

AVC de l'enfant et Sars-Cov-2

S Chabrier, C Renaud et M Kossorotoff au nom du
Centre national de référence de l'AVC de l'enfant (www.cnravcenfant.fr)
– Document court –



Ces propositions sont écrites le 08 mai 2020 et se veulent factuelles, même si le caractère très évolutif des connaissances fait que certaines informations n'ont pas encore été validées selon les critères habituels de diffusion de la connaissance. Elles se fondent sur les publications scientifiques (publiées et en prépublication) et les informations des acteurs de terrain (professionnels, familles, associations...). Elles seront actualisées régulièrement.

A noter que les alertes très récentes (28 avril 2020) d'une nouvelle forme de maladie inflammatoire de l'enfant possiblement liée à la maladie Covid-19 sont encore trop parcellaires pour être prises en compte. Nous suivons l'alerte très régulièrement.

Sars-CoV-2 et enfants

Le virus Sars-CoV-2 (communément appelé nouveau coronavirus) est connu depuis moins de 6 mois. Il est responsable de la maladie contagieuse Covid-19, encore en cours de description. La transmission est principalement respiratoire et portée par les mains.

Risque d'infection

- On a initialement cru que les enfants étaient peu à risque. Cependant les données internationales convergent désormais pour dire que les enfants sont aussi la cible du Sars-CoV-2.

- Cette impression que les enfants sont moins sensibles provient du fait qu'ils ont souvent des **formes peu voire asymptomatiques**.

- Il est possible que les enfants en dessous de 10 ans soient moins souvent infectés.

Risque de développer la maladie Covid-19

- Les **signes cliniques** sont **souvent bénins ou absents** chez l'enfant. Il s'agit des signes habituels bien connus désormais : toux, fièvre, fatigue, encombrement ORL, maux de tête, troubles du goût ou de l'odorat, difficultés respiratoires...

- La nécessité d'être hospitalisé, d'être hospitalisé en réanimation et le risque de décès sont très nettement inférieurs chez les enfants.

- Les plus jeunes, notamment les nourrissons, pourraient avoir une fréquence de formes graves un peu plus élevée.

- Les premières données pédiatriques sont aujourd'hui insuffisantes pour dire si le risque de forme symptomatique et grave est accru chez les enfants avec des antécédents médicaux.

Contagiosité

- Il est difficile de préciser aujourd'hui le risque de transmission du Sars-Cov2 par les enfants.
- Il semble plus faible qu'initialement considéré chez les plus jeunes (en dessous de 10 ans) tandis qu'il est probablement similaire aux adultes pour les adolescents.
- Quel que soit l'âge, le respect des gestes barrière et de la distanciation sociale est **le facteur déterminant permettant la diminution du risque de transmission du virus** chez les enfants et les adultes.

Confinement, déconfinement et gestes barrières chez l'enfant

- Les enfants sont parmi les victimes indirectes (c'est-à-dire même s'ils ne sont pas infectés par le Sars-Cov-2) de l'épidémie.
- Compte-tenu de ces éléments, du fait des bénéfices éducatifs, pédagogiques et sociaux au retour à la collectivité et des risques inhérents à la poursuite du confinement notamment pour les plus fragiles (angoisse, troubles du comportement et du sommeil, charge mentale, difficultés d'accès au soin, rupture de scolarité/éducation et de l'activité sportive...), **les sociétés savantes pédiatriques françaises se sont positionnées pour favoriser le retour à l'école des enfants** à partir de la période de déconfinement. Cet avis est partagé dans d'autres pays.
- Ce retour doit s'accompagner du respect des gestes barrières et de la distanciation sociale, comme prévu dans le protocole de réouverture des écoles.
- Le **suivi médical habituel des enfants** avec ou sans antécédent médical et la poursuite des soins habituels restent **indispensables**.
- Pour certains enfants ayant une maladie ou un handicap, des mesures plus strictes et notamment l'absence de retour à l'école ont pu être préconisées. Il s'agit alors d'une **décision individualisée à prendre entre l'enfant, la famille et le médecin référent.**

