

Prise en charge des patients atteints d'un COVID long en kinésithérapie de ville



Contexte

- Près de 25% des personnes infectées ont présenté ou présenteraient des symptômes persistants plus d'un mois.
- 10% des personnes infectées ont présenté ou présenteraient des symptômes persistants plus de 3 mois
- Les facteurs de risque identifiés à ce jour sont la sévérité initiale (hospitalisation), le nombre de symptômes présents à la phase aigüe, l'âge et le sexe féminin pour les formes ambulatoires.
- La vaccination semble être un facteur protecteur, en ce qu'elle limite les formes graves pouvant causer les hospitalisations, formes chez lesquelles les Covid longs sont les plus répandus et aussi parce qu'elle régule l'immunité et évite probablement ces réactions inappropriées.
- Les connaissances sur cette pathologie sont récentes et évoluent régulièrement.
- Les signes étant polymorphes et de gravité très variables, une prise en charge pluriprofessionnelle en coopération soins de ville-structure semble indispensable.
- Des événements graves cardiovasculaires semblent apparaître dans l'année qui suit l'infection.

Tous ceci laisse présager des problèmes importants de santé publique ainsi les Masseurs-Kinésithérapeutes doivent pouvoir participer au dépistage, au diagnostic et à la prise en charge.

Définition

Pour l'OMS:

L'affection post COVID-19 survient chez des personnes présentant des antécédents d'infection probable ou confirmée par le SARS-CoV-2, généralement 3 mois après l'apparition de la COVID-19 avec des symptômes qui persistent au moins 2 mois et qui ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic. Les symptômes courants comprennent la fatigue, l'essoufflement, un dysfonctionnement cognitif, mais aussi d'autres symptômes* qui ont généralement un impact sur le fonctionnement quotidien. Les symptômes peuvent être d'apparition nouvelle après un rétablissement initial à la suite d'un épisode de COVID-19 aiguë, ou persister depuis la maladie initiale. Les symptômes peuvent également fluctuer ou récidiver au fil du temps.

Pour la Has :

Trois critères : avoir présenté une forme symptomatique de COVID-19 ; présenter un ou plusieurs symptômes initiaux 4 semaines après le début de la maladie ; et aucun de ces symptômes ne peut être expliqué par un autre diagnostic.

Lien :

[Une définition de cas clinique pour l'affection post-covid-19 établie par un consensus delphi](#)

Rôle du Kinésithérapeute

Surveiller l'ensemble de nos patients:

Devant le sur-risque d'accident cardio-vasculaire post covid, il faut rester attentif aux signes d'apparition sur l'ensemble de nos patients qui ont fait un Covid.

Repérer largement:

Devant des signes évocateurs d'un covid long ne pas hésiter à orienter vers le médecin généraliste afin d'éviter l'errance thérapeutique décrite par de nombreux patients et soulignée par l'association [Après J20](#)

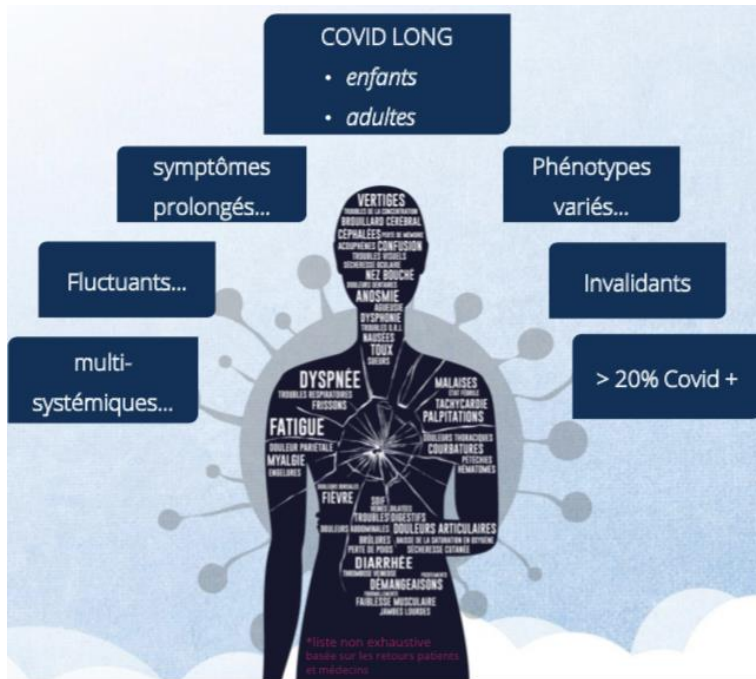
Bilanter:

