



Académie belge de Pédiatrie s.a.r.l.
Belgische Academie voor Kindergeneeskunde r.v.a.
Av. de la Couronne, 20, 1050 Bruxelles - Kroonlaan, 20, 1050 Brussel - Tel: 02-649.21.47

BELGISCHE VERENIGING
VOOR KINDERGENEESKUNDE
SOCIÉTÉ BELGE DE PÉDIATRIE

FAQ pour la population pédiatrique – COVID-19

La Belgian Pediatric COVID-19 Task Force soumet la littérature scientifique la plus récente à des évaluations critiques. Les directives et les avis reflètent la réalité au moment de leur publication. Ceux-ci peuvent être retravaillés en fonction des nouveaux développements. Chacun est responsable de leur implémentation.

NOUVELLES FAQ (15.05.20) :

Tester en pratique ambulatoire

Pouvons-nous à présent tester des enfants en pratique ambulatoire? Et si oui, lesquels et comment?

Selon la directive Sciensano, toute personne répondant à la définition de cas doit être testée dans cette phase de l'épidémie. Il peut s'agir d'enfants présentant des symptômes respiratoires d'apparition aiguë ou de fièvre sans foyer, ou de fièvre et de diarrhée ... Ces enfants peuvent se présenter à l'hôpital, mais aussi en ambulatoire: les mêmes règles s'appliquent désormais, quel que soit le cadre et indépendamment de l'âge.

La [NOUVELLE définition complète de cas du 15 mai](#) est moins large pour les enfants et plus spécifique, donc tous les enfants n'ont pas besoin d'être testés. Les tests doivent toujours être effectués avec un [EPI comme décrit dans la procédure Sciensano](#).

Les nombres de cas positifs seront faibles chez les enfants. Mais il s'agit ici d'une stratégie de santé publique (bien que les chances de transmission soient plus faibles chez les enfants; il peut toujours y avoir des adultes asymptomatiques dans le foyer) et aussi pour rassurer les parents inquiets par rapport au retour à l'école de leurs enfants.

Attention:

Tous les cas possibles doivent être signalés afin que le suivi des contacts (tracing) puisse commencer. Cette notification obligatoire est effectuée via un formulaire électronique «COVID-19: application de laboratoire en cas de contamination suspectée SARS-CoV-2» qui a été intégré dans les logiciels électroniques pour les médecins généralistes et les hôpitaux. Jusqu'à présent, les tests ne peuvent être effectués que dans ces endroits, il existe donc une demande urgente de fournir

cette opportunité aux pédiatres ambulatoires à l'avenir.

Après le signalement, le contact est suivi par un centre d'appels central. Le formulaire électronique DOIT donc être rempli afin de commencer le suivi des contacts!

Spirométrie

Est-ce que les pneumopédiatres peuvent à nouveau faire des spirométries ?

Sur la base des directives GINA (mars 2020) et ERS, nous recommandons de limiter les tests de fonction pulmonaire aux tests urgents pour le moment en raison des risques d'infection pour le personnel. Un pré-triage des symptômes COVID (voir point 2) permettra d'avoir progressivement plus de tests (sur la base de l'épidémiologie).

Quelques règles de base à observer pour la spirométrie chez les enfants en période COVID:

1. Chaque médecin confirme l'indication urgente
2. Avant la consultation, posez un certain nombre de questions de vérification de sorte que les «patients suspects» puissent être tenus à l'écart et pour lesquels la spirométrie sera contre-indiquée. Par exemple. avez-vous récemment été en contact avec un patient COVID? Avez-vous eu des plaintes pseudo-grippales au cours des 14 derniers jours? (voir la définition de cas Sciansano)
3. EPI pour infirmières: cfr. protocole d'hygiène de l'hôpital local
4. En relation avec les dispositifs de fonction pulmonaire, nous nous référons à la firme, mais la plupart affirment que les filtres devraient arrêter les virus de la taille de Sars-Cov-2. Vérifiez les spécifications du filtre: il doit également filtrer les virus et doit être remplacé après chaque patient.
5. La possibilité d'une bronchodilatation doit être envisagée localement en fonction de la disponibilité d'une salle de spirométrie séparée (où le patient reste entre les deux tests). Dans tous les cas, uniquement bronchodilatation avec chambre d'inhalation (pas d'aérosol!).
6. Ne laissez pas le patient retirer son masque jusqu'au moment où il doit faire sa spirométrie. Fournir un tissu/mouchoir à plusieurs couches pour que le patient puisse tousser en cas de toux. Ensuite bonne hygiène des mains.
7. Évidemment désinfection entre chaque patient comme dans les salles de consultation.

