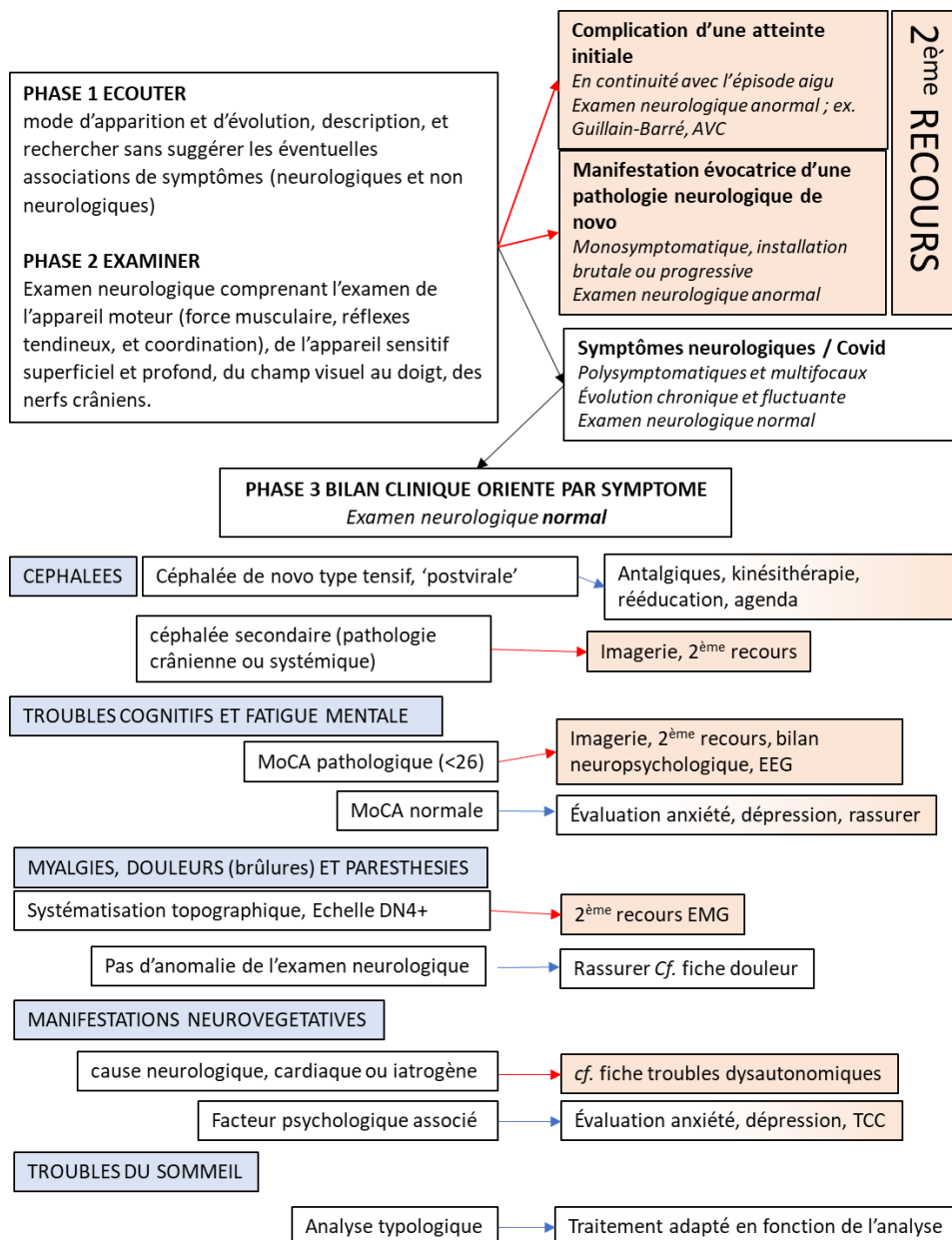


**FICHE**

# Les manifestations neurologiques parmi les symptômes prolongés de la Covid-19

Validée par le Collège le 10 février 2021

Mise à jour le 11 mars 2022



## Principe : discriminer parmi les symptômes neurologiques ce qui ressort :

- des complications neurologiques liées à la Covid-19 : suites d'AVC, de Guillain-Barré, d'encéphalites/encéphalopathies, de crises épileptiques, anosmie, complications neuromyopathiques de la réanimation, etc. (recours neurologue, MPR) ;
- de manifestations neurologiques dues à une cause autre, sans lien avec la Covid-19, justifiant toujours une attitude diagnostique proactive (recours neurologue) ;
- des manifestations de novo en rapport avec la Covid-19 avec un décours temporel évocateur : Covid-19 ambulatoire ou hospitalisé, sans corrélation entre la gravité de l'épisode infectieux et l'intensité des symptômes, symptômes prolongés évoluant de manière prolongée voire chronique, rarement isolés.

## Préalable à la prise en charge des symptômes neurologiques en premier recours

- Écouter et repérer le mode d'apparition et d'évolution des symptômes ainsi que leurs associations. Les plus fréquents sont les céphalées, les difficultés attentionnelles, les difficultés de concentration, un manque du mot favorisé par la fatigue psychique, des troubles neurovégétatifs, une sensation d'instabilité ou de vertige, les myalgies, les faiblesses musculaires, les sensations de brûlures, la fatigabilité à l'effort, et les troubles du sommeil.
- Un calendrier des symptômes peut être utile (facteurs déclenchants et favorisants, traitements et activités qui soulagent, quantifier les prises médicamenteuses).
- Examen neurologique standard indispensable, comprenant l'examen de l'appareil moteur (force musculaire, réflexes tendineux, et coordination), de l'appareil sensitif superficiel et profond, du champ visuel au doigt, des nerfs crâniens et du système nerveux autonome (interrogatoire et recherche d'hypotension orthostatique).

Toute anomalie motrice et sensitive devra motiver le recours à un neurologue pour avis et exploration spécialisée. En cas de dysautonomie : cf. fiche troubles dysautonomiques.

