

FICHE

Les douleurs au cours des symptômes prolongés de la Covid-19

Validée par le Collège le 10 février 2021

Mise à jour le 11 mars 2022

Les douleurs les plus fréquemment rapportées touchent les régions suivantes :

- Thorax : douleurs rétrosternales, intercostales, oppression thoracique douloureuse
- Tête et cou : céphalées, otalgies, douleurs oculaires, temporomandibulaires
- Muscles et articulations : myalgies, enthésopathies, bursopathies
- Abdomen : brûlures et crampes œsophagiennes, douleurs épigastriques, abdominales
- Vaisseaux : acrosyndromes douloureux, douleurs décrites comme suivant le trajet des vaisseaux.

Ces douleurs peuvent être liées à des mécanismes distincts :

Douleurs nociceptives/inflammatoires : le plus souvent aiguës, parfois chroniques (≥ 3 mois) : généralement difficiles à décrire (serrement, élancements, pulsatiles, ou transfixiantes) rapportées à une lésion ou inflammation des tissus (par exemple : muscles, articulations)

Douleurs neuropathiques : brûlures, froid douloureux, décharges électriques, fourmillements, picotements, démangeaisons, engourdissement, douleurs évoquées (frottement, froid) rapportées à une lésion du système nerveux

Douleurs dysfonctionnelles ou « nociplastiques » (sans lésion) : localisées (céphalées de tension, douleurs temporomandibulaires...) ou diffuses

Il convient d'avoir un diagnostic gradué en éliminant les diagnostics différentiels avec des examens spécialisés ou avis complémentaires.

Il convient d'éliminer des étiologies :

- **musculaires et articulaires** : éliminer : myosite, rhumatisme inflammatoire, dermatomyosite, myasthénie, connectivite
- **vasculaires** : acrosyndromes douloureux : éliminer : vascularite
- **abdominales et épigastriques** : éliminer : reflux, infection, maladie inflammatoire (MICI), abcès, distension abdominale, ulcère gastrique
- **pelviennes** : rares en pratique, éliminer : infection, phlébite
- **thoraciques** : éliminer : embolie pulmonaire, péricardite, myocardite, épanchement pleural liquidien, pneumothorax, cardiopathie ischémique
- **sphère ORL** : éliminer : inflammation
- **céphalée** : éliminer : infection, thrombophlébite cérébrale, céphalées de tension, migraine
- **œil** : douleur à la mobilisation de l'œil, éliminer : inflammation
- **neurologiques périphériques (notamment mains/pieds) ou centrale** (post AVC, post Guillain Barré, myélite, post réanimation).

Bilan clinique et paraclinique en soins primaires

Interrogatoire et inspection

- **douleurs** :
 - localisées, diffuses, spontanées, à la palpation, à la mobilisation, horaire (mécanique, inflammatoire) ;
 - intensité (Échelle numérique d'intensité : 0-10 ou Échelle verbale simple) ;
 - horaires, durée et périodicité éventuelle ;
 - retentissement (Questionnaire Concis sur les Douleurs) ;
 - troubles anxiodépressifs associés (*Hospital Anxiety Depression scale*) ;
 - recherche douleurs neuropathiques (DN4 : positif si score $\geq 4/10$), examen neurologique ;
 - recherche fibromyalgie (questionnaire FIRST (positif si score $\geq 5/6$, douleurs diffuses haut et bas du corps, fatigue, plaintes cognitives, autres douleurs associées) ;
- **facteurs déclenchants** :
 - effort physique et intellectuel auparavant bien toléré, stress, émotions, variation de températures, règles, repas (pour les douleurs intestinales) recueillis sur un agenda des symptômes ;
- **signes inflammatoires** :
 - cutanés/articulaires : gonflement, rougeur cutanée, chaleur en regard.

Bilan étiologique

Dans certaines circonstances, face à certains symptômes des examens peuvent être demandés :

- NFS plaquettes, CRP, fonction hépatique et rénale, calcémie, TSH, électrophorèse des protéines sériques ;
- bilan complémentaire en fonction de la clinique (CPK, anticorps antinucléaires, anti DNA-natifs, anti-antigènes nucléaires solubles (*Extractable Nuclear Antigens* - ENA), anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA), cryoglobulinémie) en cas de suspicion de maladie auto-immune ;

- avis neurologique avant EMG si suspicion de neuropathie ;
- avis neurologique, si accès rapide, avant IRM médullaire ou cérébrale si suspicion de lésion médullaire ou cérébrale en cas de douleurs neuropathiques ou si céphalées aiguës atypiques ;
- scanner thoracique (anomalies auscultatoires) et/ou angioscanner thoracique (doute sur embolie pulmonaire ou anomalies auscultatoires ou de la radio).