AUTRES FAQ

Retour des enfants à l'école

Les autorités ont décidé de laisser les enfants retourner à l'école prochainement. Est-ce prudent ?

Les enfants peuvent être infectés par le SARS-CoV-2 mais la plupart du temps ils ne tombent pas gravement malades ou restent asymptomatiques. Les infections graves chez les enfants sont très rares. Certaines études suggèrent que les enfants sont [aussi fréquemment infectés](#) mais que l'infection connaît un développement asymptomatique. Une étude de la population d'[Islande où les écoles fondamentales sont restées ouvertes](#), a révélé un taux d'infection très faible chez les jeunes enfants mais aussi chez les adultes.

Contrairement aux autres virus des voies respiratoires, il semble que le virus du SARS-CoV-2 ne soit

[pas facilement transmis par les enfants](#). Les données scientifiques actuelles (27.04.2020) montrent que c'est par les adultes et pas par les enfants du même ménage que l'on risque le plus d'être contaminé.

Comme il est essentiel, tant sur le plan éducatif qu'émotionnel, que les enfants retournent à l'école, le consensus général de [la littérature nationale \(limitée\)](#) est que les écoles peuvent rouvrir en sécurité et dans le respect des mesures présentées par les autorités. En dehors des écoles, il est demandé que les enfants et leurs parents se tiennent encore à distance des personnes âgées et des personnes atteintes de comorbidités.

Que se passe-t-il si mon enfant est atteint d'une affection chronique ?

La plupart des enfants atteints d'affections chroniques comme l'asthme et le diabète ne tombent pas plus gravement malades que les autres enfants s'ils contractent une infection au SARS-CoV-2. La Task Force pédiatrique, en concertation avec les départements pédiatriques des universités belges et les associations des sous-spécialités, ont établi une liste (limitée) des enfants à risque que ne rentreront pas encore à l'école ces prochaines semaines. Cette liste est disponible [ici](#).

Mon enfant peut-il rentrer à l'école/la crèche si à la maison une autre personne (adulte ou enfant) est infectée (suspecté ou confirmé) par le SARS-CoV-2 ?

Les contacts avec les personnes infectées par le SARS-CoV-2 sont autorisés – d'après la directive actuelle de Sciensano (27.04.2020) – et ces personnes peuvent aller à l'école/travailler pour autant qu'elles soient asymptomatiques. Gardez un œil sur le site internet de Sciensano pour être informé des nouvelles découvertes scientifiques.

FAQ NOUVEAUX-NÉS

Nouveau-né et mère COVID-19

La mère et l'enfant doivent-ils être séparés? Qui peut venir en visite?

Lisez le protocole complet [ici](#).

Nouveau-nés en N* et à la NICU pendant la crise du corona

Que se passe-t-il avec les nouveau-nés en N* ou à la NICU pendant la pandémie du COVID-19 ?

Lisez la guideline de la Pediatric COVID-19 Task Force [ici](#).

QUESTIONS PLUS ANCIENNES

Arythmie ou mort subite due au COVID-19 ?

Y a-t-il un risque que les patients jeunes avec COVID-19 (y compris les enfants) présentent une arythmie ou une mort subite?

Tout comme dans la grippe, le SARS-CoV-2 peut également, dans des cas exceptionnels, provoquer une myocardite (inflammation du muscle cardiaque) chez les jeunes, avec un risque d'arythmie. Pour le moment, cependant, il semble que les hommes particulièrement âgés souffrant de comorbidités (pathologie cardiovasculaire, maladies chroniques sévères...) courent un risque plus élevé d'insuffisance cardiaque dans le cadre d'un COVID-19. Les enfants hospitalisés bénéficient d'un monitoring cardio-respiratoire. Le dosage de troponine ne doit être envisagé que chez les enfants qui sont les plus malades (p.ex. admission aux soins intensifs avec suspicion clinique de myocardite). Dans les cas bénins (en particulier quand hospitalisation n'est pas requise), ce qui représente la majorité des enfants, le risque d'arythmie et de mort subite est très faible.

Risques liés aux inhibiteurs de l'ECA ou aux ARA ?

Les enfants atteints d'une pathologie rénale ou d'hypertension doivent-ils cesser de prendre des inhibiteurs de l'ECA ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA), en cette période d'épidémie du COVID-19 ?

