



## Syndrome post-COVID-19 : Un résumé (assez) bref des risques, des symptômes et de l'évolution naturelle

### QUESTION CLINIQUE

**Le syndrome post-COVID-19 est-il fréquent, quels en sont les symptômes et pendant combien de temps persiste-t-il?**

### CONCLUSION

**Le syndrome post-COVID-19 (persistance de  $\geq 1$  symptôme après l'infection aiguë) est observé dans 20-80 % des cas 60 jours après l'infection, et cela varie grandement selon la méthodologie et la population de l'étude. Les facteurs de risque sont l'âge avancé, la gravité de l'infection initiale et le sexe féminin. Fatigue, dyspnée et effets cognitifs en sont les symptômes les plus fréquents, mais la liste est longue. Les symptômes s'estompent dans le temps, mais ils persistent chez certains patients pendant 8 mois, peut-être même plus longtemps.**

### DONNÉES PROBANTES

- Risque de syndrome post-COVID-19 : Les résultats varient en fonction de la population et la méthodologie de l'étude, et de la définition.

- Symptômes sur demande, 4 revues systématiques d'études observationnelles : Patients ayant signalé  $\geq 1$  symptôme à  $\sim 60$  jours après le diagnostic de COVID-19 : 72-80 %<sup>1-4</sup>.
- Symptômes sur demande, études de cohorte plus récentes : Patients ayant signalé  $\geq 1$  symptôme à  $\sim 60$  jours après le diagnostic de COVID-19 : 22-44 %<sup>5-9</sup>.
  - Comparativement à 9-20 % de « témoins » (exempts de COVID-19) ayant signalé  $\geq 1$  symptôme (statistiquement différent)<sup>5,6</sup>.
- Ayant obtenu des soins pour le syndrome post-COVID-19 :  $\sim 15$  % à  $\leq 144$  jours<sup>10</sup>.
  - Comparativement à  $\sim 9$  % des témoins et  $\sim 13$  % des patients ayant eu d'autres infections des voies respiratoires inférieures dans le passé.
- Symptômes courants : Résultats groupés de 4 revues systématiques de 10-45 études et 1876-47 910 patients<sup>1-4</sup>.
  - Les symptômes les plus fréquents à  $\sim 60$  jours sont fatigue 40-58 %, dyspnée 24-37 %, anosmie 17-24 %, perte de mémoire/déclin cognitif/confusion 7-28 %, toux 14-19 %, douleur/gêne thoracique atypique 13-24 %, anxiété/dépression 12-22 %, céphalée 12-44 %, insomnie/troubles du sommeil 11-29 %, perte du goût 9-23 %, douleur/gêne générale/myalgie/douleur articulaire 15-25 %.
- Facteurs de risque du syndrome post-COVID-19 : Les études portant sur les facteurs de prédiction du syndrome post-COVID-19 sont contradictoires.
  - Facteurs de prédiction probables (risque  $\sim 2$  x plus élevé) : Sexe féminin, infection initiale grave (ou plus de symptômes initiaux) et âge avancé<sup>5,8,9,11</sup>.
- Trouvailles objectives/d'imagerie : Impossible de clarifier quelles trouvailles précédaient la COVID-19.
  - Une étude d'IRM chez 201 patients atteints du syndrome post-COVID-19 grave (42 % avaient  $\geq 10$  symptômes) a révélé la présence d'inflammation du pancréas, du foie ou du cœur chez 12-19 % contre 0-6 % des témoins<sup>12</sup>.
  - 177 patients déjà hospitalisés pour la COVID-19 (âge moyen 57, 62 % étaient des hommes) avec  $\geq 1$  symptôme à 90-120 jours<sup>13</sup>.
    - TDM pulmonaire : 63 % anormale (verre dépoli 2/3 ou lésion fibrotique 1/3).
    - Test cognitif (exemple MoCa) : 38 % affaiblie (non défini).
- Effet du temps :
  - Cohortes plus récentes : Patients suivis à 3 moments :
    - $\geq 1$  symptôme à 60 jours = 26 %, 120 jours = 21 %, 240 jours = 15 %<sup>6</sup>.
    - Les symptômes individuels (comme la dyspnée) étaient distribués de façon semblable, exemple :
      - Anosmie : 60 jours = 15 %, 120 jours = 11 %, 240 jours = 9 %.
    - D'autres observent un déclin semblable des symptômes dans le temps, mais des études plus longues sont nécessaires<sup>2,5,7,11</sup>.
- Enfants : Les données sont rares, mais le risque de syndrome post-COVID-19 est plus faible chez les enfants<sup>14</sup>.