Sur prescription médicale, effectuer un bilan qui permettra de diagnostiquer un SHV à traiter en priorité puis la réadaptation pourra être mise en place jusqu'à la reprise de l'activité physique antérieure.

Prendre en charge:

- Le SHV
- La réadaptation
- La prise en charge des symptômes complexes en pluripro DAC

Repérage



Covid long : de quoi s'agit-il ?

maux de têtes, gêne respiratoire, troubles du sommeil et / ou de la concentration

troubles cutanés

Fatigue extrême, douleurs articulaires et / ou musculaires

perte de goût et / ou de l'odorat (anosmie)

complications rénales, digestives, pulmonaires et / ou neurologiques

10% des personnes ayant été infectées présentent des symptômes persistants plus de 3 mois

1 mois après ils sont 25% à avoir des symptômes persistants

Si je présente ces symptômes au-delà de 4 semaines après l'infection, je n'attends pas, je consulte mon médecin !

Covid long : des cellules de coordination pour accompagner, informer et orienter les professionnels et leurs patients

Le médecin traitant se tourne vers une **cellule de coordination post-covid**

Concrètement, c'est :

- un DAC (dispositif d'appui à la coordination)
- une équipe pluriprofessionnelle (médecin généraliste, pneumologue, neurologue, psychiatre, cardiologue, kiné...)
- une CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé)
- Un GHT
- et aussi un recours accru à la **télesanté**

130 cellules de coordination déjà en fonctionnement !

