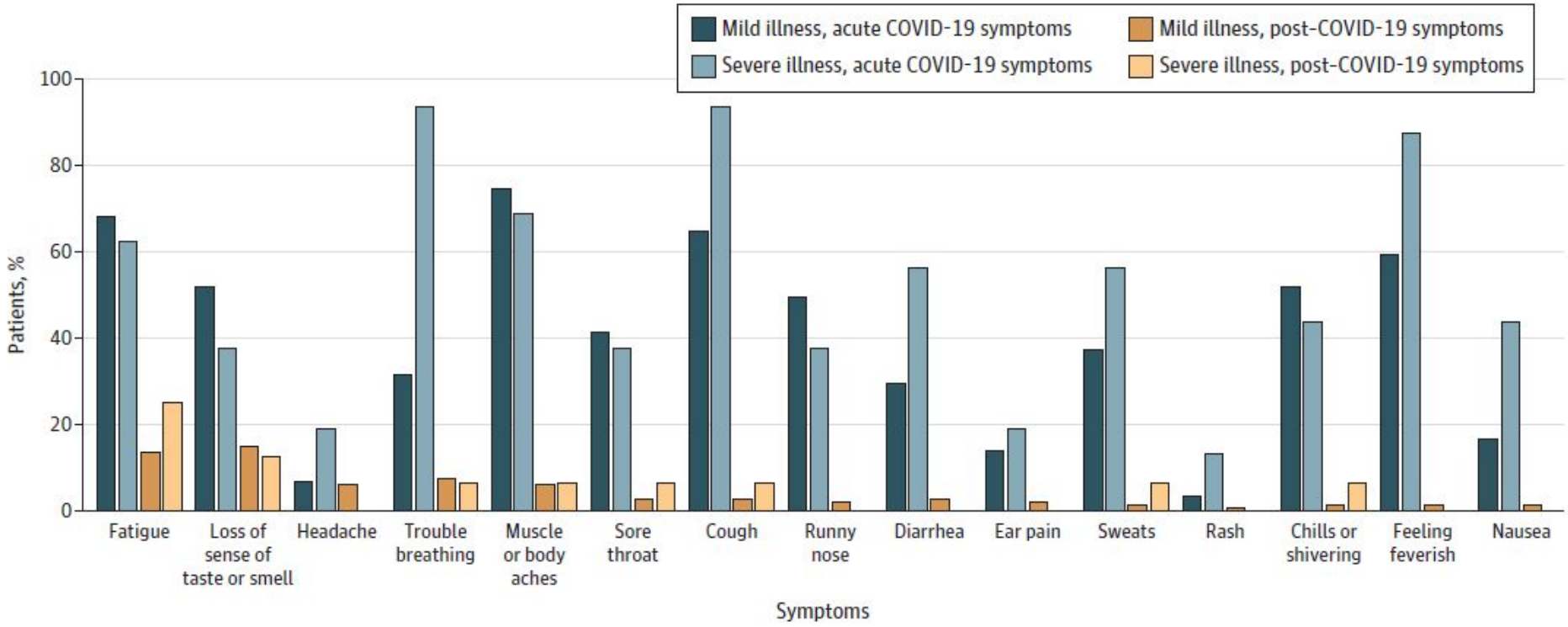
JAMA Network Open

Research Letter | Infectious Diseases

Sequelae in Adults at 6 Months After COVID-19 Infection

Jennifer K. Logue, BS; Nicholas M. Franko, BS; Denise J. McCulloch, MD, MPH; Dylan McDonald, BA; Ariana Magedson, BS; Caitlin R. Wolf, BS; Helen Y. Chu, MD, MPH

B Percentage of participants who reported COVID-19 symptoms during acute illness and at follow-up



JAMA Network Open. 2021;4(2):e210830. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.0830

COVID LONG: Prise de conscience de l'importance du problème

- **Le point sur la COVID-19 : L'OMS/Europe appelle à l'action contre le syndrome post-COVID/la « COVID longue »**

  Dr Hans Henri P. Kluge, directeur régional de l'OMS pour l'Europe (25 février 2021)

« Environ 1 patient sur dix souffrant de COVID-19 continue à éprouver des maux après 12 semaines, et cette situation se prolonge beaucoup plus longtemps chez nombre d'entre eux. »

- **Création de "Post-COVID-19 Day Hospital"**

  (Aging Clinical and Experimental Research (2020) 32:1613–1620)

- **Initiative anglaise NICE (déc 2020)**
- **…..**

Quelle est la cause du COVID long ?

- **Entité post-infectieuse ? Auto-immune ?**

  idem Post-Chikungunya, Guillain-Barré

  Clinical Microbiology and Infection 26 (2020) 1448e1449

- **Syndrome d'activation mastocytaire ?**

  International Journal of Infectious Diseases 100 (2020) 327–332

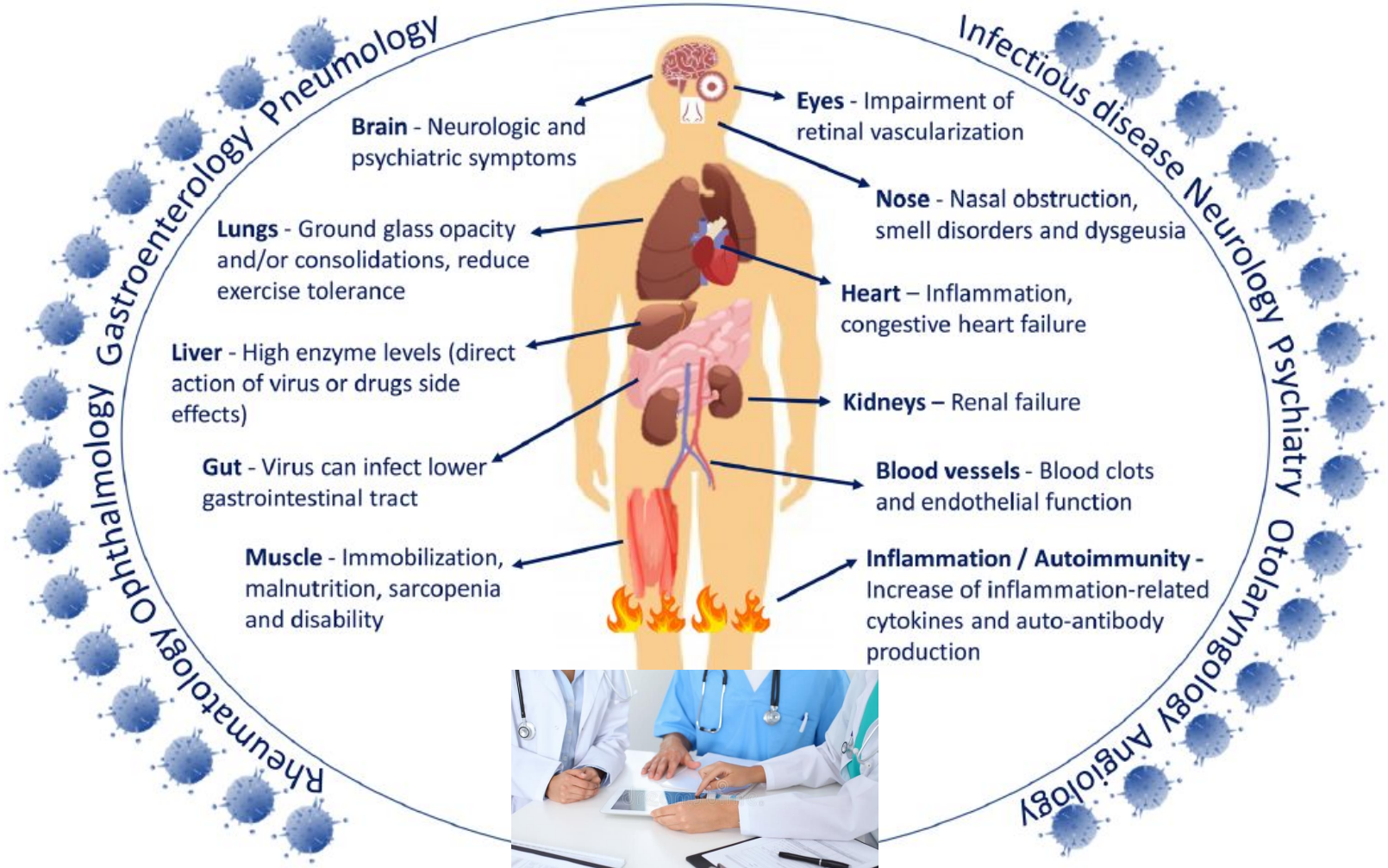
- **Persistance de particules virales (dans le tube digestif) ?**

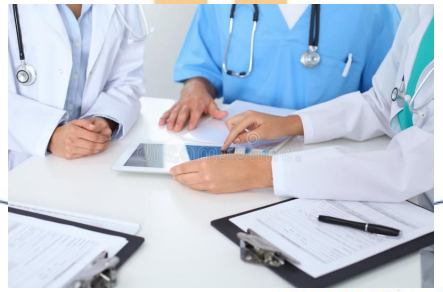
  medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.03.11.21253225

. . . Nobody knows . . .

