

FICHE

Réponses rapides dans le cadre du COVID-19

Symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 de l'enfant et de l'adolescent

Validée par le Collège le 17 mars 2022

Si les enfants infectés par le SARS-CoV-2 développent généralement une maladie bénigne ou sont asymptomatiques, des symptômes prolongés de la Covid-19 ont été décrits chez les adolescents et plus rarement chez les enfants avec une fréquence moins grande que chez l'adulte. Cependant, le diagnostic et la prise en charge précoce des enfants présentant des symptômes prolongés est indispensable.

Fréquence des symptômes prolongés de la Covid-19 chez l'enfant et l'adolescent

Comme celles concernant les adultes, les études pédiatriques disponibles comportent des biais méthodologiques. Elles sont hétérogènes quant au délai après le début de l'infection, la durée du suivi et surtout la méthode de recueil des données (self reports, parents reports, consultations médicales, etc.). Une méta-analyse (1) de 14 études internationales portant au total sur 19 426 enfants et adolescents ayant signalé des symptômes persistants de la Covid-19, montre que :

- la fréquence semble bien moins importante que chez les adultes (2-5 % pour les études avec un groupe contrôle, âges médians de 11 ans à 17 ans) ;
- certains symptômes (en général plus rapidement résolutifs que chez l'adulte) sont des motifs fréquents de consultation dans la population pédiatrique, en dehors de toute infection par le SARS-Cov-2.

Une autre méta-analyse suggère que la plupart des symptômes persistants sont aussi fréquents dans le groupe contrôle que dans le groupe infecté par le SARS-CoV-2 (2). De plus, lorsque des différences existent, elles sont modérées et concernent : des difficultés cognitives : 3 % (IC95 % : 1-4), des céphalées : 5 %, (IC95 % : 1-8), une anosmie : 8 %, (IC95 % : 2-15), une odynophagie : 2 % (IC95 % : 1-2) et une gêne oculaire : 2 % (IC95 % : 1-3).

Une étude anglaise récente montre que 1,0 % des élèves des écoles primaires et 2,7 % des adolescents ont répondu aux critères de symptômes persistants au moins 12 semaines (3). Elle relève par ailleurs une prévalence de 16 % pour l'anosmie/agueusie chez les adolescents avec symptômes persistants (3). Il existe peu de données sur des symptômes post-infectieux persistants plus de 12 semaines (4). Une étude nationale danoise rapporte que ces symptômes ont disparu chez la plupart des patients 1 à 5 mois après l'infection (5).

Les études sans groupe contrôle avancent des chiffres plus élevés. (1)(2)(6) En l'état actuel des connaissances, les données de prévalence doivent être interprétées avec prudence. (7)

Enfin, il reste complexe de distinguer les symptômes prolongés de la Covid-19 de ceux indirects de la pandémie, attribuables à la fermeture des classes, l'isolement, le manque de contacts sociaux, aux deuils et informations anxiogènes ou encore à la difficulté de faire du sport et d'avoir des loisirs.

Il convient de ne pas attribuer d'emblée ces symptômes complexes et inexpliqués à une cause fonctionnelle ou psychologique.

Repérage des enfants susceptibles d'être atteints de manifestations prolongées de la Covid-19

Les signes d'appel sont multiples et souvent associés : fatigue (parfois importante, pouvant confiner à l'épuisement), maux de tête, troubles du sommeil, difficultés de concentration, arthromyalgies, douleurs abdominales, intolérance à l'effort, malaises post-effort, tachycardie orthostatique, vertiges, douleurs thoraciques, troubles de la déglutition, perte de poids, anosmie-agueusie persistante et signes respiratoires (toux prolongée, dyspnée...) (6).

Les symptômes sont souvent intriqués et peuvent impacter la vie quotidienne de l'enfant (diminution des activités habituelles, décrochage et/ou absentéisme scolaire).

Le diagnostic peut être évoqué comme pour l'adulte avant trois mois, y compris après une primo-infection documentée ou probable.

Ces tableaux cliniques sont très différents du syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique (PIMS)¹ [ou *Multisystem inflammatory syndrome in children* (MIS-C)] qui se manifeste le plus souvent par une fièvre élevée associée à une altération et marquée de l'état général ainsi que des signes digestifs et qui nécessite une prise en charge hospitalière urgente. Certains enfants atteints de PIMS peuvent présenter aussi des symptômes prolongés post COVID-19.