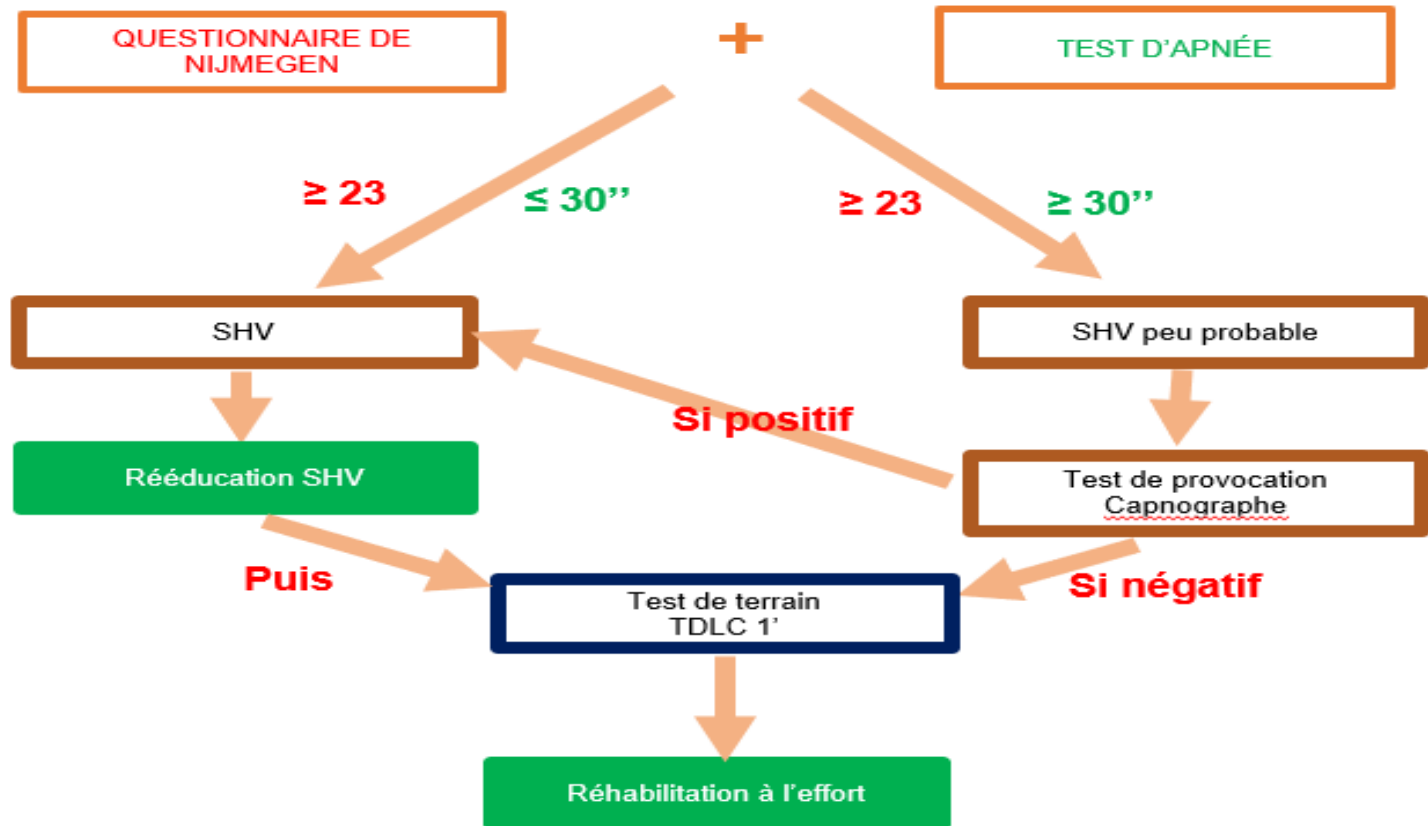
Repérage

Symptômes fréquents rencontrés dans la Covid long		Critères HAS définissant un covid long
Pulmonaire: dyspnée, hyperactivité bronchique, syndrome d'hyper ventilation	cardiaque: oppression thoracique, Pariétale: douleur inter costale	Présenter 1 ou plusieurs symptômes initiaux 4 semaines après le début de la maladie
Neurologique: désorientation, brouillard cognitif, vertige céphalée.	Spécifique: Perte du gout et de l'odorat (anosmie, aguesie)	
Psychologique: trouble de la concentration, anxiété, stress	Digestif: diarrhées, troubles gastrique	Symptômes initiaux et prolongés non expliqués par une autre pathologie sans lien avec la covid
Fatigues, douleurs musculo tendineuse,		

Bilan Kinésithérapique

- Le bilan kinésithérapique type à [télécharger ici](#) permettra :
- d'inclure ou d'exclure un SHV
- de balayer l'ensemble des problématiques physiques, psychologiques,
- d'adapter la prise en charge.

Arbre décisionnel



Mécanisme du SHV

Après la Covid-19, un dysfonctionnement respiratoire vraisemblablement d'origine centrale (shunt de la voie chémoréceptrice et moindre régulation par le tronc cérébral) peut se traduire cliniquement par un syndrome d'hyperventilation (SHV), sans pathologie respiratoire documentée. On observe une fréquence et /ou des volumes respiratoires disproportionnés par rapport aux besoins.