SSMG Société Royale

Approche multi-disciplinaire ! ! !





Aging Clinical and Experimental Research (2020) 32:1613–1620

Cardiologie & Covid

Dr Marc Vincent

Société Scientifique de Médecine Générale Asbl
Rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles | +32 2 533 09 80 | www.ssmg.be

Cardiologie & Covid: vue d'ensemble

➢ COMPLICATIONS CARDIO AIGUËS DE LA COVID
+ SÉQUELLES POSSIBLES

à ne pas confondre avec les symptômes du "Covid Long"

➢ SYNDROME COVID LONG CARDIAQUE: ASPÉCIFIQUE

- douleurs thoraciques
- fatigue, dyspnée
- variations de TA et de rythme cardiaque
  < troubles neuro-végétatifs (dysautonomie)

Complications Cardiologiques de la Covid aiguë

- **Myocardial "injury":** ↗ troponine
  - non cardiaque: sepsis,...
  - non cardiaque : insuffisance cardiaque, Tako-Tsubo,..
- **Infarctus myocardique**
  - type 1 (athéro-thrombose): lien causal non démontré
  - type 2 (le + fréquent par mismatch offre/demande O2): sepsis sévère, choc, hypoxémie,...
- **Myocardite:** (très rare mais lien causal démontré) fulminante
- **Insuffisance cardiaque** (IC):
  - aggravation d'une IC préexistante ou 1er épisode de "pré-IC"
  - Covid sévères (USI)
- **Arythmies et modifications de l'ECG**
  - FA (comme dans tout état infectieux ou inflammatoire)
  - troubles du rythme ventriculaires (pas isolément)
  - BBDC et BBGC transitoire ou définitif)

Diagnostic cardiaque Covid aiguë

- ECG et troponine chez tous les patients hospitalisés
- si tropo (+) et/ou douleur thoracique et/ou modif. ECG

  → **NSTEMI/STEMI**? **Myocardite**? **Tako-Tsubo?**
- si tropo (+) et/ou signes d'IC

  → **IC**? **Myocardite**? **Tako-Tsubo?**

BNP, écho cardiaque, IRM,...

A retenir:

- troponine (+) = atteinte myocardique dont l'origine n'est pas toujours démontrable mais a une valeur pronostique
- les complications cardiaques aiguës échappent rarement au diagnostic à l'hôpital

Cardiologie + Long Covid: arbre décisionnel (Fatigue, Dyspnée et Douleurs thoraciques)

La survenue ou la persistance de **douleurs thoraciques**, de **fatigue** et/ou de **dyspnée** après 12 semaines sont fréquentes mais doivent être évaluées comme pour un patient non-Covid:

- Anamnèse, ECG, écho, ECG d'effort, Holter, BNP, tropo,...
- Examen pneumologique

→ ? pathologie cardio/pneumo indépendante du Covid

→ ? pathologie liée à une complication a priori connue surtout si le patient a été hospitalisé (a fortiori à l'USI)

→ ? syndrome Long Covid par exclusion

Cardiologie + Long Covid: arbre décisionnel (dysautonomie et arythmies)

1. Palpitations ⟶ à documenter par ECG-Holter
   a. tachycardie sinusale et ES < dysfonction neuro-végétative
   b. FA
2. HTA (parfois de novo) ⟶ à documenter par monitoring TA
3. Lipothymies, orthostatisme, syncope
   a. exclure pathologie cardiaque (arythmie, trouble de conduction,...)
   b. la dysfonction autonome recouvre plusieurs entités cliniques: hypotension orthostatique, tachycardie posturale, syncope vasovagale réflexe, tachycardie inappropriée
   c. R/ rassurer, expliquer, H20/sel, (fludro-cortisone et effortil)

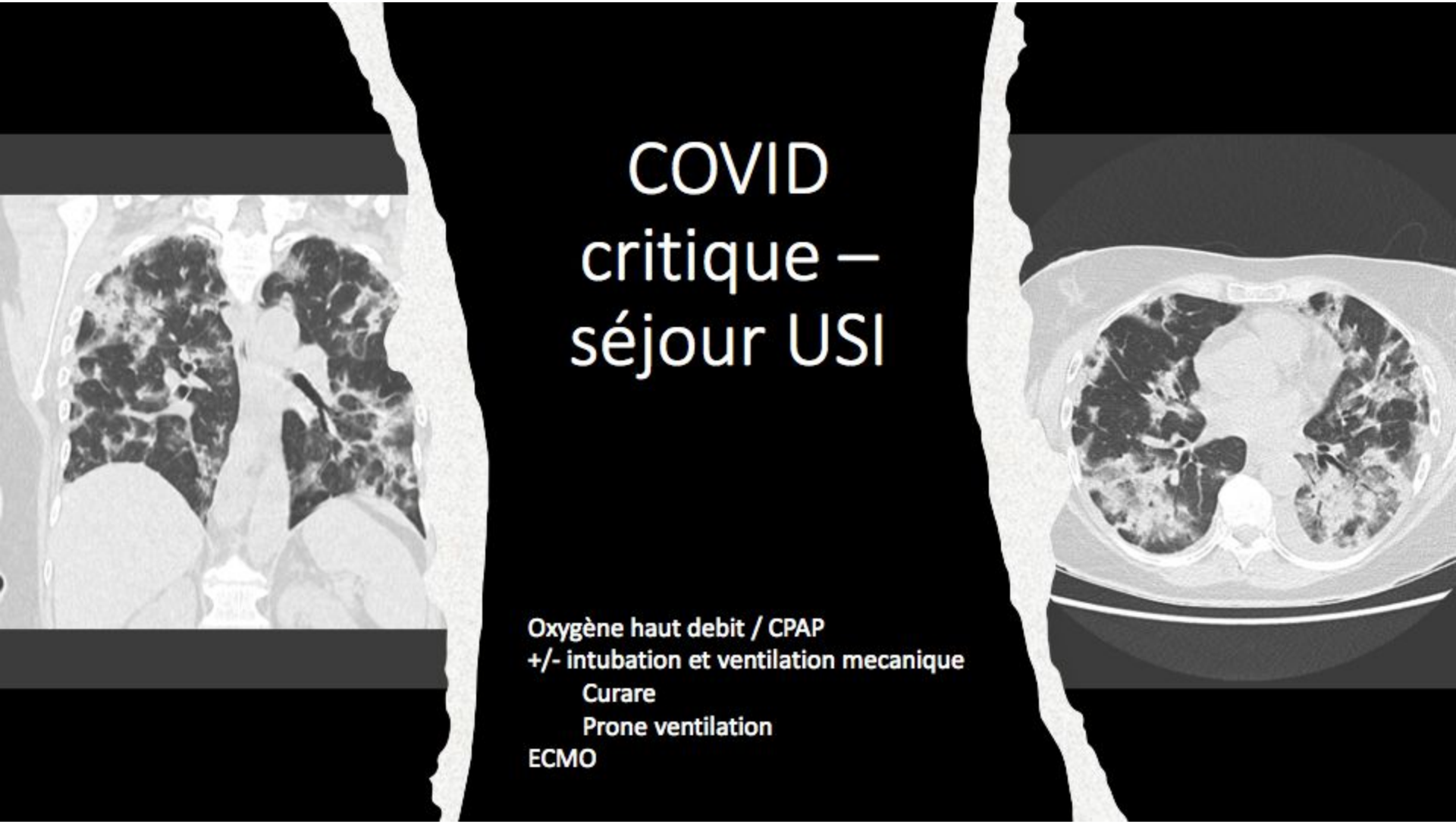
Pneumologie & Covid

Dr Marie Bruyneel

Société Scientifique de Médecine Générale Asbl
Rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles | +32 2 533 09 80 | www.ssmg.be

Symptomes pulmonaires en post-COVID

- COVID sévère-critique
  - Séquelles vraies – dyspnée a l'avant plan
- COVID léger à modéré
  - Persistance de toux, dyspnée: hyperréactivité bronchique ?
  - Persistance de dyspnée: embolie pulmonaire? COVID long? Hyperventilation? Déconditionnement?


