

LONG COVID: SCHÉMA DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT

En date de Novembre 2025

Diagnostic de base

Anamnèse détaillée (accompagnée du questionnaire en ligne) [<https://www.neuropraxis-solothurn.ch/long-covid-solothurn/>]

Examen physique, y compris l'état neurologique, 10 min de test passif en position debout, ECG, température, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, dermatographisme

Laboratoire

Hémogramme différentiel, INR, pTT, fibrinogène, D-dimères, CRP, glucose, créatinine, électrolytes, transaminases, complément C3/C4, protéines totales, TSH, fT3, fT4, cortisol basal, ACTH, Ferritine, holotranscobalamine, 25-OH-Vitamin D (objectif >120 nmol/L), auto-anticorps anti-cardiolipine (IgG et IgM) et anti-béta2-glycoprotéine (IgG et IgM), ANA, anticorps anti-ADNdb, bilan urinaire

En cas de symptômes cardiaques, en plus CK, CK-MB, troponine I (hs), NT-proBNP

En cas de troubles intestinaux, en plus IgA totales, IgA anti-transglutaminase et calprotectine dans les selles

Chez les enfants : toujours inclure également IgA anti-transglutaminase et les IgA totales

Evt, récepteurs de neurotransmetteurs Ac (disponible chez [Viollier](#)), sous-populations lymphocytaires, MBL (mannose binding lectin), profil journalier des niveaux de cortisol dans la salive, immunoglobulines IgG, IgA et IgM et sous-classes d'IgG, cytokines TNF-alpha et interleukine-6 et récepteur soluble de l'interleukine-2, SARS-CoV-2 IgG qn protéine spike (immunité après infection ou infection) et/ou SARS-CoV-2 IgG nucléoprotéide (immunité après infection), EBV-VCA-IgM et -IgG, EBNA-IgG. Vitamines B1, B6, acide folique, zinc

Thérapie et conseil, les bases principales

- Intolérance à l'effort : physiothérapie et/ou ergothérapie pour l'apprentissage du pacing (pas de graded exercise therapy !)
- Syndrome d'activation des mastocytes (MCAS) : essai thérapeutique : fexofénadine 120-180 mg, éventuellement daosine aux repas (si la prise alimentaire exerce un effet significatif)

En cas d'absence de réponse à la fexofénadine, essai de kétotifène, acide cromoglique (3 x 200 mg) ou acide alpha-lipoïque (2 x 200-600 mg)

Conseils en nutrition : essayer un régime pauvre en histamine pendant quelques semaines

Essai de compléments alimentaires : L-arginine 5.0 g (si réactivation de l'herpès, en plus L-lysine 1-3 g); vi-

tamine C liposomale 500 mg 1-0-1; nattokinase 2000-8000 FU le matin à jeun; niacine formulation «no flush» 250-500 mg le matin; vitamine D 1000-3000 UI/J (objectif >120 nmol/L); L-tryptophane 500 mg 1-0-1 à jeun; N-acétylcystéine 600 mg 1-0-1; zinc 15 mg 0-0-1; sélénium 50 µg 1-0-0; quercétine 250 à 500 mg 1-0-1

- La vaccination contre le COVID-19 entraîne une amélioration des symptômes chez environ 25% des personnes atteintes du Long Covid et peut donc être envisagée (pas en cas de post-Vac !)
- Conseils avisés pour éviter d'autres infections (porter systématiquement des masques FFP2 dans les lieux publics intérieurs; veiller à ce que l'air ambiant soit de bonne qualité (optimal : filtre à air et aération régulière !), si possible aussi dans les salles de classe des enfants des personnes touchées; autotest avant toute rencontre)

- Hypotension orthostatique : chute de la tension artérielle >20 mm Hg systolique ou >10 mm Hg diastolique.
- Syndrome de tachycardie orthostatique posturale POTS : augmentation du pouls à >120/min ou de >30/min (ou >40/min entre 12 et 19 ans).

Même si les critères pour HTO ou de POTS ne sont pas tout à fait remplis, des mesures non médicamenteuses sont recommandées :

- Boire suffisamment (au moins 3 l/jour) avec un apport régulier de liquide, notamment en se réhydratant suffisamment avant de se lever le matin (jusqu'à 500 ml plus du sel, p. ex. bouillon)
- Un apport suffisant en sel, environ 8 g/jour. Recette pour une boisson électrolytique, à répartir sur la journée, surtout le matin : 250 ml de jus de fruit et 750 ml d'eau avec 0,5 cuillère à café rase de sel de cuisine
- Se lever lentement
- Bas de contention classe 2 (ou 3), pour les femmes aussi ceinture abdominale compressive
- Douches alternées, bains de pieds froids en cas de chaleur
- Absence d'alcool, peu de café
- Plusieurs petits repas

Options médicamenteuses :

- En cas de POTS, ivabradine 2.5 mg 1-0-0, augmentation à 5 mg 1-0-0 après 7 jours selon l'effet/la tolérance, éventuellement jusqu'à 7,5 mg 1-0-0 (l'ivabradine ne modifie pas la tension artérielle)
- En cas de POTS et d'hypertension: bisoprolol 1 x 5-10 mg, nébivolol 1.25-5 mg, labétalol 2 x 100-200 mg
- Autres options thérapeutiques en cas de POTS ou d'hypotension orthostatique: Pyridostigmine 10 mg 1-0-0. Si bien toléré, augmentation tous les 7 jours jusqu'à un maximum de 3 x 120 mg. Fluro-cortisone 0.1-0.2 mg, Midodrine 3 x 5-10 mg, Vericiguat 2.5 à 10 mg, Méthy-

phénidate 3 x 5-10 mg, Bupropion 150-300 mg, Venlafaxine 37.5-300 mg, Escitalopram 10 mg, Pyridostigmine 2-3 x 10-60 mg, Érythropoïétine 10,000-20,000 UI/semaine par voie sous-cutanée ou intraveineuse, Octréotide 3 x 50-200 µg par voie sous-cutanée, Clonidine 2 x 0.1-0.3 mg per os ou 0.1-0.3 mg patch par semaine