Selon l'avis de « l'American Society of Pediatric Nephrology », il ne faut pas arrêter un traitement aux inhibiteurs de l'ECA ou aux ARA.

Comme avec le SARS-CoV original, l'enzyme ECA-2 est le site de liaison du SARS-CoV-2 dans les poumons. Une hypothèse récente a laissé entendre que le risque de contracter le COVID-19 serait plus élevé chez les patients prenant des inhibiteurs de l'ECA et des ARA. Cependant, il s'agit d'une spéculation basée uniquement sur des études expérimentales chez l'animal montrant une expression accrue de l'ECA-2 dans différents organes. Actuellement, il n'y a donc aucune preuve confirmant un risque plus élevé de SRAS-CoV-2 ou COVID-19 chez les patients qui prennent ces médicaments.

Les enfants à la crèche

Est-ce une bonne idée de laisser les enfants aller à la crèche? Y a-t-il un risque élevé que mon enfant contracte le COVID-19 puis me transmette le virus?

Selon le niveau de preuve actuel (28 mars 2020), le risque de contracter le virus par des adultes vivant dans le même foyer est le plus élevé. Certaines indications tendent à montrer que les enfants sont infectés tout aussi fréquemment, mais présentent une maladie beaucoup plus bénigne. Cependant, le rôle que jouent les enfants dans la transmission du virus n'est toujours pas clair.

La Joint Commission de l'OMS en Chine n'a rapporté aucun cas de transmission d'un enfant vers un adulte dans le cadre du « contact tracing ». Cependant, une étude modèle récente de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (manuscrit non-évalué par les pairs) suggère que le faible nombre de cas pédiatriques peut s'expliquer par le fait que les enfants sont le plus souvent asymptomatiques.

Si les parents n'ont pas d'autres options pour garder leurs enfants, de bonnes pratiques d'hygiène (tousser dans son coude, lavage très régulier des mains ...) sont recommandées pour le personnel de la crèche (car la distanciation sociale n'est pas possible pour les tout-petits). Il ne semble pas non plus judicieux de laisser les enfants qui fréquentent la crèche entrer en contact avec des personnes âgées ou des personnes atteintes de comorbidité. (Niveau d'évidence: « faible »)

Travailler à la crèche

Travailler dans une crèche présente-t-il un risque de contracter le COVID-19 et la personne travaillant dans une crèche doit-elle prendre des précautions particulières?

Selon le niveau d'évidence actuel (29 mars 2020), les enfants pourraient jouer un rôle dans la transmission (taux d'attaque de 7% dans une étude de Shenzhen où les contacts étaient également largement dépistés). Cependant, en l'absence de grandes études sérologiques, il est impossible d'être certain du nombre réel d'enfants infectés et de leur rôle dans la transmission. De bonnes mesures d'hygiène sont de toute façon appropriées et le contact des membres du personnel avec des personnes âgées ou des personnes présentant une comorbidité doit impérativement être évité. (Niveau d'évidence: « faible »)

Vaccination

Devons-nous poursuivre les vaccinations de routine ?

Nous insistons sur le fait que la vaccination des nourrissons, en priorité jusqu'à 15 mois, est essentielle pour éviter que dans le futur, après le confinement, nous devions à nouveau faire face à des épidémies de rougeole, la coqueluche, H influenzae ... Début avril, Kind & Gezin (équivalent de l'ONE en Flandre) fournira les services prioritaires (vaccins) et d'ici là les nourrissons peuvent également consulter un médecin généraliste / pédiatre dans un flux de patients «non-COVID-19» (après un contact téléphonique). L'ONE reste ouvert pour les vaccinations des enfants jusqu'à 15 mois.

Renvoi aux urgences

Les médecins généralistes doivent-ils immédiatement envoyer les enfants souffrant de fièvre >3 jours ou d'aggravation des signes respiratoires aux urgences?

Non. Les médecins généralistes contactés par téléphone au sujet d'enfants qui ne sont pas gravement malades devraient voir ces enfants (avec un équipement de protection) au poste de garde GP COVID-19. De toute façon, les services d'urgences seront débordés. Si les enfants présentent des signes inquiétants, le médecin généraliste doit contacter un pédiatre équipé pour recevoir des enfants atteints du COVID-19 et l'enfant sera vu dans le bon circuit, à la consultation pédiatrique ou dans le service d'urgence, en fonction des symptômes.

Salle d'attente

N'y a-t-il un grand risque que les enfants soient infectés dans la salle d'attente?