## Symptômes et signes

- **Les céphalées** doivent faire l'objet d'une analyse sémiologique pour en assurer le diagnostic syndromique :
  - Céphalées secondaires à une pathologie crânienne, ORL ou systémique (apnées du sommeil), neurologique (névralgies et douleurs trigéminovasculaires).
  - Céphalées primaires comme une céphalée de tension ou une migraine, ou psychogène. À noter la céphalée chronique attribuée à une infection systémique virale (classification IHS - item 9.2.2.2)<sup>1</sup>.

Une imagerie est nécessaire en cas de suspicion de céphalée secondaire.

Les céphalées sont le plus souvent de type tensif, associées à d'autres symptômes. Elles peuvent être prises en charge par le médecin de premier recours, souvent par kinésithérapie, rééducation ou par des antalgiques de palier 1, exceptionnellement palier 2 sur une courte période. Le recours à un neurologue est justifié en cas d'échec ou de suspicion de céphalée secondaire.

- **Les troubles cognitifs** ou neuropsychologiques sont souvent décrits par les patients comme un ralentissement psychique, un manque de clarté dans la pensée, une difficulté attentionnelle ou des troubles mnésiques dans le cadre du travail ou de la vie domestique, des difficultés à réaliser des doubles tâches, à trouver ses mots. Ces troubles semblent d’autant plus marqués que les patients étaient actifs et performants avant leur maladie.

Une première évaluation consiste à recenser les plaintes et les observations du patient et à réaliser un MoCA (Montréal Cognitive Assessment<sup>1</sup>), score plus informatif que le *MiniMental Status* dans ce contexte (exploration des capacités exécutives). En cas d’anomalie persistante sur l’échelle ou de gravité particulière (par ses conséquences notamment) une évaluation par un neurologue ainsi qu’une exploration neuropsychologique pourront être effectués. Une IRM cérébrale, un électroencéphalogramme, voire d’autres explorations pourront être jugés nécessaires. Le TEP scan peut s’avérer nécessaire, après avis spécialisé neurologique ou consultation mémoire, dans le cadre du bilan de diagnostic différentiel.