COVID
critique –
séjour USI
Oxygène haut debit / CPAP
+/- intubation et ventilation mecanique
Curare
Prone ventilation
ECMO

Résultats sur la Série CHU St Pierre (1ère vague COVID 2020)

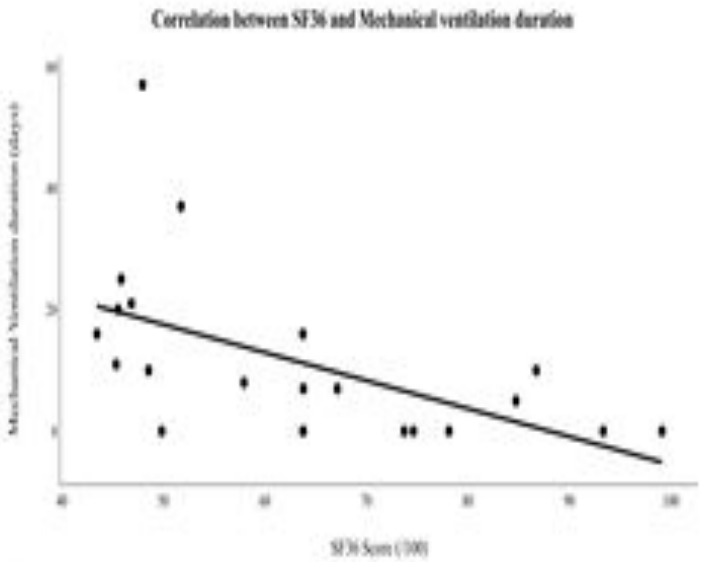
- 63 admis à l'USI
  - 23 décès (37%)
- 22/33 patients ARDS inclus
  - 73% d'hommes, 50% obeses, 45% HTA, 27% diabete
- Durée Moyenne de séjour USI: 21 jours
  - 64% intubés
  - 9% ECMO
- CT thorax a l'admission:
  - En moyenne 17 segments/20 touchés, verre dépoli

Truffaut L, Demey L, Bruyneel AV, Roman A, Alard S, De Vos N, Bruyneel M. Respir Res. 2021

Résultats sur la Série CHU St Pierre (1ère vague COVID 2020)

- Evaluation apres 3 mois
  - Fonction respiratoire: 55% anormales
    - restriction +/- diminution de la diffusion
  - Forces musculaires: diminuées chez 43%
  - Test de marche de 6 min: 59% anormal,
    - dont 30% : desaturation
  - Dyspnée: Moyenne MMRC a 0.7
  - Qualité de vie (SF-36): reduite,

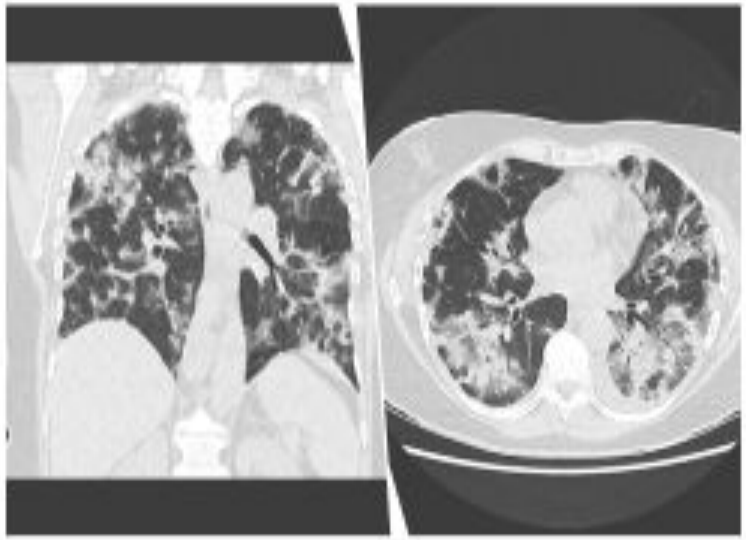
  et proportionnelle a la durée de la ventilation mecanique



Résultats sur la Série CHU St Pierre (1ère vague COVID 2020)

- CT Thorax : 3/22 sont normalisés, les autres sont pathologiques mais on passe de 17 à 8 segments atteints, et les lesions de verre dépoli se transforment en fibrose

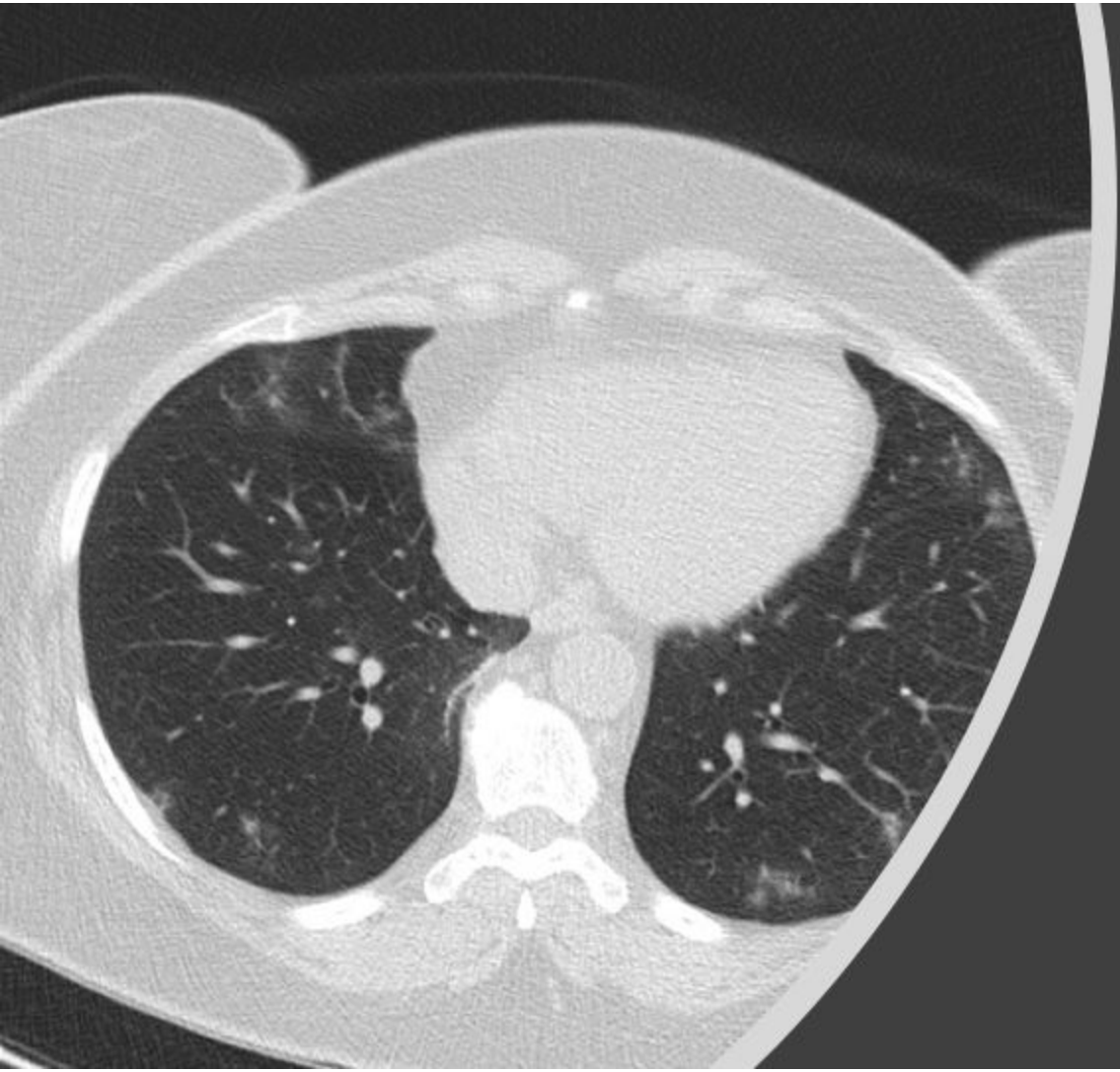
Amelioration attendue des séquelles avec le temps