Démarche diagnostique : éliminer les diagnostics différentiels et amorcer la prise en charge

Devant un enfant ou plus souvent un adolescent qui présente des symptômes impactant sa vie quotidienne et celle de sa famille au-delà d'un mois après une Covid-19, il faut avant tout adopter une démarche pragmatique qui comportera : une anamnèse détaillée (essentielle, car elle permet de retracer l'historique des symptômes) et un examen clinique de l'enfant (qui est souvent normal et contraste avec la gêne rapportée par la famille ou l'enfant/adolescent lui-même). La majorité des enfants évolue favorablement sur un temps court (moins de 3 mois), toutefois pour d'autres, le temps de récupération peut être plus long et des rechutes sont possibles. Cependant, un bilan complémentaire pourra être pratiqué dans un second temps (cf. **Encadré 1**) :

- si les symptômes n'évoluent pas vers l'amélioration voire la disparition en moins de 4 semaines ;
- si leur retentissement sur la vie quotidienne est important ;
- ou en cas d'anomalie détectée lors de l'anamnèse et de l'examen clinique.

¹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3276724/fr/reperage-et-prise-en-charge-du-syndrome-inflammatoire-multi-systemique-pediatrique-pims-post-infectieux

L'objectif de ce bilan est d'éliminer une complication rare liée à l'infection au SARS-CoV-2 (myocardite, péricardite, PIMS ou MIS-C...) ou de dépister une maladie intercurrente (maladie auto-immune, maladie inflammatoire, pathologie thyroïdienne, diabète ...).

Une prise en charge globale précoce et souvent multidisciplinaire

Même si les enfants, plus souvent des adolescents, ne sont pas nombreux à souffrir de symptômes prolongés, il est indispensable de les prendre en charge efficacement afin de minimiser le retentissement sur leur vie quotidienne et celle de leur famille. Il est important de ne pas rejeter ou délégitimer les vécus et les ressentis du patient et de sa famille ce qui est souvent vécu douloureusement par le patient et les parents, et retarde l'établissement d'une prise en charge optimale. Il est préférable de nommer le tableau clinique (« symptômes prolongés de la COVID-19 »). Il faut rassurer l'enfant et les parents sur le fait qu'une prise en charge pluridisciplinaire et un bon suivi donnent des chances de récupération rapide à leur enfant. Le médecin traitant doit rester au centre de cette prise en charge et peut avoir recours si nécessaire à des spécialistes et autres professionnels de santé. Les soins peuvent être associés à une prise en charge rééducative adaptée selon le besoin de l'enfant (respiratoire, olfactive, orthophonique, à l'effort...). Un soutien psychologique peut s'avérer nécessaire. L'alliance thérapeutique avec la famille et l'enfant est la clé de la réussite.

Le médecin doit s'engager dans la relation et coordonner le suivi holistique qui comporte 5 axes :

- ➔ 1. Définir des objectifs propres à chaque patient selon ses capacités en s'intéressant aux différents domaines de sa vie quotidienne : scolaire, social, loisirs, pairs, sport, activité physique, vie familiale.
- ➔ 2. Réguler ses différentes activités en s'appuyant sur :
 - Une bonne gestion du rythme de l'activité et du repos, avec si possible de la rééducation à l'effort, douce dans les limites de capacité de l'enfant ou de l'adolescent, en respectant ses besoins de repos, avec une augmentation progressive selon l'état du patient, sans programme de progression imposé mais en tenant toujours compte des seuils de capacité. Il ne faut pas hésiter à s'aider de la kinésithérapie et de méthodes de gestion du rythme tels que fractionner les activités. La rééducation ne doit pas déclencher d'exacerbation des symptômes post-effort.
 - La régulation du sommeil (heures fixes y compris durant les vacances, temps de lumière du jour, limitation du temps d'écran...) avec respect des besoins de repos, qui peuvent être très importants notamment au début (hypersomnie, siestes). Régulation également de l'alimentation (horaires réguliers, alimentation pouvant être parfois fractionnée avec collation).
- ➔ 3. Soutenir l'enfant et sa famille : l'écoute du médecin traitant, sa bienveillance, peuvent être suffisants. La compréhension des ressentis du malade et de sa famille est fondamentale. Le soutien psychologique peut être nécessaire en raison du stress généré par les symptômes et leur retentissement sur la vie quotidienne. Il est fortement conseillé quand il y a des facteurs prédisposants (vulnérabilités somatiques et psychiques), Les méthodes de gestion du stress peuvent être utiles.
- ➔ 4. Limiter l'impact social avec une adaptation souple et évolutive de la vie quotidienne, et parfois un aménagement du temps scolaire et de l'activité physique peut être conseillé pendant une période, avec si nécessaire l'établissement d'un Protocole d'Accueil Individualisé en relation avec le service de médecine scolaire.