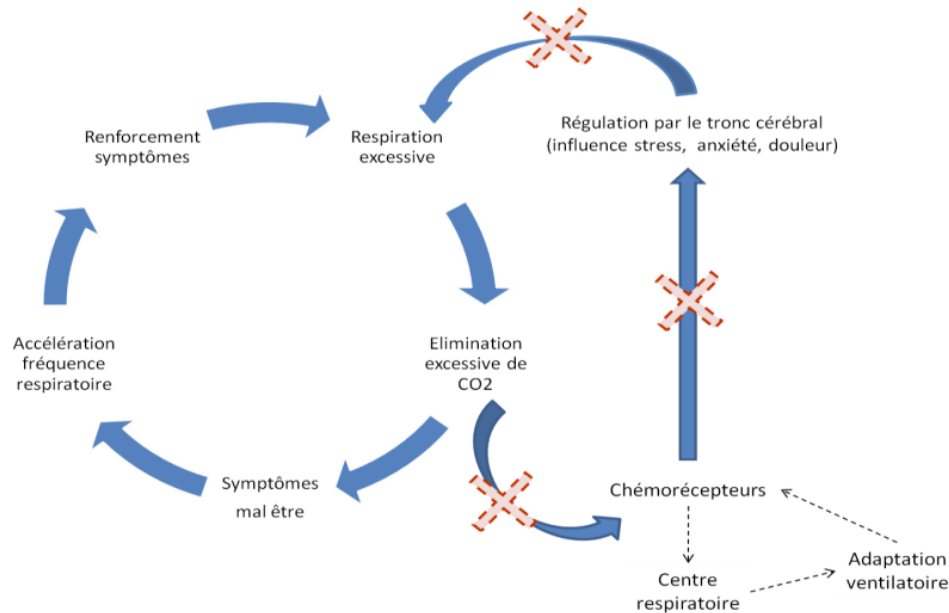


Figure 1 Cercle vicieux du SHV, d'après Sauty et al., 2008.

Prise en charge du SHV

La rééducation est basée sur une observation méthodique de la respiration (fréquemment thoracique haute) et une attention bienveillante des affects.

Elle fait appel à la conscientisation de la respiration et repose sur le contrôle ventilatoire au cours de diverses situations (au repos, à l'effort en résistance et en endurance) vécues de manière positive.

Elle comprend des exercices respiratoires à différents volumes, débits et pressions, des apnées, avec guidage par le kinésithérapeute et une sensibilisation à la ventilation abdomino-diaphragmatique, ainsi qu'éventuellement thoracique haute et basse en fonction de la clinique. Les techniques de relaxation ou de sophrologie pourraient avoir un intérêt.

La rééducation encourage également la pratique des exercices respiratoires à domicile (auto-rééducation, environ 15 minutes par jour) et une transposition de la gestuelle respiratoire au quotidien.

L'efficacité de la prise en charge s'observe par l'amélioration de la symptomatologie et du quotidien des patients : baisse de la dyspnée, de la fréquence respiratoire, reprise de l'activité physique, amélioration de l'hypocapnie et de la qualité de vie.

En l'absence d'amélioration rapide (10 à 15 séances), il est conseillé de réévaluer le patient.

Réhabilitation

Recommandations HAS:

L'évaluation initiale (et les évaluations intermédiaires) permet d'adapter le programme de rééducation au plus près des besoins, des attentes et des progrès des patients.

Cette rééducation doit être accompagnée d'une activité physique quotidienne adaptée en charge à la survenue des symptômes. [Exemple de programme de réhabilitation](#) a destination des patients

Contenu minimum des séances de réentraînement à l'effort :

- Réentraînement aérobie (ergocycle, tapis de marche...)
- Réentraînement de la force des muscles des membres et du tronc (banc de musculation à charges guidées, poids et haltères, élastiques...)

En fonction des résultats du bilan diagnostic kinésithérapique :

- Réentraînement des muscles respiratoires (valves résistées en pression)
- Réentraînement de l'équilibre – Retour au sport antérieur, réintégration du geste sportif
- Et/ou orientation et adaptation en structure sport santé
- Notion de pérennisation de l'activité physique et sportive

Principes et précautions (HAS)

Tableau 1. Principes et précautions du réentraînement à l'effort chez les patients post-Covid-19

