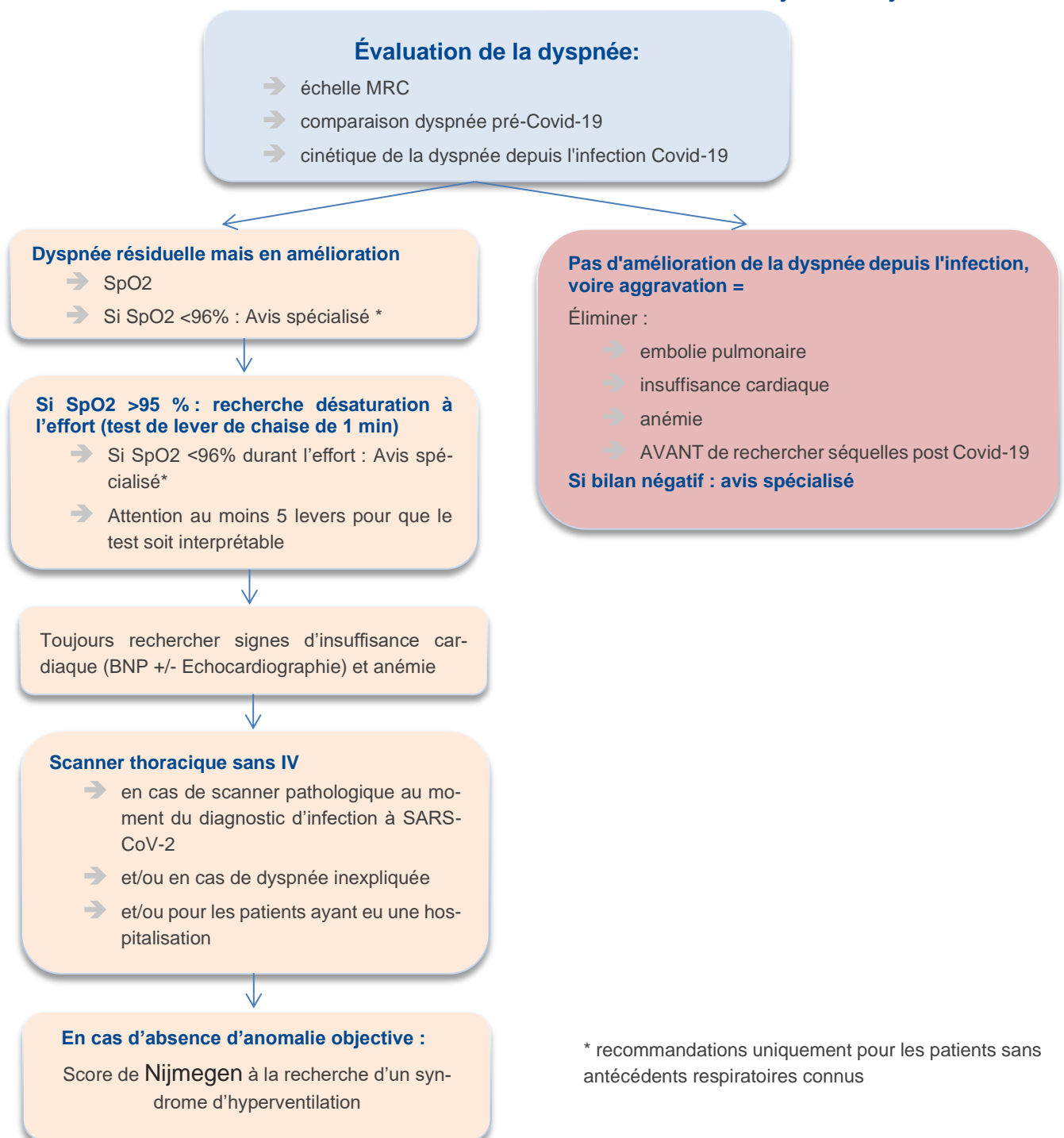


FICHE

# La dyspnée au cours des symptômes prolongés de la Covid-19

Validée par le Collège le 10 février 2021

Mise à jour le 19 janvier 2023



De façon générale, la dyspnée est souvent sous-diagnostiquée et est rapportée par les patients à de la fatigue ou une asthénie ++, cela contribue au retard du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique pneumologique.

