

Plateforme mondiale de données cliniques sur la COVID-19 :

cahier d'observation pour les cas suspects de syndrome inflammatoire multisystémique présentant un lien temporel avec la COVID-19 chez les enfants et les adolescents

Définition de cas préliminaire

Enfants et adolescents âgés de 0 à 19 ans présentant une fièvre pendant ≥ 3 jours

ET deux des signes suivants :

- éruption cutanée ou conjonctivite bilatérale non purulente ou signes d'inflammation mucocutanée (bouche, mains ou pieds) ;
- hypotension ou état de choc ;
- signes de dysfonctionnement myocardique, de péricardite, de valvulite ou d'anomalies coronariennes (anomalies à l'échocardiographie ou taux élevés de troponine/NT-proBNP) ;
- éléments révélateurs d'une coagulopathie (anomalie du TP, TCA, D-dimères élevés) ;
- troubles gastro-intestinaux aigus (diarrhées, vomissements ou douleurs abdominales) ;

ET

des marqueurs d'inflammation élevés tels que l'ESR, la protéine C-réactive ou la procalcitonine

ET

aucune autre cause microbienne évidente d'inflammation, comme une septicémie bactérienne ou des syndromes de choc staphylococcique ou streptococcique

ET

éléments révélateurs d'une COVID-19 (par RT-PCR, test de détection d'antigènes ou sérologie positive) ou contact probable avec des patients atteints de COVID-19.

Remarque : il convient d'envisager ce syndrome chez les enfants présentant des caractéristiques de la maladie de Kawasaki typique ou atypique ou du syndrome de choc toxique.

MODULE 1 : Remplir ce cahier d'observation pour tous les enfants âgés de 0 à 19 ans chez lesquels un trouble inflammatoire multisystémique est soupçonné (même si les critères de la définition de cas ne sont pas tous satisfaits, l'objectif étant de recueillir des informations sur le spectre complet de la maladie). Commencer à remplir le cahier au moment où la maladie est suspectée. Soumettre le module 1 lorsque les résultats des investigations initiales incluses dans la définition de cas sont disponibles.

Nom de l'établissement _____ Pays _____

Date à laquelle le module a été rempli [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A]

Date d'hospitalisation [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A]

1h. IMAGERIE ET TESTS DE DÉTECTION DES AGENTS PATHOGÈNES

(à remplir à la réception des résultats des tests demandés lors de la suspicion de syndrome inflammatoire multisystémique)

Radiographie thoracique/TDM effectuée Oui Non Inconnu **Si oui, résultats** _____

Échocardiographie effectuée Oui Non Inconnu

Si oui, signes de dysfonctionnement myocardique ? Oui Non Inconnu

signes de péricardite ? Oui Non Inconnu

signes de valvulite ? Oui Non Inconnu

anomalies coronariennes ? Oui Non Inconnu

Autre examen d'imagerie cardiaque effectué Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le nom de l'examen d'imagerie et les résultats _____

Test de détection d'agents pathogènes bactériens

Pathogène bactérien Positif Négatif Non réalisé

Si positif, préciser _____

Test de dépistage du SARS-CoV-2

RT-PCR Positif Négatif Non réalisé Site de prélèvement de l'échantillon _____

Test rapide de détection d'antigènes Positif Négatif Non réalisé Site de prélèvement de l'échantillon _____

Test rapide de détection d'anticorps Positif Négatif Non réalisé

ELISA Positif Négatif Non réalisé Si réalisé, titres _____

Test de neutralisation Positif Négatif Non réalisé Si réalisé, titres _____

Autre test ? Préciser _____ Résultats _____

1i. TRAITEMENTS : avant la soumission du module 1, le patient a-t-il reçu l'un des traitements suivants :

Liquides par voie orale/orogastrique ? Oui Non Inconnu

Liquides par voie intraveineuse ? Oui Non Inconnu

Antiviraux ? Oui Non Inconnu

Si oui Ribavirine Lopinavir/Ritonavir Inhibiteur de la neuraminidase Tocilizumab Anakinra Ivermectine

Interféron alpha Interféron bêta Remdésivir Autre, préciser _____

Corticoïdes ? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le nom _____; Voie Orale/rectale Parentérale (IM/IV) Inhalation Topique

Inconnu

Si oui, indiquer la dose journalière maximale _____

Immunoglobuline par voie IV ? Oui Non Inconnu

Si oui, dose journalière _____; Nombre de jours de traitement _____

Immunomodulateurs ? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le nom _____; Voie Orale/rectale Parentérale (IM/IV) Inconnu

Antibiotiques ? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le nom _____; Voie Orale/rectale Parentérale (IM/IV) Inconnu