Si bilan lésionnel négatif, évoquer le diagnostic de douleur nociplastique (voir *supra*).

Quand adresser au spécialiste de la douleur ?

Douleurs ne répondant pas aux traitements de première ou de seconde intention ; céphalées chroniques quotidiennes ; difficulté diagnostique ; traitement non réalisé en routine en soins primaires (par exemple : TENS) ; troubles psychologiques ou psychiatriques ; douleurs chroniques complexes (par exemple fibromyalgie) ; doses élevées d'opiacés ou dépendance aux opiacés.

La liste des structures spécialisées douleur chronique en France est disponible sur le site www.sfetd.douleur.org

Il peut être utile de demander un avis neurologique en fonction du contexte.

Prise en charge thérapeutique

En soins primaires

- En fonction du retentissement de la douleur.
- Information diagnostique et thérapeutique.
- Favoriser la reprise d'activité (fractionnée, progressive), la mobilisation physique progressive, la kinésithérapie (cf. fiche fatigue), éviter si possible l'alitement prolongé.
- Identifier les facteurs déclenchants et les anticiper /éviter si possible.

Douleurs aiguës ou nociceptives/inflammatoires chroniques :

- Paracétamol (maximum 4 g/jour) ; AINS locaux ou généraux (y compris Aspirine) en cures courtes (posologies habituelles à visée antalgique et/ou antiinflammatoire). Les AINS ne sont pas contre indiqués en cas de symptômes post-Covid-19 +++.
- En cas d'échec des antalgiques de palier 1, il est possible de passer aux antalgiques de palier 2 (attention aux effets indésirables). Les traitements des douleurs neuropathiques notamment antidépresseurs peuvent aussi être proposés en cas d'échec des antalgiques de palier 1 dans certaines douleurs nociceptives. Ne considérer les opiacés forts pour une douleur chronique qu'après échec des antalgiques de palier 2 et avis d'une structure douleur quand c'est possible.
- La mise en route d'un traitement par opioïdes forts ne se conçoit qu'en cas d'échec des antalgiques de palier 1 et 2 et avis d'une structure douleur quand c'est possible.

Douleurs neuropathiques :

- Antidépresseurs (amitriptyline, clomipramine, duloxétine), antiépileptiques (gabapentine, prégabaline) en prévenant de résultats inconsistants et des effets secondaires fréquents, ou topiques locaux (lidocaine 5 %) en cas de douleurs post zostériennes associées à la Covid 19.
- La carbamazépine est uniquement indiquée en cas de douleurs fulgurantes (névralgies)

Céphalées de tension :

- Épisodique : paracétamol, AINS (ibuprofène, kétoprofène...).
- Chronique : antidépresseurs surtout amitriptyline ; kinésithérapie (lever de tension et renforcement).

N.B. : Les AINS peuvent être utilisés selon les règles de prescription usuelles. Les dernières études n'ont pas montré d'augmentation des décès, des hospitalisations, des admissions en unités des soins intensifs, des utilisations de la ventilation non invasive et de l'oxygène ni de survenue d'une insuffisance rénale aiguë chez les patients ayant pris des AINS avant la découverte d'une infection COVID-19.

En milieu spécialisé (centre d'évaluation et de traitement de la douleur, neurologue, rhumatologue)

Traitement des douleurs chroniques diffuses (kinésithérapie, approches éducatives et/ou psycho comportementales), techniques de neurostimulation périphérique transcutanée – TENS (prescriptions limitées aux structures douleur ou en ville par médecin formé à la douleur).

Traitements spécifiques des douleurs neuropathiques (capsaïcine, toxine botulinique A) après échec des traitements ci-dessus

Références bibliographiques

1. Drake TM, Fairfield CJ, Pius R, Knight SR, Norman L, Girvan M, Hardwick HE, Docherty AB, Thwaites RS, Openshaw PJM, Baillie JK, Harrison EM, Semple MG; ISARIC4C Investigators. Lancet Rheumatol. 2021 May 7. doi: 10.1016/S2665-9913(21)00104-1. Online ahead of print. PMID: 33997800. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2665-9913%2821%2900104-1>
2. Moore N, Bosco-Levy P, Thurin N, Blin P, Droz-Perroteau C. NSAIDs and COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. Drug Saf. 2021 Sep;44(9):929-938. doi: 10.1007/s40264-021-01089-5. Epub 2021 Aug 2. PMID: 34339037; PMCID: PMC8327046.
3. Shah W, Hillman T, Playford ED, Hishmeh L. Managing the long term effect of covid 19 : summary NICE, SIGN and RCGP rapid guideline. BMJ 2021;372n136 / doi: 10.1136 (22 january 2021)

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Les douleurs au cours des symptômes prolongés de la Covid-19, méthode de réponse rapide, 10 février 2021, mise à jour le 11 mars 2022**

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