

Prise en charge des patients infectés par sars cov2

75% des patients infectés par la covid 19 présentent des symptômes cliniques fièvre, myalgies , céphalées , perte goût et odorat , diarrhées , toux
La gravité de l'infection est dans l'intensité des signes respiratoires
La dyspnée apparaît après une médiane de cinq jours d'évolution.
Un syndrome de détresse respiratoire aiguë est présent dans 20% des cas

les pneumopathies bilatérales graves hypoxémiantes sont constatées à J7 - J12 de l'évolution. La libération explosive et incontrôlée de molécules (cytokines) pro-inflammatoires est un des facteurs d'aggravation majeure.
IL est donc important de déterminer au mieux le début des symptômes afin d'anticiper le début des complications

CRITÈRES D'HOSPITALISATION EN unité covid

- *SpO2 < 95% en air ambiant, en l'absence d'affection respiratoire chronique
- *augmentation des besoins en O2
- *fièvre persistante au delà des 7 jours
- *anomalies biologiques
- *polypnée (FR ≥ 20 min)
- *Altération majeure de l'état général, déshydratation
- *décision de non transfert en USC ou réanimation/ décision LATA (existence d'une directive anticipée, décision prise en accord avec la famille, tuteur légal ou pronostic extrêmement réservé)
- *Critères péjoratifs avec une atteinte sup a 25% au TDM thoracique
- *facteurs de risque: Pathologies respiratoires chroniques sévères (insuffisance respiratoire chronique, BPCO, fibrose pulmonaire, asthme sévère...). Cardiopathies chroniques ou HTA mal équilibrée
Immunodépression sévère (greffe d'organe, traitement immunosuppresseur, HIV< 200 CD4) Cancer évolutif ou sous traitement, antécédent récent de néoplasie Diabète associé à un surpoids (BMI > 25 kg/m2) (Insuffisance rénale chronique, dialyse (mortalité jusqu'à 40% des patients atteints) Obésité avec BMI > 35 kg/m2 Cirrhose hépatique
- *Conditions socio-économiques ne permettant pas un suivi à domicile et la possibilité de respecter l'isolement

Bilan initial

-bilan standard : ECG , biologie standard , BHC, troponine Ddimeres, ntpoBNP, hemocultures , fibrinogène (a repeter a H48)

-RT-PCR et/ ou test antigeniques (patients symptomatiques depuis moins de 4jours, < 65 ans en l'absence de signe de gravite)

-antigenurie pneumocoques et legionnelles (en cas de negativite , stop macrolides)

-gaz du sang :un oxygenodependance > 3L est une valeur charnière entre formes graves ou non(a repeter en fonction de la clinique)

-TDM thoracique :

Tout comme pour le SARS, l'extension et la gravité des lésions en imagerie auraient également une valeur pronostique.. la Société Française de Radiologie a proposé une évaluation visuelle de l'extension des lésions, avec plusieurs stades comprenant une atteinte minimale (<10 %), modérée (10-25 %), importante (26-50 %), sévère (51 à 75 %) et critique (>75 %) (22).

Un risque d'évolution défavorable a davantage été observé chez les patients avec une atteinte importante et sévère sur l'imagerie initiale .

Des anomalies initialement modérées au début de la maladie (J 0-4) peuvent s'aggraver secondairement dans les jours suivants et atteindre des stades sévères voire critiques.

Penser a EP si ddimeres augmentés

Traitement :

1/ oxygenotherapie : qsp pour sat >94%

L'Oxygénothérapie à un débit <6l/min sera réalisée avec des lunettes et avec une protection par masque par dessus les lunettes ++.

au delà de 3 l/min , discuter passage en usc avec reanimateur et pneumologues car nécessité de surveillance scopée

Éviter l'utilisation de l'aérosolthérapie en dehors du traitement de la crise d'asthme sévère chez un asthmatique connu, en chambre aérée fenêtre ouverte.

L'oxygénothérapie à fort débit en ventilation spontanée, associée au décubitus ventral pourrait permettre de retarder voire sursoir à l'intubation et à la ventilation mécanique,

2/ Antibiotherapie

une antibiothérapie probabiliste peut être mise en route en attendant les résultats de la PCR et de l'antigenurie pneumocoques et legionnelle

- chez les patients en présence de comorbidités : amoxicilline-acide clavulanique 1 g x 3/j (si allergie vraie pristinamycine 1 g x 3/j) et rovamycine 1,5MUIX3;

- s'il existe des critères de gravité (pneumopathie hypoxeminante bilaterale extension > 25%): ceftriaxone 1G ou céfotaxime 1 g x 3/j associée à spiramycine 1.5 MUI x 3/j) en cas d'allergie vraie aux bêta lactamines, lévofloxacine 500 à 1000 mg/j.

-on peut arrêter la rovamycine si antigenurie négative . La poursuite de l'antibiotherapie doit être discutée car il existe peu de co infection bactérienne lors de la 1ere semaine mais dépend également de l'introduction des corticoïdes

—

3/ corticoïdes :

—

Les patients n'ayant pas besoin d'oxygène et qui ne sont pas hospitalisés ne doivent pas recevoir de dexaméthasone. Celle-ci a même un effet délétère, dans l'étude Recovery, chez les patients ne recevant pas d'oxygène Il ne peut être envisagé d'administrer la dexaméthasone chez les malades moins graves et a fortiori en ville.

—

La dexaméthasone est le premier médicament à avoir montré qu'il améliorerait la survie dans la Covid-19

Le **JAMA**, confirme la diminution de 21 % de la mortalité dans les formes sévères oxygénorequérantes.

—

Il pourrait être intéressant de prescrire **la dexamethasone 6mg /j chez patients ayant une sat < 94% en AA et une atteinte pulmonaire > 25% au TDM, a partir du 6 e jour après début des symptômes (cf orange cytokinique de J6 a J12)**

—

Durée 6 a 10 jours (en fonction du sd inflammatoire , CRP , fibrinogène)

—

alternatives : Si la dexaméthasone n'est pas disponible, d'autres glucocorticoïdes peuvent être utilisés ; dans ce cas les posologies équivalentes à 6 mg/j de dexaméthasone sont 32 mg/j pour la méthylprednisolone et 40 mg/j pour la prednisone et 6mg de betamethasone (celestene)

NB :attention a la décompensation du diabète sous corticoïdes a traiter par insulinothérapie

4/ HBPM

une embolie pulmonaire est retrouvée chez 30% des patients hospitalisés pour covid dans une étude française et indique la prescription d'une anticoagulation efficace:

- enoxaparine 100ui/kg/12h si fonction rénale normale
- HNF 500ui/kg/24H pour héparinémie entre 0.5 et 0.7 UI/ml si clairance créat <30ml/min

l'évolution des patients devra faire discuter des modalités de retour au domicile avec ou sans oxygénothérapie