## Un premier bilan de dyspnée peut être réalisé par tout médecin.

Il est basé sur :

1. L'évaluation de la dyspnée au moment de la consultation :
  - Rechercher une limitation des activités par la dyspnée (ou sa modification), par exemple par l'échelle mMRC (Annexe 1) ou par une modification de la dyspnée par rapport à l'état de santé avant infection par une échelle visuelle analogique entre 0 et 10 (cf. guide SPLF suivi).
  - Évaluer la cinétique de la dyspnée : la dyspnée résiduelle de l'épisode aigu peut être prolongée mais doit lentement s'améliorer ; si ce n'est pas le cas, il faut éliminer une maladie thrombo-embolique ou une surcharge cardiaque avant d'évoquer le diagnostic d'une complication de la Covid-19.

### Puis recherche d'un élément objectif :

2. L'analyse du cycle respiratoire (mise en œuvre des muscles respiratoires accessoires, balancement thoraco-abdominal).
3. La mesure de la SpO<sub>2</sub> au repos. Une SpO<sub>2</sub> < 96 % chez les patients sans antécédents respiratoires connus doit nécessiter un bilan.
4. Recherche d'une désaturation à l'effort, par exemple par test de lever de chaise de 1 minute :
  - en terme de nombre de lever de chaise, la norme inférieure est de 11 passages assis/debout et en dessous de 5 levers, le test est considéré comme non utilisable.
  - S'assurer d'avoir un bon signal pour interpréter.
  - Attention au vernis sur les ongles, extrémités froides qui sont associées à des valeurs souvent non interprétables.
  - une saturation inférieure ou égale à 95 % lors de cet effort chez un patient sans antécédent respiratoire connu doit nécessiter un bilan complémentaire.
5. Recherche de signes d'insuffisance cardiaque et recherche d'une anémie.

### À envisager avant d'adresser au spécialiste :

6. Scanner thoracique sans IV à préciser, en particulier en cas de scanner pathologique au moment du diagnostic d'infection à SARS-CoV-2 et/ou en cas de dyspnée inexpliquée et/ou pour les patients ayant eu une hospitalisation pour infection à SARS-CoV-2 (pas avant M3).
7. Échographie cardiaque.

### Et en cas d'absence d'anomalie objective

8. Score de Nijmegen pour rechercher un syndrome d'hyperventilation. Si score de Nijmegen positif (> 23/64) et bilan négatif et SpO<sub>2</sub> ≥ 96 % au repos et à l'effort : syndrome d'hyperventilation (SHV) probable.

## Quand adresser un patient au pneumologue ?

1. Les patients avec une SpO<sub>2</sub> < 96 % en air ambiant à distance de l'épisode initial, en l'absence de pathologies respiratoires connues, devront être adressés en consultation à un pneumologue.

2. En cas de désaturation inexplicquée à l'effort (désaturation à 95 % ou en dessous lors du test de lever de chaise).
3. En cas d'aggravation de la dyspnée (importance de la cinétique de la dyspnée).
4. En cas de dyspnée et d'antécédent d'hospitalisation pour infection à SARS-CoV-2 que ce soit en unité traditionnelle ou en réanimation, pour réalisation au minimum d'une EFR-TCO et test de marche de 6 minutes.
5. En cas de bilan minimal effectué par le médecin traitant négatif.