Agent antifongique ? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le nom _____; Voie Orale/rectale Parentérale (IM/IV) Inconnu

Agent antipaludique ? Oui Non Inconnu Si oui, préciser _____;

Si oui, préciser le nom _____; Voie Orale/rectale Parentérale (IM/IV) Inconnu

Agent expérimental ? Oui Non Inconnu Si oui, préciser _____;

Si oui, préciser le nom _____; Voie Orale/rectale Parentérale (IM/IV) Inconnu

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le nom _____; Voie Orale/rectale Parentérale (IM/IV) Inconnu

Anticoagulation systémique ? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le nom _____; Voie Orale/rectale Parentérale (IM/IV) Inconnu

Autres ? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le nom _____; Voie Orale/rectale Parentérale (IM/IV) Inconnu

Si oui, préciser le nom _____; Voie Orale/rectale Parentérale (IM/IV) Inconnu

Si oui, préciser le nom _____; Voie Orale/rectale Parentérale (IM/IV) Inconnu

MODULE 3. Remplir et soumettre ce module au moment de la sortie d'hôpital ou du décès du patient

3a. TABLEAU CLINIQUE SOMMAIRE ACTUEL			
<i>(inclure tous les signes observés à un moment quelconque entre la date d'hospitalisation et celle de sortie/décès)</i>			
Fièvre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Durée de la fièvre	___ jours		
Éruption cutanée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Conjonctivite bilatérale non purulente	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Signes d'inflammation de la muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Signes d'inflammation cutanée des extrémités (mains ou pieds)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Hypotension (en fonction de l'âge)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Tachycardie (en fonction de l'âge)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Allongement du temps de remplissage capillaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Pâleur/marbrures de la peau	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Mains/pieds froids	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Production d'urine <2 ml/kg/h	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Douleurs thoraciques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Tachypnée (en fonction de l'âge)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Détresse respiratoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu

3b. RÉSULTATS DE LABORATOIRE					
<i>(consigner le résultat le plus anormal obtenu entre le début de l'hospitalisation et la sortie/le décès) (*indiquer les unités si elles sont différentes de celles proposées)</i>					
Paramètre	Valeur*	Non réalisé	Paramètre	Valeur*	Non réalisé
Marqueurs d'une inflammation/coagulopathie			Marqueurs d'un dysfonctionnement organique		
Hémoglobine (g/l)		<input type="checkbox"/>	Créatinine (µmol/l)		<input type="checkbox"/>
Numération leucocytaire (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Sodium (mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Neutrophiles (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Potassium (mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Lymphocytes (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Urée (azote uréique)		<input type="checkbox"/>
Hématocrite (%)		<input type="checkbox"/>	Glucose (mmol/l)		<input type="checkbox"/>
Plaquettes (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Pro-BNP (pg/ml)		<input type="checkbox"/>
TCA/ratio		<input type="checkbox"/>	Troponine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
TP (secondes)		<input type="checkbox"/>	Créatine kinase (U/l)		<input type="checkbox"/>
INR		<input type="checkbox"/>	LDH (U/l)		<input type="checkbox"/>
Fibrinogène (g/l)		<input type="checkbox"/>	Triglycérides		<input type="checkbox"/>
Procalcitonine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>	ALAT/SGPT (U/l)		<input type="checkbox"/>
CRP (mg/l)		<input type="checkbox"/>	Bilirubine totale (µmol/l)		<input type="checkbox"/>
VS (mm/h)		<input type="checkbox"/>	ASAT/SGOT (U/l)		<input type="checkbox"/>
D-dimères (mg/l)		<input type="checkbox"/>	Albumine (g/dl)		<input type="checkbox"/>
IL-6 (pg/ml)		<input type="checkbox"/>	Lactate (mmol/l)		<input type="checkbox"/>
Ferritine (ng/ml)		<input type="checkbox"/>			

3f. ISSUE

(à remplir lors de la sortie d'hôpital/du décès du patient)

Issue Sortie vivante Hospitalisation Transfert vers un autre établissement Décès Départ contre avis médical Inconnu

Date de l'issue [J] [J] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A] Inconnu

En cas de sortie vivante

Soins nécessaires à la sortie d'hôpital par rapport à avant la maladie Mêmes besoins qu'avant la maladie

Besoins plus importants Besoins moindres Inconnu

Quelle a été l'appréciation du médecin concernant le diagnostic final ?

Syndrome inflammatoire multisystémique Oui Non Inconnu

Maladie de Kawasaki Oui Non Inconnu

Maladie de Kawasaki atypique Oui Non Inconnu

Autre, préciser _____

Le patient présentait-il des séquelles à la sortie de l'hôpital ? Si oui, préciser _____