3 mois:
Séquelles
majeures

admission

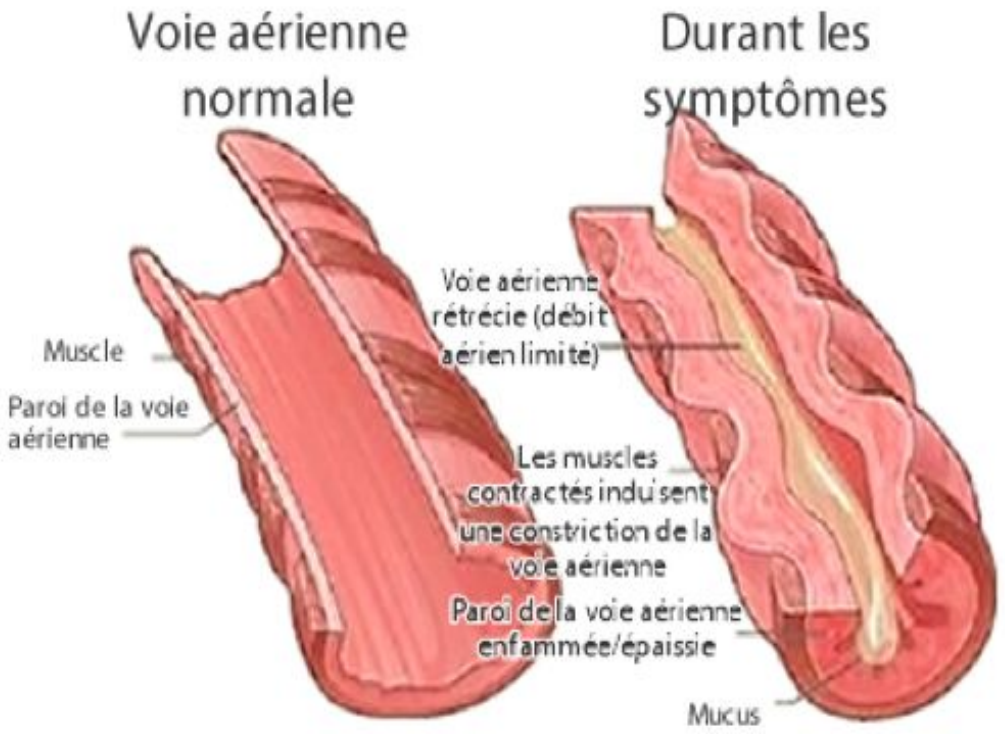
3 mois:
Séquelles
minimes



COVID léger à modéré

Hyperréactivité bronchique

- Persistance de toux, dyspnée
  - Toux subaigue 4-8 sem, toux chronique > 8 sem (7-16 %)
- Diagnostic: test de provocation a la metacholine
- Traitement: bronchodilatateurs + corticoïdes inhalés, 1-3 mois
- Peut révéler un asthme latent



Embolie pulmonaire

Apparition généralement précoce, à la phase inflammatoire (7-14 j apres le début des symptômes)

Peut passer inaperçu

Symptomes: dyspnée, hypoxémie

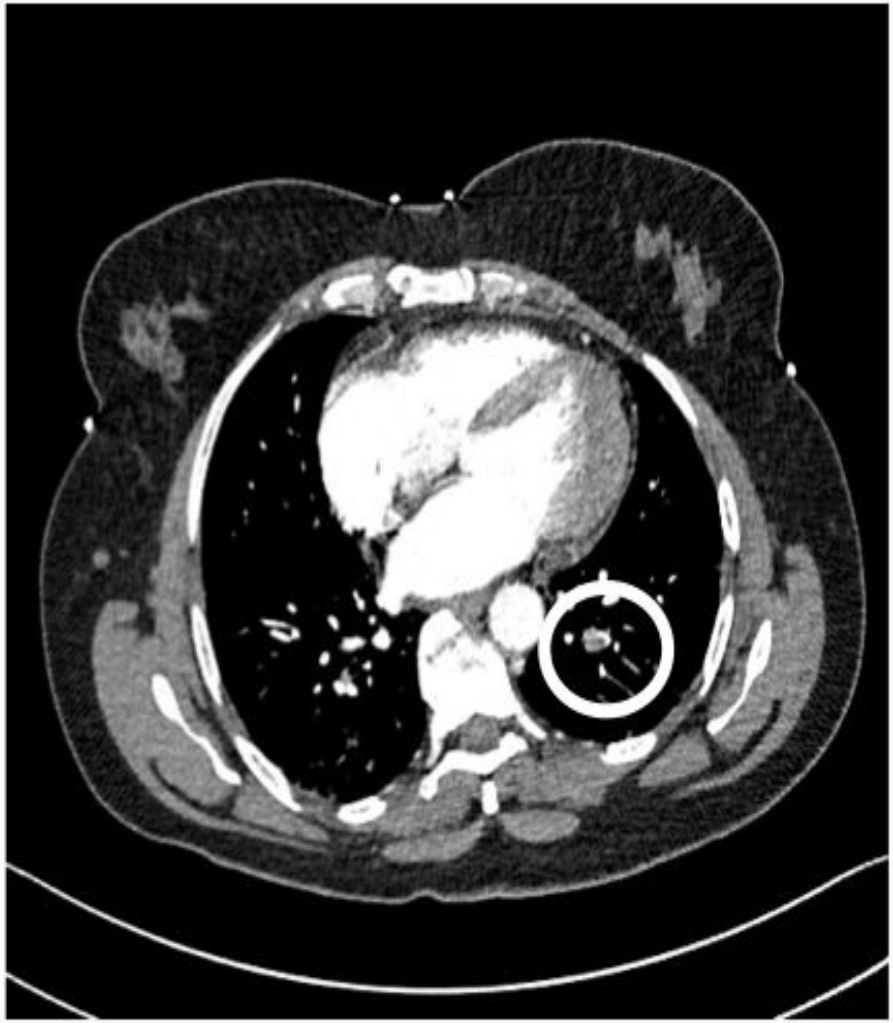
Se méfier si les symptomes COVID disparaissent complètement puis qu'une dyspnée isolée réapparait

Diagnostic: D-dimeres, angioCT pulmonaire ou scintigraphie V/P pulmonaire

Traitement-hospitalisation selon les critères de gravité (score PESI)

Traitement ambulatoire possible

Interêt majeur de la prophylaxie en phase aigue du COVID



COVID long

- Plaintes persistantes de dyspnée et de fatigue –la dyspnée n'a jamais disparu en post-COVID
- Prevalence dyspnée 42-66% a 60-100j
- Epreuves fonctionnelles respiratoires normales
- CT thorax normal
- Epreuve d'effort, soit:
  - Normales, mais avec un niveau de dyspnée très important en fin d'effort (Borg > 8/10)
  - Hyperventilation
  - déconditionnement

Nalbandian A. Nat Med 2021

L'Hyperventilation

Hyperventilation a l'effort entraine:

- vertiges
- dyspnée
- palpitations

qui limitent la capacité d'effort

Physiopathologie: stimulation d'un ou plusieurs mécanorécepteurs intrathoraciques (?)

Dépistage: questionnaire de Nijmegen >23/64 suggère un SHV (sens 91%, spec 95%)

Traitement: kiné respiratoire

Motinjunaite J Front Physiol 2020

Prescription kiné

- Pas de reconnaissance mutuelle actuellement
  => 18 séances/année civile

- Sauf séjour usi = 60 séances pdt 1 an

- Prise en charge pluridisciplinaire:
  - Unité de revalidation? (proximité, disponibilité, suivi personnalisé ?)

  - Kiné en cabinet + autres acteurs (aide familiale, psychologue, diététicien(ne))

Louise MATHIEU

Diagnostic kiné

A faire au début, au milieu et en fin de prise en charge

- Test du 1’ lever de chaise
- Test du stepper 6’
- Test d’endurance à 70% PMT

réalisable facilement en cabinet

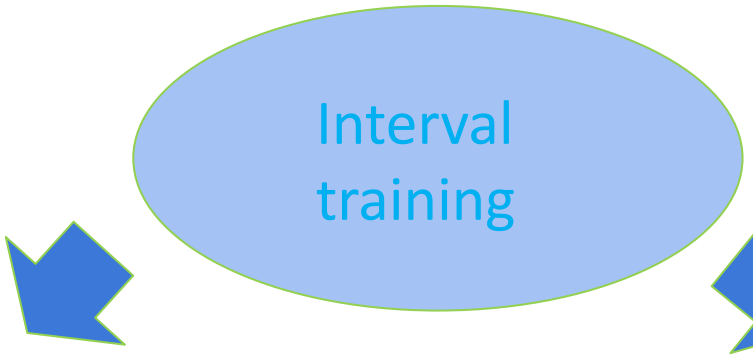
- Épreuve d'effort si possible

Définir des objectifs réalisables et quantifiables avec le patient

O.Le Rouzic E.Monge F.Bart B.Wallaert J.M.Grosbois.Validation du test stepper de 6 minutes en réhabilitation respiratoire.Revue des Maladies Respiratoires. Volume 29, Supplement 1, January 2012, Page A172

A.Chambellan T.Vaidya L.Nourry H.Ouksel A.Vincent.Intérêt du test de levers de chaise sur 1 minute (TLC1) en réhabilitation respiratoire (RR).Revue des Maladies Respiratoires Volume 33, Supplement, January 2016, Page A224

Revalidation cardio-respiratoire



Entrainement en force (electrothérapie, poids, élastiques...)

Entrainement aérobie (vélo, marche, course à pied, piscine...)

Intérêt du monitoring de la SpO2 par le patient à domicile?

