

Un Cas Prototypique de Long COVID : Un Rapport Détaillé de Cas

Marc Jamouille, MD, PhD, médecin de famille

Juillet 2024

marc.jamouille@uliege.be

Objectif : Ce rapport vise à informer les chercheurs cliniques et non cliniques sur la nature complexe du Long COVID, soulignant son impact significatif sur la vie des patients. En partageant ce cas détaillé, nous espérons souligner l'urgence de la recherche et de la collaboration interdisciplinaires pour mieux comprendre et gérer cette condition.

Ce cas illustre la progression typique d'un ou plusieurs épisodes de COVID-19 aigu à un COVID-19 chronique. Le tableau clinique, qui modifie rapidement et profondément le cours de la vie d'une personne, est unique. L'imagerie spécialisée requise (SPECT CT) est très caractéristique. Ce cas fait partie d'une cohorte de plus de 180 patients pour lesquels des analyses multi-omiques sont en cours. Augmenter le niveau de certitude diagnostique en utilisant des biomarqueurs reproductibles est une étape essentielle pour affiner le diagnostic et guider la thérapie.

Présentation du Cas

Profil de la Patiente

- **Sexe :** Femme
- **Âge :** 42 ans
- **Profession :** Ingénieure consultante indépendante
- **Famille :** Mère de 2 enfants

Conditions de Santé Pertinentes (Codes ICPC2)

- **P17 :** Dépendance au tabac (depuis juin 2000)
- **T82 :** Obésité (IMC \geq 30) (depuis juin 2015)
- **R96 :** Asthme, allergie au pollen et aux acariens (depuis juin 2015)
- **X99 :** Endométriose (depuis juin 2020)
- **A77 :** Infection par COVID-19 (10/2020, 09/2021, 08/2022)
- **A77 :** Long COVID (diagnostiqué en mai 2024)
- **R96 :** Asthme post-COVID (diagnostiqué en juin 2024)
- **T93 :** Hypercholestérolémie post-COVID (diagnostiqué en juin 2024)

Histoire Clinique

Le Long COVID a été diagnostiqué en 2024 après deux ans de vagabondage médical et un diagnostic erroné de burnout. La patiente travaillait à temps plein depuis des années et est en congé depuis deux ans depuis le dernier épisode de COVID-19. La compagnie d'assurance n'a pas reconnu son invalidité car un médecin l'avait diagnostiquée comme souffrant de burnout.

Le parcours de la patiente avec le Long COVID a commencé après trois infections aiguës par COVID-19. Malgré la vaccination, elle a connu plusieurs épisodes, chacun la laissant

plus affaiblie. Initialement diagnostiquée à tort en burnout, sa véritable condition n'a été reconnue qu'après de nombreuses souffrances et consultations médicales.

Épisodes de COVID Aigu

1. Octobre 2020 :

- Symptômes : Perte de goût et d'odorat (pendant six mois), migraine intense, fatigue, symptômes grippaux.
- Impact sur le travail : Deux semaines d'arrêt de travail.

2. Septembre 2021 et août 2022 :

- Symptômes : Symptômes grippaux similaires.

Symptômes Post-COVID et Diagnostic

Après ce troisième épisode de COVID-19, des symptômes inexplicables ont commencé à apparaître, finalement diagnostiqués comme un burnout ; elle est en arrêt de travail depuis 2 ans. Des troubles du sommeil sont apparus après la première contamination par COVID-19, avec une insomnie inexplicquée. Les symptômes sont dominés par une fatigue extrême, totalement inconnue auparavant, avec un brouillard cérébral et des difficultés de concentration. La patiente a indiqué les symptômes suivants sur le formulaire APHP ComPare) :

- Paraesthésie (sensations anormales, picotements, brûlures, etc.)
- Problèmes de mémoire
- Perte de mots (difficulté à trouver les mots)
- Hypoesthésie (réduction de la sensibilité au toucher dans les extrémités des membres)
- Frissons avec ou sans fièvre
- Insomnie/troubles du sommeil
- Changements d'humeur, irritabilité, moral bas
- Courbatures
- Transpiration
- Somnolence
- Sensibilité à la chaleur ou au froid
- Bouffées de chaleur
- Dyspnée (difficulté à respirer)
- Tachycardie / arythmie / palpitations
- Douleur thoracique / brûlure
- Oppression thoracique
- Douleurs musculaires
- Douleurs osseuses et articulaires
- Douleurs cervicales, dorsales ou lombaires
- Inconfort/douleur abdominale
- Diarrhée
- Yeux secs/irrités / larmoiement
- Photophobie/phonophobie (sensibilité à la lumière et au bruit)
- Ecchymoses spontanées

Il y a eu une réactivation significative de l'asthme et une élévation progressive du cholestérol après les épisodes de COVID. Les diverses investigations, avis de spécialistes et tests de laboratoire étaient non contributifs. Au moment de notre rencontre, la patiente était encore diagnostiquée comme souffrant de burnout, bien que ce diagnostic ne soit soutenu par aucune cause spécifique.

Évaluation de l'État Fonctionnel (COOP-Charts, juin 2024)

Complété par la patiente en juin 2024.

Une grille d'auto-évaluation de son état de santé appelée COOP-Charts, un outil validé pour l'évaluation globale de la santé. Les résultats sont exprimés en points. 5 points par question, 6 questions. La patiente est en excellente forme avec 6 points au total, mais est dans un très mauvais état avec 30 points.