- **Les myalgies et la fatigue musculaire** sont des plaintes fréquentes. Le diagnostic requiert un entretien précis concernant les circonstances de survenue, les caractéristiques, les symptômes associés, les effets des mesures thérapeutiques déjà testées. Le degré d’incapacité quotidienne, et de déconditionnement à l’effort antérieur ou induit par les myalgies seront précisés. Un dosage des enzymes musculaires peut être utile, vérifier l’absence de médicament potentiellement iatrogène (statines).

En l’absence de cause retrouvée une prise en charge rééducative progressive et non algique peut être mise en place en respectant les capacités / limites des patients et en l’absence de contre-indications (cf. fiche fatigue).

- **Les douleurs à type de brûlures** survenant par bouffées imprévisibles en même temps qu’une sensation de chaleur interne intense sont un phénomène décrit et relativement stéréotypé. Elles peuvent durer plusieurs dizaines de minutes et n’admettent pas de facteur déclenchant ni d’horaire particulier, semblant s’amenuiser avec le temps. Leur topographie et la normalité de l’examen éliminent une douleur neuropathique (échelle DN4 négatif). L’absence de symptôme témoignant d’une activation du système nerveux autonome (vasodilatation, rougeur augmentation de la température cutanée) plaide contre une cause neurovégétative.

Leur évaluation et prise en charge ne sont pas codifiées et peuvent relever de la prise en charge du syndrome douloureux chronique.

- **Les manifestations neurovégétatives** : tachycardie-palpitations, troubles vasomoteurs, troubles digestifs, sensations de malaise (lipothymies avec hypotension), dyspnée ou impression de dyspnée. Ces manifestations accompagnent les émotions mais paraissent au patient, inadaptées. L’examen vérifie l’absence d’anomalie objective du système nerveux autonome comme une hypotension orthostatique à pouls invariant, une gastroparésie, une douleur névralgique qui ferait rechercher une névralgie du IX, ainsi que de l’absence d’iatrogénie (bêta-bloqueurs, hypotenseurs, anticholinergiques, etc.)

La prise en charge est adaptée au patient : modification des habitudes et conseils de prévention, réentraînement à l’effort (cf. fiche fatigue), psychothérapies cognitivo-

---

<sup>1</sup> Montréal cognitive assessment (MoCA), version 7.1. [http://test-addicto.fr/tests\\_pdf/Test-MoCA.pdf](http://test-addicto.fr/tests_pdf/Test-MoCA.pdf)

comportementales, avec suivi monitoré des progrès dans la récupération d'une vie normale. Voir fiche troubles dysautonomiques.

- **Les troubles du sommeil** peuvent comporter des insomnies, une fragmentation du sommeil, l'irruption de cauchemars, une hypersomnie. L'analyse et la prise en charge ne diffèrent pas.

## Références bibliographiques

1. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. JAMA 2020;324(6):603-5. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.12603>
2. Haute Autorité de santé. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandation de bonne pratique. Validée en décembre 2006. Saint-Denis La Plaine : HAS ;2006. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale](https://www.has-sante.fr/jcms/c_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale)
3. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. Lancet 2021;397(10270):220-32. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32656-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32656-8)
4. Meppiel E, Peiffer-Smadja N, Maury A, Bekri I, Delorme C, Desestret V, et al. Neurologic manifestations associated with COVID-19: a multicentre registry. Clin Microbiol Infect 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2020.11.005>
5. Partinen M, Bjorvatn B, Holzinger B, Chung F, Penzel T, Espie CA, et al. Sleep and circadian problems during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: the International COVID-19 Sleep Study (ICOSS). J Sleep Res 2021;30(1):e13206. <http://dx.doi.org/10.1111/jsr.13206>
6. Rifino N, Corsori B, Agazzi E, Alimonti D, Bonito V, Camera G, et al. Neurologic manifestations in 1760 COVID-19 patients admitted to Papa Giovanni XXIII Hospital, Bergamo, Italy. J Neurol 2020:1-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-020-10251-5>
7. Salmon-Ceron D, Slama D, De Broucker T, Karmochkine M, Pavie J, Sorbets E, et al. Clinical, virological and imaging profile in patients with prolonged forms of COVID-19: A cross-sectional study. J Infect 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2020.12.002>

---

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Les manifestations neurologiques parmi les 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](http://www.has-sante.fr)