- Le patient doit avoir un apport alimentaire adéquat. (diététicien(ne))
- Echelle de Borg ⇒ avant, pendant et en fin de chaque séance.

Barker-Davies RM, O'Sullivan O, Senaratne KPP, Baker P, Cranley M, Dharm-Datta S, et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. Br J Sports Med 2020;54(16):949-59.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge

Louise MATHIEU

Gestion de la toux

- Hydratation
- Techniques de désencombrement si toux productive
- Travail des volumes et débits au spiromètre.

https://www.google.be/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.muco.be%2Ffr%2Fcest-quoi-la-muco%2Ftraitement%2Fkinesitherapie%2F&psig=AOvVaw1328LrTZ-MJx7x-jhQWdsM&ust=1618910509935000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCJioheX9ifACFQAAAAAdAAAAABAH

https://www.google.be/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fhenrotech.be%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Ffield%2Fimage%2FAerobika.jpg&imgrefurl=https%3A%2F%2Fhenrotech.be%2Fen%2Fproduct%2Faerobika-opep&tbnid=cxyBfr78uaX0OM&vet=12ahUKEwiE1J62_onwAhU7yLsIHYYDCCwQMygAegUIARDBAQ..i&docid=Oa-_Diq1LbuArM&w=2782&h=2511&q=aerobika&hl=en&ved=2ahUKEwiE1J62_onwAhU7yLsIHYYDCCwQMygAegUIARDBAQ

Louise MATHIEU

Aspects ORL - dermato et autres

Dr Lawrence Cuvelier

Société Scientifique de Médecine Générale Asbl
Rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles | +32 2 533 09 80 | www.ssmg.be

ORL

Odorat (hyposmie, parosmie, dysgueusie)	Anosmie complète persistante, sensation nez bouché	Vestibulaire, perte d'audition, accouphène
• Reconnaissance entre (thé/café; 2 fruits;2 légumes;2 viandes; CHOCOLAT) • EVA< 5/10 rééducation sinon IRM olfactive et spécialistes	• Recherche d'autres causes (tumeur,epsitaxis, atteinte unilatérale,polypose, allergie) • Olfactométrie traitement allergie rééducation	• Diapason, éliminer faux vertige, otoscopie • Auditif=> audiogramme en urgence • Vertiges simples avis ORL,si vertige + surdité urgence

dermatologie

- Symptômes dermatologiques apparaissent après 64 % de Covid aigu
  - Taux de latence après symptômes respiratoires d'environ 8 jours
  - Seul 3 % des patients présentent un rash 6 mois après
  - Plaintes prédominantes est la perte de cheveux 20 % des patients

Différentes manifestations cutanées

- exanthèmes morbilliformes ou roséoliformes (3),
- éruptions maculo-papuleuses du visage, des urticaires généralisées (4, 5),
- des éruptions à type de varicelle (6, 7)
- , érythèmes polymorphes et des éruptions purpuriques (8) ont été rapportés via la littérature scientifique (9) et sur les réseaux sociaux (10)
- Les engelures décrites semblent plus dûs à des facteurs environementaux

Différentes manifestations cutanées associées au COVID-19 : Exanthème maculeux ou maculo-papuleux (A Hunt M et al 10.5811/cpcem.2020.3.47349 -B). Urticaire (C). Erythème polymorphe (D). Eruption à type de varicelle (E-F).

Fatigue post-covid symptômes

- Effort physique ou intellectuel, parfois minime
- Troubles du sommeil : insomnie, micro-réveils, hypersomnie, sommeil non réparateur
- Facteurs hormonaux : menstruations
- Stress, anxiété, dépression
- Facteurs nutritionnels, écarts alimentaires
- Autres facteurs déclenchants propres à chaque patient

Fatigue post-covid démarche clinique

démarche

- Anamnèse longue et empathique
- Examen clinique (en général normal)

exclure

- Dépression et anxiété
- Troubles digestifs et allergiques
- Biologie standard

évaluer

- Score de fatigue (échelle de chalder)

Fatigue Conduite à tenir

Fatigue post-covid conduite à tenir

- Prévention de la fatigue
  - Identification des capacités physiques, émotionnelles, cognitives
  - Identifications des seuils parfois très bas
- Amélioration des seuils
  - Kiné de réadaptation douce
  - Soutien psychologique

Dr Lawrence Cuvelier

Pédiatrie multisystem inflammatory syndrome in Childreren (MICS)

- Patient < 21 ans
- Fièvre, marqueurs inflammatoires élevés
- dysfonction multi-organe
- Sras récent

MICS C (2)

- Kawasaki classique (< 5 ans surtout origine asiatique)
- Kawasaki SRAS (> 7 ans origine africaine ou hispanique)
- Complication neurologique (céphalée, cognition, encéphalopathie, atteintes nerfs crâniens, AVC, réduction réflexes, faiblesse) plus fréquent que dans le Kawasaki
- Apparition un mois après la maladie ou la rencontre avec le virus

Pathologie gastro-intestinale

- Infestation fécale avec changement du microbiote(même si frottis nasal négatif=> perturbation du microbiote de même que influenza de perturber les défenses immunitaires respiratoires
  - Disparition du *faecalibacterium prausnitzii* associé à la bonne santé
  - Possibilité d'induire un IBS

endocrine

Apparition de diabète de novo des semaines ou des mois après l'apparition du SRAS-cov 2

Apparition de thyroïdite subaigüe avec thyrotoxicose dans un délai similaire

Aspect sociétal

- Incapacité de travail spécifique agueusie chez un œnologue
- Reconnaissance d'accident de travail chez les professionnels de la santé
- Travail adapté (médecine du travail)
- La plupart des cas sont du ressort de la première ligne, les soins kinés et logopédiques doivent être reconnus et remboursés dans cette situation

Manifestations neurologiques du CoVid long

Dr Aurore Girard

Société Scientifique de Médecine Générale Asbl
Rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles | +32 2 533 09 80 | www.ssmg.be

Distinction importante

Complications liées à la CoVid

- AVC
- Encéphalite / encéphalopathie
- Epilepsie
- Myélite
- Complications neuromyopathiques de la réanimation

Symptômes du CoVid long

- Céphalées
- Troubles cognitifs
- Myalgies et fatigue musculaire
- Troubles du sommeil
- Troubles de la sensibilité
- Manifestations neurovégétatives

Symptômes neurologiques

* HAS, Les manifestations neurologiques au cours des symptômes prolongés de la Covid-19, méthode réponse rapide, 10 février 2021
* Guide rapide COVID-19: gestion des effets à long terme du COVID-19, Directive NICE [NG188], 18 décembre 2020
* Carfi A, Bernabei R, Landi F, Persistent symptoms in patients after acute COVID-19

SSMG Société Royale

Prise en charge

1. Définir mode d'apparition et d'évolution des symptômes

2. Examen neurologique standard avec examen de l'appareil locomoteur, de l'appareil sensitif superficiel et profond, du champ visuel, des nerfs crâniens et du système nerveux autonome

3. Bilan spécialisé en cas d'anomalie sensitivo-motrice

Céphalées

- Céphalées de tension
- Souvent associées à d'autres symptômes

-> Prise en charge : antalgiques de palier 1

Troubles du sommeil

- Insomnies
- Fragmentation du sommeil
- Irruption de cauchemars
- Hypersomnie

-> Prise en charge :

Rassurer le patient

Prise en charge psychologique individuelle si nécessaire

Myalgies et fatigue musculaire

- Fréquent
- Evaluer degré d'incapacité quotidien

-> Prise en charge :

écoute active et empathique

Kinésithérapie - réentrainement à l'effort

Prise en charge kiné du symptôme de fatigue chronique

Gestion et priorisation des AVJs avec le patient (questionnaire de qualité de vie ?)

↓

Reprise douce à l'effort (yoga, pilate, gym douce...)