Le risque que les enfants soient infectés est de toute façon faible et des mesures appropriées de contrôle des infections (distance de sécurité, lavage des mains, tousser dans son coude...) doivent être prises dans n'importe quel poste de médecin ou service d'urgence.

Aérosols

Les aérosols présentent-ils un danger pour le personnel de soin quand réalisés chez

des enfants suspects de COVID-19?

Il a été prouvé que :

- la nébulisation pouvait générer une toux du patient contaminant l'air et le dispositif nébuliseur
- la nébulisation pouvait générer des pertes d'aérosol dans l'air ambiant
- le réservoir du nébuliseur pouvait être contaminé par la salive du patient lors de la séance d'inhalation et en conséquence aérosoliser le COVID-19 dans l'air ambiant.

Des travaux récents rapportent une virulence effective du COVID-19 dans l'air ambiant jusqu'à 3h après sa nébulisation sous forme de gouttelettes. En conséquence, le GAT (Groupe Aérosol Thérapie) recommande d'utiliser en première intention, en lieu et place de la nébulisation, les inhalateurs prêts à l'emploi comme les **aérosols-doseurs pressurisés (pMDI) et aérosols-doseurs de poudre (DPI)**, notamment en situation d'urgence comme lors d'exacerbations d'asthme.

Dans les cas où les aérosols doseurs (pMDI ou DPI) sont indisponibles ou inadaptés, le GAT recommande l'utilisation préférentielle de **nébuliseurs à usage unique** (nébuliseur marqué d'un 2 barré) et/ou munis d'un **filtre sur le circuit expiratoire**.

Le GAT recommande la réalisation de la séance de nébulisation dans une pièce ventilée et isolée des autres personnes. Le GAT recommande le **port du masque de type FFP2 jusqu'à 3 heures minimum après la séance de nébulisation** pour toute personne amenée à se trouver dans la pièce où la nébulisation a été réalisée.

Asthme

Que faire pour mes patients traités par corticoïdes inhalés dans le cadre d'un traitement de fond pour l'asthme ?

Poursuivre le traitement habituel, les données actuelles ne montrent pas un risque accru de maladie sévère à Covid-19 chez des enfants traités par corticoïdes inhalés.

Pas de protection personnelle minimale

Je suis médecin généraliste ou pédiatre et je ne dispose pas du matériel (masques, blouses, gants) pour examiner un patient avec syndrome respiratoire fébrile. Puis-je tout de même poursuivre mes activités en veillant à une bonne hygiène des mains ?

Non, vous devez absolument travailler dans un environnement sécurisé. Sans matériel de protection vous devez pratiquer la télémedecine et référer vos patients vers un centre Covid-19 si votre patient a besoin d'un examen clinique plus complet ou s'il a besoin d'être hospitalisé.

Changer de vêtements

Dois-je changer de vêtements quand je rentre à la maison après avoir fait mes consultations ?

Non, pas nécessairement. Si vous avez pris les mesures d'hygiène recommandées lors de vos consultations, il suffit de bien vous laver les mains au retour. Le virus peut survivre

jusqu'à 4 heures sur le cuivre, 24 heures sur du carton et jusqu'à 2 à 3 jours sur le plastique et l'acier inoxydable. Sa survie sur les vêtements est probablement de quelques heures. Cependant si vous avez travaillé dans un environnement qui traite des patients Covid-19, il est préférable de laver vos vêtements et de vous changer.

Ibuprofène

Est-il vrai que l'ibuprofène peut aggraver un tableau de Covid-19 chez l'enfant ?

Il n'y a aucune donnée à ce jour (ni en Chine, ni en Italie) qui démontrent une aggravation de Covid-19 chez l'enfant suite à la prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens. Cependant, de façon générale, il est recommandé de privilégier l'utilisation d'antipyrétiques de type paracétamol si la prise d'antipyrétiques est vraiment nécessaire (inconfort de l'enfant).

Gastro-entérite

Un enfant présentant un tableau de gastro-entérite doit-il être considéré comme cas possible de Covid-19 ?

Oui, jusqu'à preuve du contraire ce patient est suspect de Covid-19 : tout enfant fébrile même sans signe respiratoire est suspect et les mesures d'isolement et de protection doivent être appliquées.

Auteurs: Dimitri Van der Linden et Daan Van Brusselen

Vous n'avez pas trouvé de réponse à votre question?

Posez-la à la COVID-19 Belgian Pediatric Task Force via covidpediatrie@gmail.com

Les informations pratiques et actualisées journallement se trouvent sur le site de Sciensano <https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Pages/2019-nCoV.aspx>