- En cas de POTS sévère, 1 litre de NaCl 0.9% par voie intraveineuse pendant 1-2 heures par semaine, titrage à 1 litre toutes les 2-4 semaines jusqu'à 2 litres par semaine

Escalade thérapeutique

- Troubles sensitifs ou dysautonomiques : orientation vers le service de neurologie d'un hôpital universitaire avec la question d'une possible neuropathie des petites fibres
- Naltrexone à faible dose : dissoudre 1 comprimé de naltrexone 50 mg dans 50 ml d'eau (1 mg de naltrexone/ml de solution). Commencer par 0,5 ml le soir, augmenter de 0,5 ml toutes les 1-2 semaines jusqu'à au moins 1,5-2,5 ml, maximum 5 ml. Si insomnie comme effet secondaire, prendre le matin
- Aripiprazole à faible dose : Aripiprazole 1 mg/ml : commencer par 0,1-0,25 ml par jour, augmenter de 0,1-0,25 ml toutes les 1-2 semaines jusqu'à un maximum de 2,0 ml. Prise sur quelques semaines
- Corticostéroïdes systémiques : prednisolone 20 mg pendant 5 jours, suivie de prednisolone 5 mg pendant 23 jours, avec pantoprazole 40 mg
- Si le profil journalier du cortisol est bas, fludrocortisone 0,1-0,2 mg, éventuellement avec 10-37,5 mg de cortisone (équivalent) par jour; envisager une évaluation endocrinologique
- Oxygénothérapie hyperbare
- Immunoglobulines intraveineuses, HELP-aphérèse, immuno-adsorption
- Anticoagulation : aspirine 75 mg, clopidogrel 75 mg et apixaban 2 x 5 mg combiné avec pantoprazole 40 mg. Prudence : Informer sur les risques de saignement, surveillance étroite !

Traitements des symptômes spécifiques

- Anosmie, dysosmie** : entraînement olfactif structuré : sentir des odeurs (rose, citron, eucalyptus et clou de girofle) pendant 30 secondes le matin et le soir, en imaginant l'odeur. Médicaments : zinc 2 x 50 mg, 1 dose de fluticasone en spray nasal ddc ou 32 mg de méthylprednisolone p. o. le matin pendant 10 jours, ou vitamine A en gouttes nasales 10'000 UI/jour pendant 8 semaine
- Fatigue, Brain Fog** : D-Ribose 1-3 x 5-10 g (pas en cas de diabète mellitus)
- Insomnie** : diphenhydramine 3-25 gouttes la nuit (en

Uniquement en cas de test passif en position debout anormal (Nasa Lean Test)

général, une faible dose suffit), mélatonine 3-10 mg la nuit (a souvent un effet bénéfique sur le brain fog), QUVIVIQ 25 - 50 mg 30 minutes avant le coucher

- Symptômes cardiaques** : toujours rechercher et traiter le POTS/hypotension posturale. En cas de réponse insatisfaisante sur le plan clinique, éventuellement IRM cardiaque 3T à la recherche d'une myocardite

- Dyspnée** : POTS/hypotension posturale? Physiothérapie respiratoire. Essai de thérapeutique avec montelukast. Bilan pneumologique, éventuellement V/Q-SPECT/CT à la recherche d'un déficit de ventilation ou de perfusion

- Déficits cognitifs** : POTS/hypotension posturale? Bupropione 150 - 300 mg. Essai thérapeutique avec 1 mg de guanfacine (Intuniv®) et 600 mg de N-acétylcystéine la nuit ; augmenter la guanfacine (Intuniv®) à 2 mg après un mois. IRM cérébrale pour exclure d'autres causes. Bilan neuropsychologique pour objectivation, éventuellement TEP [18F]-FDG pour détecter un hypométabolisme régional. Evt neuro-feedback

Douleurs :

- Duloxétine 30-60 mg, amitriptyline ou trimipramine 10-25 mg la nuit (non disponible en Suisse : milnacipran)
- Prégabaline 25-50 mg la nuit, si toléré, augmenter la dose jusqu'à max. 300 mg par jour, répartis en trois prises (petites doses pendant la journée).
- Oxcarbazépine (commencer par 150 mg la nuit, augmenter jusqu'à 2 x 600 mg) ou lamotrigine (commencer par 25 mg le matin, augmenter de 25 mg toutes les deux semaines jusqu'à 3 x 100 mg; attention : rarement un exanthème médicamenteux, surtout si on augmente trop rapidement la dose !), seule ou en association avec la prégabaline
- Topiramate, surtout en cas de surcharge pondérale (commencer par 25 mg la nuit, augmenter de 25 mg chaque semaine jusqu'à 2 x 50-100 mg)
- Tizanidine (2 mg la nuit, augmenter jusqu'à 2 x 4 mg), tramadol jusqu'à 4 x 50 mg, en cas de douleurs locales, patch de lidocaïne
- Chez les patients souffrant de douleurs et présentant un ANA positif, éventuellement Plaquenil (attention : évaluer l'efficacité après plusieurs mois seulement)
- Méthadone ou MST Continus®
- Troubles de la digestion** : syndrome d'activation des mastocytes ? Fexofénadine 120-180 mg par jour, éventuellement Daosin pendant les repas, conseils diététiques (régime pauvre en histamine). Éventuellement des probiotiques. Lors d'une éventuelle gastroscopie ou coloscopie, faire une histologie avec coloration pour les mastocytes (CD117)