### Prise en charge thérapeutique :

1. Pas d'indication d'une corticothérapie inhalée sous forme nébulisée ou inhalée chez des patients présentant des symptômes persistants de toux et/ou de dyspnée en dehors de toute pathologie respiratoire documentée ou d'un diagnostic d'hyperréactivité bronchique.
2. En cas de suspicion forte de syndrome d'hyperréactivité bronchique :
  - Il faut se donner les moyens du diagnostic (consultation pneumologie avec EFR, test au béta2 mimétique et éventuellement test de provocation à la métacholine), ce test doit être fait après un arrêt d'au moins 3 semaines.
  - Au terme de ce bilan, un traitement par corticothérapie inhalée peut être débuté. Il ne devra pas être poursuivi en cas d'inefficacité.
  - Un éventuel bronchodilatateur de courte durée d'action peut être également proposé.
  - Le traitement doit être réévalué dans les 3 mois avec les résultats du bilan respiratoire et l'évolution des symptômes sous traitement.
3. Les indications d'une oxygénothérapie sont identiques à celle de la pratique habituelle (cf. guide GAV O2-SPLF).
4. Réhabilitation respiratoire si le patient reste symptomatique après évaluation respiratoire spécialisée, quelles que soient les données spirométriques et tomodynamométriques.
5. Chez un patient avec un syndrome d'hyperventilation, une prise en charge chez le kinésithérapeute formé à la rééducation du syndrome d'hyperventilation.
6. La prescription de corticoïdes ou d'antifibrosants ne peut s'envisager sans bilan spécialisé en pneumologie et discussion en RCP multidisciplinaire (cf. guides de la SPLF de suivi et de prise en charge des séquelles respiratoires).

### Principales étiologies de dyspnée rencontrées au cours des manifestations prolongées de la Covid-19

En l'absence de séquelles parenchymateuses pulmonaires évidentes, les étiologies de dyspnée chronique retrouvées à ce jour chez des patients ayant fait une infection à SARS-CoV-2 ne sont pas différentes de celles de toute dyspnée chronique : asthme/hyperréactivité bronchique, BPCO, déconditionnement, obésité, pneumopathie interstitielle, embolie pulmonaire, insuffisance cardiaque, syndrome d'hyperventilation.

Parfois ces pathologies étaient non diagnostiquées et ont été aggravées par l'épisode viral ou les conséquences du confinement.

# Annexe 1 : Échelle de dyspnée mMRC (modified Medical Research Council)

- **Grade 0** = Absence de gêne liée au souffle, sauf pour des exercices physiques intenses
- **Grade 1** = Gêné par l'essoufflement à la marche rapide ou en gravissant une légère colline
- **Grade 2** = Sur terrain plat, marche plus lentement que les personnes du même âge en raison de l'essoufflement, ou doit s'arrêter pour respirer en marchant à son propre rythme.
- **Grade 3** = Arrête pour respirer après 100 mètres ou quelques minutes de marche sur terrain plat.
- **Grade 4** = Trop essoufflé pour quitter la maison, ou essoufflement en s'habillant ou se déshabillant

## Références bibliographiques

1. Andrejak C, Blanc FX, Costes F, Crestani B, Debieuvre D, Perez T, et al. Guide pour le suivi respiratoire des patients ayant présenté une pneumonie à SARS-CoV-2. Propositions de prise en charge élaborées par la Société de pneumologie de langue française. Version du 10 mai 2020. Rev Mal Respir 2020;37(6):505-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2020.05.001>
2. Andrejak C, Cottin V, Crestani B, Debieuvre D, Gonzalez-Bermejo J, Morelot-Panzini C, et al. Guide de prise en charge des séquelles respiratoires post infection à SARS-CoV-2. Propositions de prise en charge élaborées par la Société de Pneumologie de Langue Française. Version du 10 novembre 2020. Rev Mal Respir 2021;38(1):114-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2020.11.009>
3. Société de pneumologie de langue française. Rappels réglementaires et techniques pour l'oxygénothérapie de courte durée au domicile, dans le contexte de patients atteints de Covid19 grave hors milieu pneumologique. Version 2 du 14/11/20. Paris: SPLF; 2020. <https://splf.fr/wp-content/uploads/2020/11/SPLF-COVID19-FOCUSO2-14112020.pdf>

---

**Ce document présente les points essentiels de la publication** : La dyspnée au cours des symptômes prolongés de la Covid-19, méthode réponse rapide, 10 février 2021 – Mise à jour en janvier 2023  
Toutes nos publications sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)