La patiente obtient 30/30 au test du 25/06/2024

- Très mauvaise santé
- Incapable de faire des efforts
- Très affectée par des problèmes émotionnels
- Incapable d'accomplir les activités habituelles
- Vie sociale gravement perturbée
- Santé globale significativement détériorée

Avec un score de 30 sur 30, l'état général de santé de la patiente est profondément affecté. La patiente pleure la perte de la personne vive et brillante qu'elle était autrefois, et cherche constamment une explication et une solution à son problème. Son mari ne renonce pas et le couple affronte ensemble cette situation dramatique.

Résultats de l'Imagerie Cérébrale

Une tomoscintigraphie de perfusion cérébrale avec fusion CT (HMPAO-Tc99m), ou SPECT-CT cérébral, a été réalisée, révélant :

- Fixation hétérogène du traceur à travers le cortex cérébral
- Hypofixation notable dans la région frontale droite
- Fixation normale et symétrique dans les ganglions de la base, le thalamus et le cervelet

Gestion et Suivi

Plan de Gestion

- Reconnaître et valider la condition
- Expliquer la maladie et aborder les inconnues
- Soutenir le processus de deuil de la patiente
- Fournir un rapport médico-légal
- Proposer un parcours de soins Long COVID
- Conseiller une consultation neuropsychologique

- Référer à un physiothérapeute expérimenté dans le Long COVID
- Prescrire des traitements anticoagulants et symptomatiques
- Demander un SPECT-CT cérébral
- Effectuer un dépistage biologique pour les risques connus du Long COVID
- Demander l'autorisation de réaliser des recherches multiomiques sur le sang de la patiente

Suivi par E-mail

Patiente à Dr. Jamouille :

"Bonjour Dr. Jamouille,

Je viens de passer une scintigraphie cérébrale à l'hôpital et les résultats vous ont été envoyés ainsi qu'à mon médecin traitant. Merci d'avance pour votre analyse et pour votre lecture."

Dr. Jamouille à Patiente :

"Chère Madame,

La scintigraphie montre effectivement une zone d'hypoperfusion cérébrale et une distribution hétérogène, confirmant une perfusion sanguine sous-optimale dans le cerveau. Cela renforce la nécessité de fluidifier le sang. Donc, votre condition n'a rien à voir avec le burnout. C'est une conséquence de l'attaque par le SARS-CoV-2.

Bien à vous."

Extrait du Protocole SPECT-CT Cérébral :

Sur les sections tomographiques réorientées, une fixation hétérogène du traceur est observée dans tout le cortex cérébral, avec une zone d'hypofixation plus marquée dans la région frontale droite. Fixation normale et symétrique dans les ganglions de la base, le thalamus et le cervelet.

Patiente à Dr. Jamouille :

"Bonjour Dr. Jamouille,

Merci pour votre retour rapide. Je comprends que cette scintigraphie montre qu'il s'agit bien d'un COVID chronique. Que dois-je faire à la suite de cette analyse ? Qu'est-ce que cela signifie en termes d'impact nerveux ou cognitif ? Montre-t-elle quelque chose de spécifique ? L'hypofixation dans la zone frontale droite... cela signifie-t-il que cette zone est mal irriguée ? Ce que j'ai lu sur les lobes frontaux :

Les lobes frontaux : parole et langage, raisonnement, mémoire, prise de décision, personnalité, jugement, mouvement. Le lobe frontal droit gère les mouvements du côté gauche du corps, et inversement. Cette zone étant affectée, cela explique-t-il mes problèmes de mémoire à court terme, mes difficultés à prendre des décisions, à trouver les bons mots, à raisonner correctement, à me cogner, etc. ? Pouvez-vous m'en dire plus ? Mon analyse est-elle correcte ? Puis-je espérer récupérer avec la neuropsychologie ? Qu'en est-il des traitements que vous m'avez prescrits ? Quelle expérience avez-vous sur ce sujet ? Cordialement."

Dr. Jamouille à Patiente :

"Chère Madame,

Vous exprimez le problème mieux que la plupart des neurologues. Cette maladie n'existe que depuis trois ans et nous ne connaissons toujours pas son histoire naturelle. Je vérifie le SPECT-CT tous les six mois et certains patients s'améliorent, mais je ne sais pas pourquoi. Certains patients sous cortisone à faible dose (par exemple 4 mg de Medrol) pour d'autres maladies se sont améliorés, mais cela peut être dû au hasard. Il n'y a pas de publications pour nous guider. Nous sommes dans la même situation que le SIDA dans les années 80, sauf que la recherche avance plus vite.

Essayez un mois de Naltrexone. Nous envisagerons le Piracétam plus tard. Continuez l'Aspirine 80 mg. Faites des exercices sur l'application neuronation.com et suivez les conseils de votre neuropsychologue.

Et ne perdez pas espoir.

Je reste à votre disposition."

Note

Les lecteurs souhaitant en savoir plus sur le Long COVID peuvent se référer à la bibliographie incluse dans ce rapport :

Jamouille, M., & Van Weyenbergh, J. (2024). The Covid Resistance Study project - Start 2021- Update June 2024. ORBi-University of Liège.

<https://orbi.uliege.be/handle/2268/319832>

Rapport édité avec la permission de la patiente