- 5. Enfin, des traitements médicamenteux peuvent être utiles en fonction des symptômes (aucun traitement symptomatique n'est contre indiqué ; à noter qu'un traitement psychotrope ne doit être prescrit qu'en collaboration avec un pédopsychiatre).

Les objectifs fixés avec l'enfant et sa famille doivent évoluer progressivement. Il faut maintenir le soutien jusqu'à leur obtention et leur stabilité dans le temps.

Cette prise en charge globale est indispensable, souvent énergivore, s'inscrit parfois dans la durée mais est le plus souvent couronnée de succès.

Dans de rares cas, notamment chez les adolescents, des formes plus sévères et/ou plus prolongées (cf. **Encadré 2**) peuvent se rencontrer comme chez l'adulte (cf. prise en charge adulte).

Encadré 1. Bilan complémentaire

Examens pour les médecins de 1er recours

Le bilan dépendra bien entendu des symptômes décrits mais peut comprendre :

- NFS plaquettes, réticulocytes,
- CRP,
- Ionogramme sanguin, créatininémie, glycémie, calcémie,
- Bilan hépatique,
- Bandelette urinaire.

En fonction du tableau clinique, de l'évolution et du bilan initial, les pédiatres spécialisés pourront prescrire d'autres examens, essentiels pour éliminer un diagnostic différentiel.

Encadré 2. Formes prolongées et graves

Depuis le début de la pandémie, comme chez l'adulte, en France comme dans d'autres pays, des enfants et adolescents atteints dès les premières vagues, souffrent toujours de symptômes graves et/ou prolongés, persistants au-delà de 6 mois, parfois presque deux ans après l'infection à SARS-CoV-2. Certains sont scolarisés à distance ou partiellement, d'autres ont des difficultés motrices importantes.

Les familles de ces patients regroupées en association soulignent les difficultés rencontrées dans le parcours de leurs enfants : minimisation du tableau clinique, errances diagnostiques, prises en charge exclusivement psychologiques, absence de demande d'examen complémentaire contributif notamment d'imagerie, absence de prise en charge multidisciplinaire organisée...

Pour ces formes prolongées ou complexes, un suivi multidisciplinaire ou en milieu hospitalier est recommandé et des explorations plus approfondies peuvent être nécessaires. Les fiches adultes peuvent apporter des compléments d'information selon les symptômes.

Références bibliographiques

1. Zimmermann P, Pittet L, Curtis N. How Common is Long COVID in Children and Adolescents? *Pediatr Infect Dis J.* 2021;40: e482-e487
2. Behnood, R. Shafran, S.D. Bennett et al., Persistent symptoms following SARS-CoV-2 infection amongst children and young people: A meta-analysis of controlled and uncontrolled studies, *Journal of Infection*, 84 (2022) 158–170
3. Office for National Statistics. Statistical bulletin. COVID-19 Schools Infection Survey, England: mental health and long COVID, November to December 2021. 28 February 2022. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/covid19schoolsinfectionsurveyengland/mentalhealthand-longcovidnovembertodecember2021#measuring-the-data>
4. Molteni E, Sudre C, Canas L et al. Illness duration and symptom profile in symptomatic UK school-aged children tested for SARS-CoV-2 *Lancet Child Adolesc Health* 2021; 5: 708–18
5. Borch L, Holm M, Knudsen M et al. Long COVID symptoms and duration in SARS CoV 2 positive children — a nationwide cohort study. *European Journal of Pediatrics* <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04345-z>
6. Ashkenazi-Hoffnung L, Shmueli E, Ehrlich S et al. Long Covid in children : Observations From a Designated Pediatric Clinic *Pediatr Infect Dis J.* 2021;40::e509-e511 doi: 10.1097/INF.0000000000003285
7. Gurdasani D, Akrami A, Bradley VC, Costello A, Greenhalgh T, Flaxman S, et al. Long COVID in children. *Lancet Child Adolesc Health* 2022; 6: e2.

Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 Symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 de l'enfant et de l'adolescent, méthode de réponse rapide, 17 mars 2022

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