

Déclaration d'intérêts de 2014 à 2021

- Intérêts financiers : aucun
- Liens durables ou permanents : aucun
- Interventions ponctuelles : gilead,msd,vivvhealthcare
- Intérêts indirects : aucun



Symptômes cardiaques en Post Covid: Faire un bilan? Pour qui ? quand ? comment ?

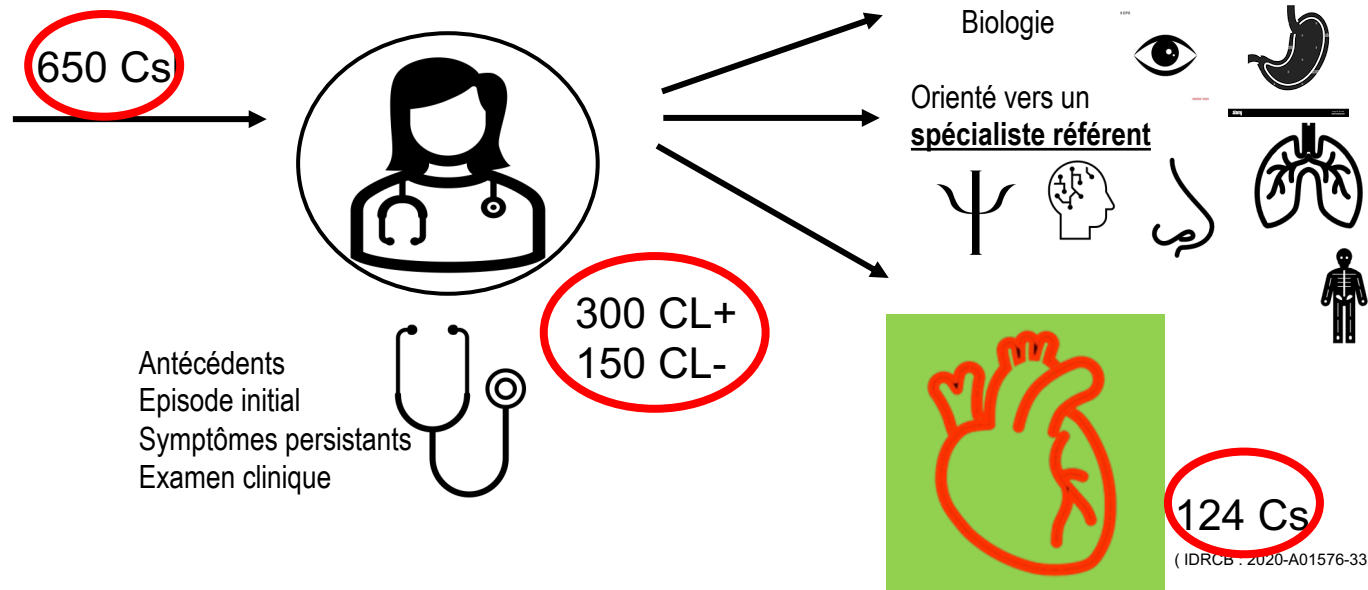
AMELIE MENARD, A MEILHAC, M CHINE L MEDDEB, P.M ROSSI, F THUNY

MARSEILLE APHM

CONSULTATION POST-COVID au CHU NORD depuis Mai 2020

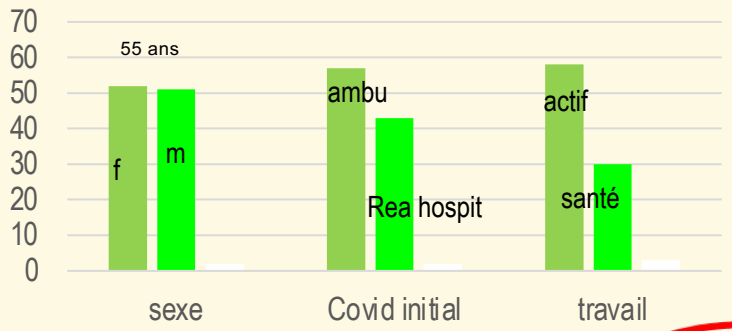


Echelle de Qualité de vie SF12
Echelle de fatigue Pichot
Echelle d'effort perçu Borg
Echelle de dyspnée mMRC
Test de la chaise avec Sat %O2
Echelle d'anxiété/depression HAD
Echelle cognitive MoCa
EVA douleur



Méthode: A S4, S24 et S48 d'une infection avec PCRSars-Cov-19 positive, les patients inclus bénéficient d'une consultation clinique de cardiologie avec 1) ECG 2) Prélèvement sanguin troponine T, NT-proBNP, D-Dimères, bilan d'hémostase 3) Échocardiographie trans-thoracique (ETT) + écho-doppler veineux « 3 points » à 1 et 12 mois 4) IRM cardiaque et Angioscanner thoracique selon les recommandations internationales. Nous proposons ici une analyse intermédiaire de nos résultats après 18 mois du début de l'étude.