↓

Réentrainement progressif cardio-pulmonaire

Louise MATHIEU

Troubles de la sensibilité

- Survenue par bouffées imprévisibles
- Accompagnées d'une sensation de chaleur interne intense
- Durée : plusieurs 10aines de minutes
- Pas de facteur déclenchant
- Régression progressive
- Absence d'activation du SN autonome (vasodilatation, chaleur locale,...)
- Examen clinique normal

-> Prise en charge : gestion de la douleur si nécessaire

Troubles cognitifs

- Ralentissement psychique
- Manque de clarté dans la pensée
- Difficultés à retenir certains faits
- Difficultés à réussir plusieurs tâches concomitantes
- Manque du mot

-> Prise en charge :

° Evaluation par MoCA

° Exploration neuropsychologique en cas de gravité particulière ou d'atteinte persistante

Troubles cognitifs

Evaluation par Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

-> Prise en charge :

MoCA >26 : rassurer

MoCA <26 : bilan neuropsychologique / imagerie

Revalidation neuro-cognitive si symptômes persistants

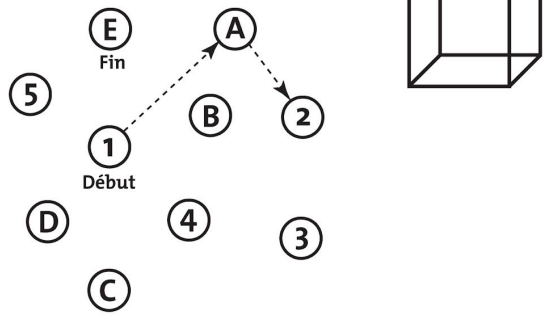
https://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Test-French_7_1.pdf

Nasreddine et al (2005).
The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Version 7.1 **FRANÇAIS**

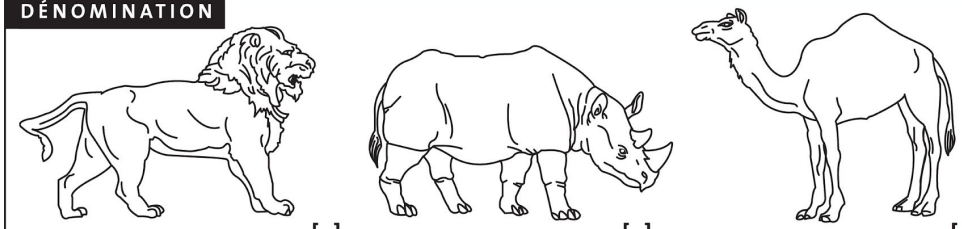
NOM : Date de naissance :
Scolarité : DATE :
Sexe :

VISUOSPATIAL / ÉXÉCUTIF — Copier le cube — Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points) — POINTS



[ ] [ ] [ ] Contour [ ] Chiffres [ ] Aiguilles __/5

DÉNOMINATION



[ ] [ ] [ ] __/3

MÉMOIRE Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.

	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE
1er essai					
2ème essai					

Pas de point

ATTENTION Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [ ] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [ ] 7 4 2 __/2

Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs
[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B __/1

Soustraire série de 7 à partir de 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65 __/3
4 ou 5 soustractions correctes : **3 pts**, 2 ou 3 correctes : **2 pts**, 1 correcte : **1 pt**, 0 correcte : **0 pt**

LANGAGE Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable . [ ] L'argument de l'avocat les a convaincus. [ ] __/2

Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [ ] ____ (N≥11 mots) __/1

ABSTRACTION Similitude entre ex : banane - orange = fruit [ ] train – bicyclette [ ] montre - règle __/2

RAPPEL

		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	
	Doit se souvenir des mots SANS INDICES	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Points pour rappel SANS INDICES seulement
Optionnel	Indice de catégorie						
	Indice choix multiples						

__/5

ORIENTATION [ ] Date [ ] Mois [ ] Année [ ] Jour [ ] Endroit [ ] Ville __/6

© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org Normal ≥ 26 / 30

TOTAL __/30
Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans

Administré par : _____

Troubles neuro-végétatifs

Vertiges lipothymies syncopes

Sueurs diurnes ou nocturnes, ou absence de transpiration

Tachy/brady-cardie ou incapacité d'effectuer un effort

Nausée, vomissement, dysphagie diarrhée ou constipation

Fuites urinaires, dysurie, trouble de l'érection

Modification de la chaleur ou coloration cutanée

-> Prise en charge symptomatique

Comment répondre aux plaintes ?

Comment mener une consultation ?

Dr Alain-François Bleeckx

Médecin généraliste

Société Scientifique de Médecine Générale Asbl

Rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles | +32 2 533 09 80 | www.ssmg.be

Sources

- HAS:

  :

  https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge

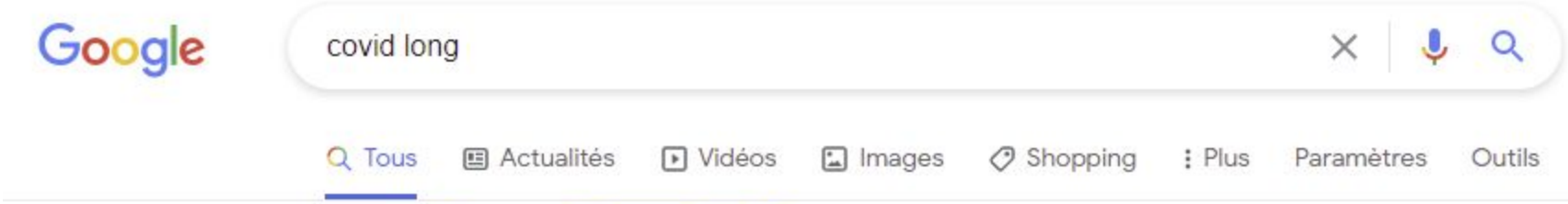
- Nice:

  https://tlhutba7yzbbbekskz5rfp6nqq-jj2cvlaia66be-www-nice-org-uk.translate.goog/guidance/ng188/chapter/8-Service-organisation

- Revue médicale suisse.
- Uptodate

  https://www.uptodate.com/contents/covid-19-evaluation-and-management-of-adults-following-acute-viral-illness?search=covid%20symptomes%20longs&source=search_result&selectedTitle=1~107&usage_type=default&display_rank=1

Sources


Google
covid long
Tous
Actualités
Vidéos
Images
Shopping
Plus
Paramètres
Outils
Environ 5 880 000 000 résultats (0,68 secondes)
À la une

Docteur, est ce fréquent ?

UpToDate®

Type, proportion et durée des symptômes persistants du COVID-19 *

Symptôme persistant ¶	Proportion de patients affectés par le symptôme	Temps approximatif de résolution des symptômes Δ
Symptômes physiques courants		
Fatigue	15 à 87% [1,2,6,9]	3 mois ou plus
Dyspnée	10 à 71% [1,2,6-9]	2 à 3 mois ou plus
Inconfort thoracique	12 à 44% [1,2]	2 à 3 mois
Toux	17 à 26% [1,2,9]	2 à 3 mois ou plus
Anosmie	13% [1,3-5,9,11]	1 mois, rarement plus
Symptômes physiques moins courants		
Douleurs articulaires, maux de tête, syndrome de sicca, rhinite, dysgueusie, manque d'appétit, étourdissements, vertiges, myalgies, insomnie, alopécie, transpiration et diarrhée	<10% [1,2,8,9,11]	Inconnu (probablement des semaines à des mois)
Psychologique et neurocognitif		
Trouble de stress post-traumatique	24% [6,10]	6 semaines à 3 mois ou plus
Dysfonctionnement de la mémoire	18% [7]	
Mauvaise concentration	16% [7]	Semaines à mois
Anxiété dépression	22% [2,7,8,10]	Semaines à mois
Réduction de la qualité de vie	> 50% [8]	Inconnu (probablement des semaines à des mois)

COVID-19: maladie à coronavirus 2019.

* Ces données sont dérivées d'une période antérieure de la pandémie; les informations sur le rétablissement des patients et les symptômes persistants évoluent et ces chiffres peuvent changer à mesure que des données à plus long terme émergent.

¶ Plus d'un tiers des patients atteints de COVID-19 présentent **plus d'un** symptôme persistant.

Δ La durée du rétablissement varie en fonction des facteurs de risque prémorbides et de la gravité de la maladie et peut être plus courte ou plus longue que celle indiquée. Les patients hospitalisés, et en particulier les patients gravement malades, sont plus susceptibles d'avoir une évolution plus prolongée que ceux atteints d'une maladie bénigne.

SSMG Société Royale

Principes de la prise en charge

---- > Bien faire la distinction entre

1. Complication tardive de la maladie (exemple : EP, myocardite).
2. Aggravation d'une co-morbidité (exemple : Bpco).
3. L'apparition d'une nouvelle maladie.(ex : anémie,pneumonie)
4. Les symptômes persistants ou récurrents : Covid long.