## CONTEXTE

- Des problèmes prolongés de santé peuvent survenir après d'autres infections graves (exemple infections des voies respiratoires inférieures)<sup>9,10</sup>.
- Les documents d'orientation sur la COVID-19 de longue durée se multiplient<sup>15-18</sup>.
  - Certains<sup>15,16</sup> conseillent d'approcher le bilan/la prise en charge en fonction des principaux symptômes individuels.

---

## RÉFÉRENCES

1. Nasserie T, Hittle M, Goodman SN. JAMA Netw Open. 2021 May 3; 4(5):e2111417.
2. Fernández-de-Las-Peñas C, Palacios-Ceña D, Gómez-Mayordomo V *et coll.* Eur J Intern Med. 2021 Jun 16; S0953-6205(21)00208-9.
3. Cares-Marambio K, Montenegro-Jiménez Y, Torres-Castro R *et coll.* Chron Respir Dis. Jan-Dec 2021; 18:14799731211002240.
4. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C *et coll.* Sci Rep. 2021 Aug 9; 11(1):16144
5. Nielsen KJ, Vestergaard JM, Schlünssen V *et coll.* Int J Infect Dis. 2021; 108:382-390.
6. Havervall S, Rosell A, Phillipson M *et coll.* JAMA. 2021; 325(19):2015-2016.
7. Crook H, Raza S, Nowell J *et coll.* BMJ. 2021 Jul 26; 374:n1648.
8. Hirschtick JL, Titus AR, Slocum E *et coll.* Clin Infect Dis. 2021 May 19; ciab408.
9. Menges D, Ballouz T, Anagnostopoulos A *et coll.* PLoS ONE 2021; 16(7):e0254523.
10. Daugherty SE, Guo Y, Heath K *et coll.* BMJ. 2021 May 19; 373:n1098.
11. Sudre CH, Murray B, Varsavsky T *et coll.* Nat Med. 2021; 27(4):626-631.
12. Dennis A, Wamil M, Alberts J *et coll.* BMJ Open. 2021 Mar 30; 11(3):e048391.
13. Morin L, Savale L, Pham T *et coll.* JAMA. 2021; 325(15):1525-1534.
14. Radtke T, Ulyte A, Puhan MA *et coll.* JAMA. 2021 Jul 15; e2111880.
15. Sisó-Almirall A, Brito-Zerón P, Conangla Ferrín L *et coll.* Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(8):4350.
16. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A *et coll.* Nat Med. 2021; 27(4):601-615.
17. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Outil d'aide à la prise en charge Affections post-COVID-19. Juillet 2021. Accessible à : [https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19\\_INESSS\\_Outil\\_prise\\_en\\_charge\\_COVID\\_longue.pdf](https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_Outil_prise_en_charge_COVID_longue.pdf) Réf. du 16 sept. 2021.
18. George PM, Barratt SL, Condliffe R *et coll.* Thorax. 2020; 75(11):1009-1016.

## AUTEURS

**Tony Nickonchuk**, B.Sc. Pharm, **Jessica Kirkwood**, M.D. CCMF, **Nicolas Dugré**, D' en pharmacie M.Sc. BCACP, **G Michael Allan**, M.D. CCMF

*Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.*