Sars-CoV-2 et AVC

Antécédents d'AVC et Sars-CoV-2

- Il n'y a pas d'arguments actuels pour penser que les enfants ayant eu un **AVC ancien** (AVC périnatal, infarctus cérébral artériel, thrombose veineuse et hémorragie cérébrale datant de plus de 6 mois) sont plus à risque que les autres d'être infectés par le Sars-CoV2 ni de développer une forme sévère de Covid-19.
- Il n'y a pas non plus d'arguments actuels pour penser que les enfants ayant gardé des séquelles les plus habituellement rencontrées après un AVC (trouble du développement/comportement, déficience motrice, épilepsie) sont plus à risque que les autres d'être infectés par le Sars-CoV-2 ni de développer une forme sévère de Covid-19.
- **La date de survenue de l'AVC, sa cause et son traitement** sont les facteurs à prendre en compte de manière individualisée avec le spécialiste de la maladie causale : cardiopathie, thrombophilie, traitement immunomodulateur en cours... pour une éventuelle adaptation du traitement médicamenteux ou rééducatif.
- Le traitement en cours (aspirine, anticoagulants, antiépileptiques, corticoïdes...) **ne doit être interrompu sans avis du médecin référent.**
- Les enfants avec maladie **vasculaire cérébrale chronique (drépanocytose, angiopathie de moyamoya, malformation artérioveineuse étendue, vascularite) ou récente**

(phase aiguë d'une artériopathie cérébrale focale ; artificiellement fixée à moins de 6 mois) sont possiblement plus à risque de Covid-19, bien qu'aucune donnée scientifique ne permette de l'affirmer à ce jour. Idem pour les enfants ayant un **trouble de la coagulation (thrombophilie sévère)** ou une pathologie en cours autre que l'AVC.

- Dans ces circonstances, il est proposé de prendre contact avec le médecin référent de l'enfant qui fera une analyse individualisée de la situation et de **signaler systématiquement ces antécédents à tout soignant en cas de suspicion de Covid-19**. En fonction de cette analyse individualisée il pourra être proposé en discussion avec la famille que ces enfants adoptent des mesures de prévention collectives et individuelles volontairement consenties plus strictes que les consignes recommandées dans leur pays respectif pour les enfants de leur âge.

Risque d'AVC et Sars-Cov2

- Nous n'avons pas connaissance dans la littérature pédiatrique scientifique d'un enfant ayant eu un AVC en lien direct avec la maladie Covid-19.

Risque de Covid-19 chez un enfant ayant des antécédents d'AVC

- Il n'y a pas d'arguments actuels pour dire qu'un enfant ayant des antécédents d'AVC et infecté par le Sars-Cov-2 doit avoir une prise en charge différente de celle des enfants n'ayant pas d'antécédents d'AVC.

Au final, le centre de référence de l'AVC de l'enfant propose l'attitude suivante



Il est proposé que les enfants ayant eu un AVC datant de plus de 6 mois avec une cause guérie ou disparue (accident périnatal) et sans autre pathologie en cours adoptent les stratégies de prévention individuelles et collectives recommandées pour les autres enfants de leur âge.

Les traitements en cours (aspirine, héparine, antiépileptiques...) ne doivent pas être interrompus par les familles sans avis du médecin référent. Le soin rééducatif, éducatif et social doit se poursuivre dans le respect des mesures barrières, même s'il peut être adapté aux circonstances épidémiques.



Il est proposé que les enfants ayant une maladie vasculaire cérébrale chronique (drépanocytose, angiopathie de moyamoya, malformation artérioveineuse étendue, vascularite), un AVC datant de moins de 6 mois ou un trouble de la coagulation (thrombophilie sévère) ou une pathologie en cours autre que l'AVC aient un contact avec le médecin référent de l'enfant qui fera une analyse individualisée de la situation pour éventuellement adapter le traitement médicamenteux/rééducatif et proposer des mesures de prévention collectives et individuelles plus strictes que pour les autres enfants de leur âge.