Principes de la prise en charge

- Une anamnèse détaillée, complétée d'éventuelles échelles.+ conception que cela existe même si Covid légers.
- Un examen clinique bien orienté, paramètres (kg,sat,pls,TA) recherche de l'orthostatisme, le test de lever de chaise 1 min. Signes de DC/EP
- La prescription parcimonieuse d'éventuels examens paracliniques.
- La capacité de travailler proactivement avec un réseau de kinés (revalidation), psychologues, aides sociales, médecins spécialistes…
- Gestion proactive des incapacités de travail (document mutuelle etc…)

Principes de la prise en charge

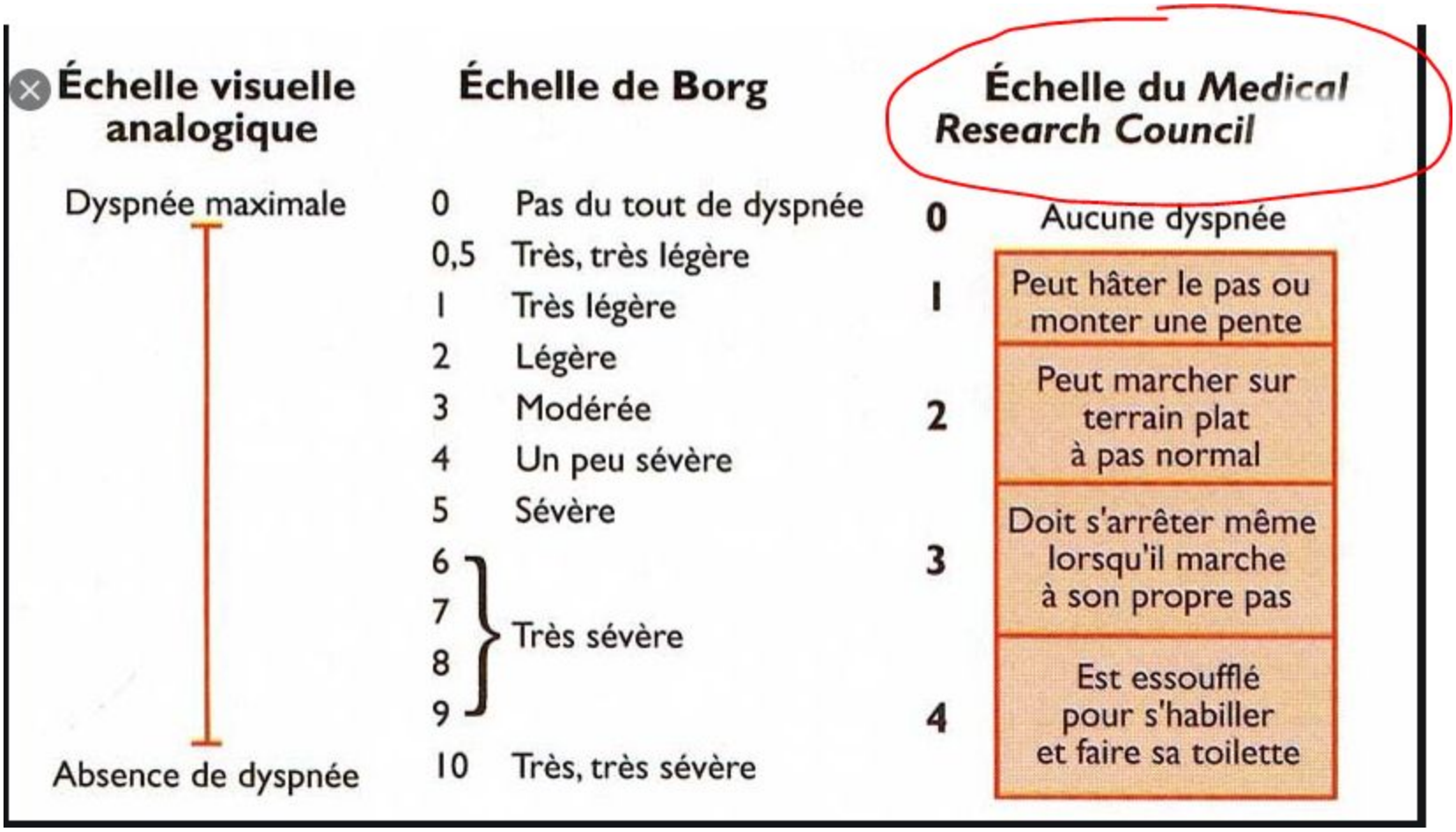
Red flag :

- Aggravation d'un symptôme.
- Apparition d'un nouveau symptôme.

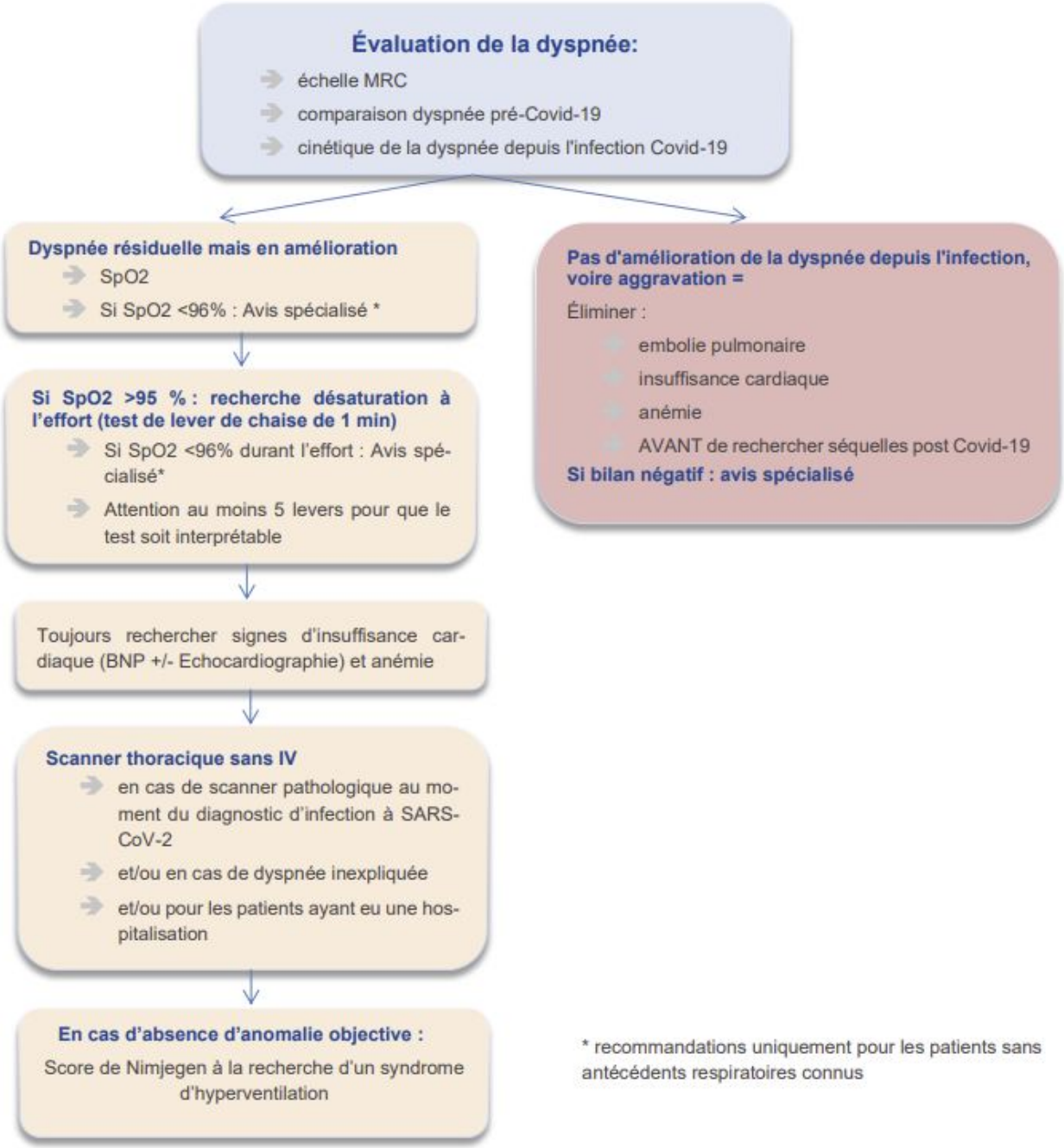
Fatigue

- Échelles multiples : MFI , BFI, Chalder, Pichot etc. : utilité pour le suivi.
- Fatigue : symptôme le plus résistant , le dernier à disparaître, up and down
- !! Exclure cause physique (anémie), dépression (échelle HAD-Montgomery-Hamilton), troubles de sommeil.
- Principe : aller à son rythme, acceptation, progressif, kiné douce. Tcc.
- PAS de médicaments PAS de vitamines

Dyspnée


Échelle visuelle analogique
Dyspnée maximale
Absence de dyspnée
Échelle de Borg
0 Pas du tout de dyspnée
0,5 Très, très légère
1 Très légère
2 Légère
3 Modérée
4 Un peu sévère
5 Sévère
6
7
8
9
Très sévère
10 Très, très sévère
Échelle du Medical Research Council
0 Aucune dyspnée
1 Peut hâter le pas ou monter une pente
2 Peut marcher sur terrain plat à pas normal
3 Doit s'arrêter même lorsqu'il marche à son propre pas
4 Est essoufflé pour s'habiller et faire sa toilette

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



* recommandations uniquement pour les patients sans antécédents respiratoires connus