Description de la cohorte n= 124 et résultats



	CL+	CL-	
Dyspnée	77,3 (58)	30,3 (20)	<0,001
Douleur thoracique	21,3 (16)	6,1 (4)	0,008
Palpitations	22,7 (17)	10,6 (7)	0,045
<u>Brulûre rétrosternale</u>	12 (9)	4,5 (3)	0,099

Overweight	18(14,8)
Obesity	33(27,0)
Immunodepression	4 (3,3)
Diabetes type I or II	21(17,2)
Dysthyroidism	3(2,7)
Renal insufficiency GFR<50	2(1,6)
Cardiovascular terrain	47(38,5)
Active smoking	14(11,5)
Respiratory disease	25(20,5)
Psychiatric background	15(12,3)
Gastroenterological history	9(7,4)

33% à S4

douleur thoracique, syncope, palpitation, dyspnée de classe III ou IV NYHA, signes congestifs d'insuffisance cardiaque gauche ou droite, frottement péricardique, anomalies ECG_d

u segment ST, des ondes T, élargissement du QRS, bloc atrio-ventriculaire du 2ème ou 3ème

22% à S24

14% à S48

Description de la cohorte n= 124 et résultats (2)

ETT : 60 patients et anormale chez 12 (20%)

Hypokinésie septale (8)

une pericardite (2)

HVG (2)

IRM CARDIAQUE : 41 patients et anormale chez 12 (29%)

10 myocardites

2 péricardites.

TOUS LES HOLTER-ECG étaient normaux (4/4). 2 cas de FA et Aucun POTS dépisté.

Biologie entre S4 etS12:

- 28% des patients avaient des D-Dimères élevés (>0,5) et 25% une anomalie de la tropo/ NT-proBNP.
- 18% d'anticorps anti phospholipides contre 1% dans la population générale

COVID long et dysautonomie

Le test d'inspiration profonde
Peut-être réalisé aisément en consultation

Cycles d'inspiration profonde suivie d'expiration
profonde avec évaluation de la Fc

Fc min (à l'inspiration) – Fc max (à l'expiration)
Différence diminuée en cas de dysautonomie

Figure 1. Deep breath test results in a 31 year old healthy female volunteer

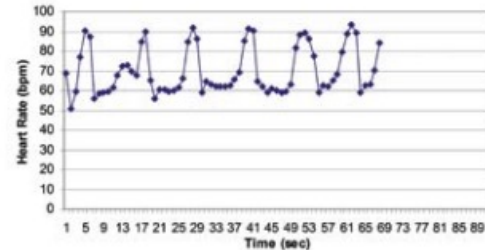
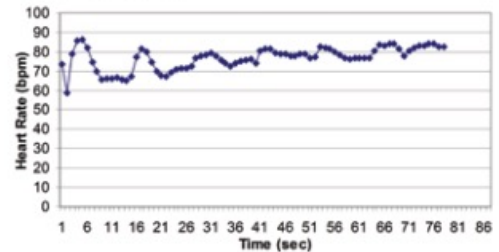


Figure 2. Deep breath test results in a 33 year old female with familial dysautonomia



Conclusion

- La prévalence des symptômes cardiaques est de 30% à 3 mois mais tend à diminuer avec le temps
- 20% des imageries cardiaques ont décelé une anomalie (10 myocardites sur 40 IRM)
- Dépister une myocardite chez les athlètes (élévation de la troponine =IRM (VPP 100%)) et/ou une péricardite avant toute rééducation type APA? Douleur thoracique typique oriente vers ETT
- Aucun lien n'est retrouvé entre le degré de sévérité initial, les comorbidités et les complications cardio-vasculaires post Covid sur le long e le terme

Atteintes cardiovasculaires

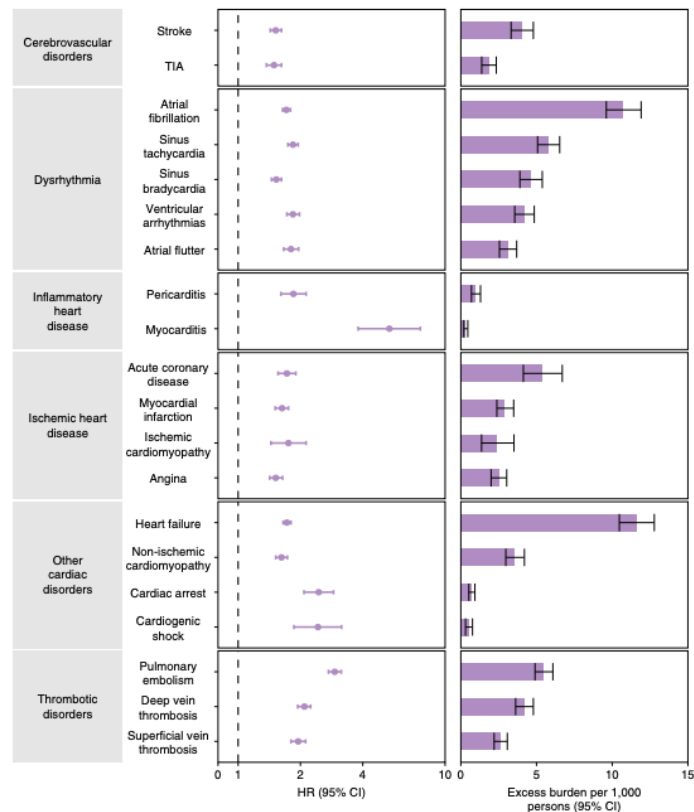
- 153 760 patients avec infection guérie au COVID 19

Dans cohorte historique des vétérans versus contrôles

- Suivi médian de 12 mois

- Risque augmenté de

- Myocardite : HR 5.38
- Péricardite : HR 1.85
- Thromboembolic disease : HR 2.93
- FA : HR 1.71
- Coronaropathie : HR 1.72



MERCI