PRINCIPES ET PRÉCAUTIONS	
Liés au réentraînement à l'effort	Spécifiques à la Covid-19
Avant la séance	
Evaluation des tolérance et fatigue post séance précédente.	En l'état actuel de la connaissance, on peut craindre qu'un patient Covid+ soit transmetteur, ne serait-ce que par portage manuel. Tout patient doit donc être considéré comme porteur.
Evaluation d'une fatigue ou dyspnée.	En cas de péricardite ou myocardite : pas de réentraînement, débiter ultérieurement selon l'avis cardiologique (cf fiche douleurs thoraciques).
Prise de tension artérielle (TA), fréquence cardiaque (FC), saturation (SpO2).	Les patients présentant des douleurs (ORL, musculaires), une dyspnée, une fatigue (cf. fiches correspondantes) doivent attendre 2 à 3 semaines après la cessation de ces symptômes avant d'entreprendre un réentraînement supérieur à 3 équivalents métaboliques (METs) (possibilité de tenue d'un agenda). Non réalisation de la séance ou arrêt si : <ul style="list-style-type: none"> – PA <90/60 mm Hg ou > 140/90 mm Hg – SpO2 ≤ 95 % (en l'absence de pathologie respiratoire connue) – Baisse de la SpO2 ≥ 4 points pendant la séance – Apparition de dyspnée récente (<3 jours) – Aggravation majeure de la dyspnée pendant la séance – Oppression/douleur thoracique

Principes et précautions (HAS)

Pendant la séance

Entraînement de la force :

- Éviter douleurs et toute fatigue excessive.
- Respecter des temps de récupération physiologiques entre les séries.

Les augmentations de charge doivent être progressives et personnalisées. Il semble raisonnable de ne pas dépasser 10 % d'augmentation par séance que ce soit en intensité ou en volume.

Entraînement aérobie :

- Surveillance de la saturation, de la FC, de la TA
- Le score de fatigue ou dyspnée selon l'échelle visuelle analogique ou numérique (échelle de Borg modifiée) compris entre 4 et 6.

Entraînement des muscles inspiratoires :

- Limiter la participation des muscles inspiratoires accessoires
- Éviter dyspnée et fatigue excessive.

Le kinésithérapeute veillera tout particulièrement aux éventuelles douleurs et fatigue per et post séance :

- Si augmentation prolongée (>24 h) mais ponctuelle de la fatigue et des douleurs, ne pas augmenter (voire diminuer) la charge de travail durant la séance.
- Si augmentation prolongée (> 24h) et récurrente de la fatigue et des douleurs, sur plusieurs séances, réduire et adapter la charge de travail (intensité et/ou volume et/ou fréquence).

Une désaturation à l'effort peut apparaître. Les patients doivent être systématiquement surveillés avec un saturomètre durant les tests et séances de réentraînement et dans les minutes qui suivent.

Une gestion adaptée et progressive des charges de travail permettra d'obtenir l'adhésion durable des patients.

Attentions particulières

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

- Une hypoxémie $SpO_2 \leq 95\%$ 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'insuffisances cardiaques.
 - Des douleurs inexplicables, intenses, difficiles à prendre en charge.
 - Un syndrome neurologique non exploré ou s'aggravant.
 - Une fièvre inexplicée et/ou un syndrome inflammatoire persistant.
 - Une atteinte cutanée inexplicée 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

Non réalisation de la séance ou arrêt si :

- PA $>140/90$ mm Hg
- $SpO_2 \leq 95\%$ (en l'absence de pathologie respiratoire connue)
- Baisse de la $SpO_2 \geq 4$ points pendant la séance
- Apparition de dyspnée récente

Précautions particulières

Les mesures barrières (masques, aération, règles d'hygiène..) doivent être appliquées.

Cotations

Si le patient a été hospitalisé pour covid (cotations dérogatoires)

- AMK 20 rééducation des déficiences respiratoires et locomotrices - 30 minutes
- AMK 28 rééducation des déficiences respiratoires et locomotrices avec pathologie neurologique associée - 60 minutes
- Le nombre de séances est limité à 20 séances par patient,

Si le patient non hospitalisé mais oxygéné requérant (supérieur à 4 l/min):

- AMK 10. 6

Dans les autres cas la NGAP s'applique

Les mesures barrières masques, aération, gha devront être scrupuleusement appliqués.

Références

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

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_douleurs.pdf

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_kinesitherapie_re_entrainement_a_l_effort.pdf

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_kinesitherapie_syndrome_hyperventilation.pdf

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_troubles_somatiques_fonctionnels.pdf

[Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte - Dossier compressé des documents \(recommandations et fiches\) \(has-sante.fr\)](#)