Syndrome d'hyperventilation

Douleur thoracique	jamais	0
Tension nerveuse	jamais	0
Vision floue	jamais	0
Vertiges	jamais	0
Confusion ou perte de contact avec la réalité	jamais	0
Respiration rapide ou profonde	jamais	0
Essoufflement	jamais	0
Serrement dans la poitrine	jamais	0
Ballonnement de l'estomac	jamais	0
Fourmillements dans les doigts	jamais	0
Difficulté à respirer profondément	jamais	0
Raideur ou crampes dans les mains et doigts	jamais	0
Contraction de la bouche	jamais	0
Mains ou pieds froids	jamais	0
Palpitations dans la poitrine	jamais	0
Anxiété	jamais	0
	TOTAL	0
Syndrome d'hyperventilation	IMPROBABLE	

REVUE MÉDICALE SUISSE

Questionnaire NIJMEGEN pour prédire la probabilité de syndrome d'hyperventilation

Urgence, 1er recours, Spécialiste

★☆☆

★★★ Excellente qualité
★★☆ Qualité intermédiaire
★☆☆ A le mérite d'exister
● Facteurs cliniques / Facteurs de risque

Questionnaire mis au point par vanDoom et al, étudié chez 75 patients avec d'hyperventilation et 80 contrôles. Seuil =23 points et plus pour le diagnostic d'hyperventilation SE 91% et SP 95%. Précision 93%. Problème de l'étalon or pour ce syndrome ?

van Dixhoorn J et al Efficacy of Nijmegen Questionnaire in recognition of the hyperventilation syndrome. J Psychom Res 1985; 29: 199.

Syndrome d'hyperventilation

1. Confirmation du diagnostic : test de provocation- Test à l'effort.

2. Prise en charge : Kiné spécialisée.

Gestion du syndrome d'hyperventilation

Respiration diaphragmatique guidée

Conscientisation et contrôle de la ventilation à l'effort

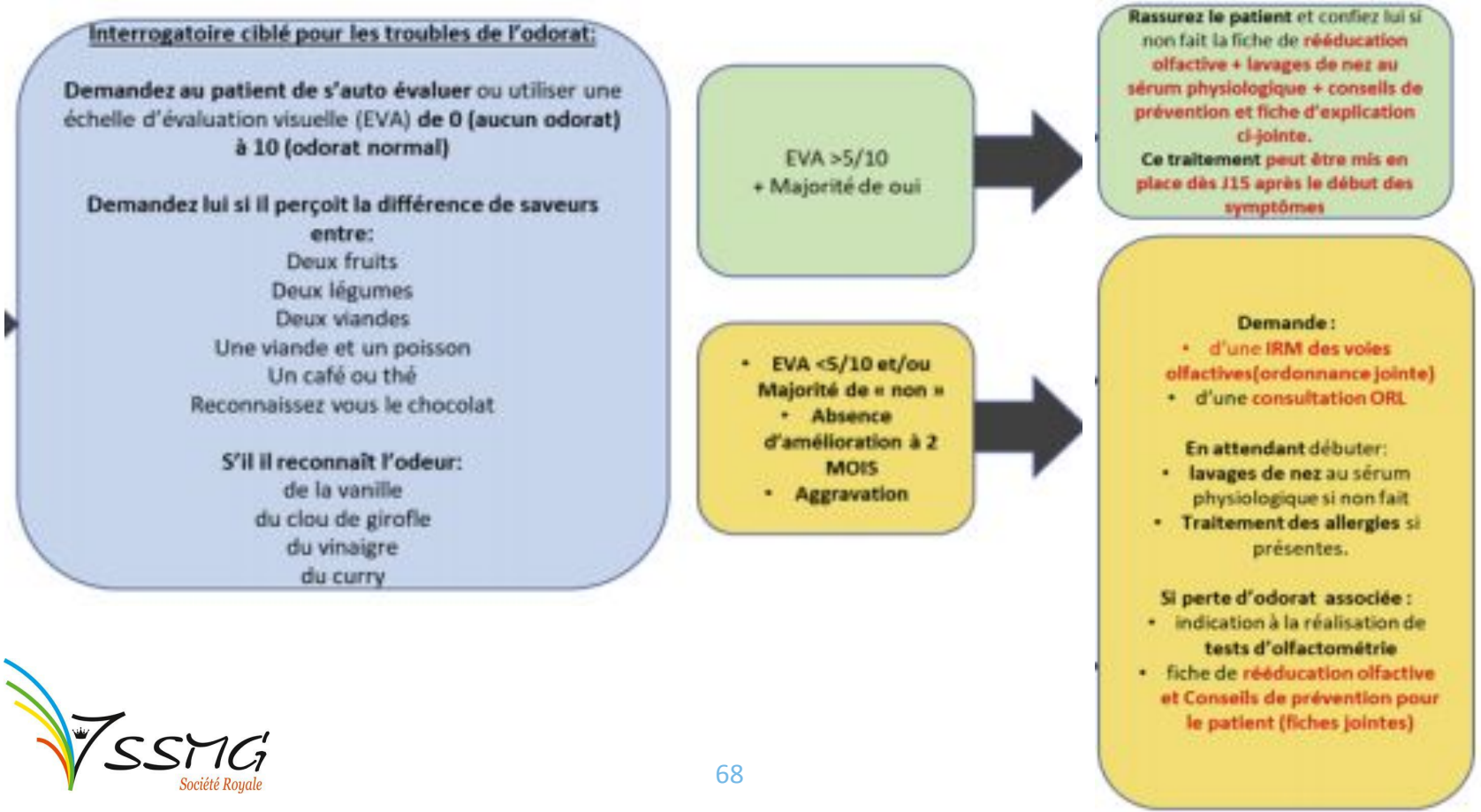
Techniques de relaxation ou sophrologie

Apprentissage des positions soulageant la dyspnée

Sauty A, Prosper M. Le syndrome d'hyperventilation. Rev Med Suisse 2008;4(180):2500-5

Troubles du goût

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Anosmie -Dysgueusie

Aspects psychologiques

Marianne ROTSAERT, PhD

Société Scientifique de Médecine Générale Asbl
Rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles | +32 2 533 09 80 | www.ssmg.be

Impact psychologique?

→ Crise santé mentale : augmentation *stress* et *anxiété*

Pourquoi ?

- Pas de solution radicale
- Perte anciens repères
- Peu ou pas de contacts sociaux
- Comment apaiser propre stress?
- Informations contradictoires: confusion + augmentation stress et sentiment d'inutilité

Spécificités psychologiques des patients COVID longue durée

- Etat psychologique fragilisé
- Besoin de ***validation*** des symptômes
- Difficulté d'identification de symptômes communs
- Manque de reconnaissance (entourage, milieu professionnel, monde médical)
- Evolution incertaine de la symptomatologie

- Patients covid long/covid léger?
- Impact persistance symptômes « légers » sur qualité de vie?
- Impression d'« abandon » par le monde médical

Rôle du médecin généraliste?

- MG = soignant « le plus offrant »
- Pas d'aide spécialisée
- Proximité de MG permet identification rapide des patients à risque →psychologue

= Situation unique : les patients deviennent les "experts", les soignants les "apprentis"

MG : quand référer vers un psychologue ?

Discours dépressif ou anxio-dépressif du patient :

- troubles de l'humeur
- altération du sommeil/de l'appétit
- perte d'intérêt
- troubles de la concentration
- diminution estime de soi
- sentiment de culpabilité

Diagnostic différentiel?

SSMG Société Royale

Prise en charge psychologique?

Intégrée à la prise en charge médicale pour:

- amélioration adhérence suivi médical
- plus grand impact de la prise en charge

1. Groupes de parole :

- Lieu de partage rassurant
- Groupes se forment spontanément en ligne
- Dangers de comparaison entre patients
- Encourager l'écoute entre participants

2. Thérapie individuelle :

- Entendre la plainte = renarcissiser le patient
- Rappeler ressources personnelles
- Résilience - « fins heureuses »
- Travailler l'incertitude
- Image de soi ?
- Suivi du parcours - « objectiver » l'évolution positive
- Etablir objectifs peu ambitieux à court terme

L'approche psychologique:

- se centrer sur l'expérience *unique et individuelle*
- appliquer méthodes qui ont fait leurs preuves
- réinstaurer confiance en soi et dans son corps:
  techniques de relaxation, conseils d'hygiène de vie, exercices mémoire, …

Travail en réseau :

- Encourager travail de « revalidation » **en réseau** : MG + kiné, pneumo, cardio, psycho, ...
- Eviter sentiment de morcèlement devant une situation médicale à évolution incertaine où le patient se sent incompris et seul.

Société Scientifique de Médecine Générale Asbl
Rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles | +32 2 533 09 80 | www.ssmg.be