

**Indications d'hospitalisation**

Hospitalisation Indispensable si au moins un critère suivant :

- Saturation < à 94% air ambiant ou < à 90% chez l'insuffisant respiratoire chronique
- Dyspnée de repos ou à l'effort mineur (marche)
- Scanner : atteinte bilatérale majeure (touchant plus de 3 lobes)
- Comorbidités majeures : âge > 65 ans, Insuffisance d'organe chronique (respiratoire, rénale, hépatocellulaire avec cirrhose > stade B), diabète, immunodépression dont hémopathies et cancer, obésité avec IMC > 30kg/m<sup>2</sup>, grossesse au 3<sup>e</sup> trimestre

**Prise en charge initiale**

- Isolement strict (Gouttelette + contact)
- PCR COVID 19 ou recherche d'antigène sur frottis naso-sinusien
- Chambre seule en attente des résultats de la PCR ou antigène
- Préciser dans le dossier la date du premier jour des symptômes
- Recherche de signes de gravité :
  - FR > 30, SatO<sub>2</sub> < à 90% ou O<sub>2</sub> ≥ 6 l/min pour obtenir SatO<sub>2</sub> > 96 %,
  - FC > 120/min, Pas < 90mmHg, marbrures, troubles de la vigilance
- ECG pour mesure de l'espace QT
- Biologie initiale :
  - NFS, TP, TCA, CRP, PCT, fibrinogène, Ionogramme sanguin, urée, créatinine, ferritine, BHC, triglycérides, D-Dimères, CPK, LDH, BNP, Troponines cardiaques, hémocultures, test grippe, Antigénuries légionnelle et pneumocoque, Gaz du Sang.
  - Bêta-HCG chez femme en âge de procréer
  - Selon l'âge du patient, sérologies de dépistage : VIH, VHB, VHC
- Imagerie thoracique : **non systématique**. TDM non injectée si signe de gravité de pneumonie
  - **Si TDM : filière Covid 19 en appelant le 2313**
  - Avec injection pour recherche d'EP en réanimation ou signe de gravité
- **Si possible : définir les patients en limitation de soins** en remplissant la « Fiche Covid d'orientation des patients pré-réanimatoire »

**Traitements non spécifiques :**

- Oxygénothérapie pour SatO<sub>2</sub> objectif 94 % ou < 90% chez l'IRC
- Pas d'aérosols sauf nécessité absolue – privilégier : ventoline / sérétide avec chambre d'inhalation
- Pose d'une VVP systématique
- Hydratation sans remplissage massif
- Antalgique/antipyrétique : paracétamol / tramadol / neofam
- **Contre indication aux AINS**
- Si corticothérapie au long court ne pas arrêter.
- Kinésithérapie respiratoire

**Antibiothérapie :**

**Peu de co-infection ou sur-infection (< 5%), une antibiothérapie ne doit pas être débutée systématiquement. L'expectoration purulente est un signe fort en faveur d'une infection bactérienne**

- **Amoxicilline-acide clavulanique (3g/j) ou Ceftriaxone (1g/j) si :**
  - o Foyer auscultatoire ou radiologique, CRP > 50mg/l, PCT positive, IRC, aggravation respiratoire
- **Association Ceftriaxone + Spiramycine 1,5MU 3/j :**
  - o si signes de gravité et éléments pour surinfection
    - C3G : privilégier la Ceftriaxone pour limiter le nombre d'entrée dans la chambre
    - Alternative à la Spiramycine : Azithromycine 250mg 1/j ou Roxithromycine 150mg 2x/jour

**Le choix de l'azithromycine par rapport aux autres macrolides ne repose sur aucune preuve scientifique**

**A noter :** peu de surinfection bactérienne, mais risque majoré sous immunosuppresseur en réanimation.

Chez les patients de réanimation : risque d'aspergillose – y penser par la demande de sérologie,  $\beta$ -D-Glucane et l'imagerie thoracique / sinus.

→ **Réévaluer arrêt de l'antibiothérapie à 48 h :** Arrêt si PCT négative, si pas d'amélioration de la CRP et résultat de l'antigénurie légionelle

**Anticoagulation :**

- **Préventive :** Chez les patients à faible risque (IMC < 30kg/m<sup>2</sup>, non en USC ou réanimation) : Lovenox 0.4 ml x 1/j
- **Dose intermédiaire :** Patients à haut risque (IMC > 30kg/m<sup>2</sup>, ATCD personnel de TVP/EP, hospitalisation en USC ou réanimation) et en l'absence de risque hémorragique (HTA non contrôlée, hémorragie majeure récente < 7 jours, thrombopénie < 75G/l, anomalie de l'hémostase) :

**Enoxaparine**

DFG*	POIDS RÉEL	POSOLOGIES AJUSTÉES AU POIDS : TOUS LES PATIENTS
> 30	< 50 kg	4000 UI (0.4 mL) 2x/j
	50 à < 70 kg	5000 UI (0.5 mL) 2x/j
	70 à < 100 kg	6000 UI (0.6 mL) 2x/j
	≥ 100 kg	7000 UI (0.7 mL) 2x/j
15 à 30	Tous les poids	3000 UI (0.3 mL) 2x/j

- **Curative :** Si TVP ou EP prouvée

**En cas d'aggravation clinique respiratoire,**

- **évaluer le risque d'EP** : dosage des D-Dimères, si se positivent en comparaison aux D-Dimères d'admission : faire demande d'angioTDM thoracique à la recherche d'EP
- **évaluer le risque de surinfection (bactérienne et fongique)** : TDM thoracique, ECBC, fibroscopie bronchique, sérologie aspergillose,  $\beta$ -D-Glucane...

**Corticothérapie :**

- **Ne pas débuter chez les patients non oxygéo-requérant.**
- **Débuter rapidement chez les patients oxygéo-requérant :**
  - o Dexaméthasone 6mg/jour (PO ou IV) jusqu'au sevrage en O<sub>2</sub> ou maximum 10 jours

En cas de pénurie de Dexaméthasone, équivalences :

- Méthylprednisolone 32mg/j, ou prednisone 40mg/j (en 1 ou 2 doses journalières) pour 10 jours avec décroissance sur 3-5 jours
- Hydrocortisone 160mg/j (en 2 ou 4 doses journalières) pour 10 jour avec décroissance en 3-5 jours

Cas particuliers : âges extrêmes et femmes enceintes : discussion au cas par cas : bénéfique / risque

L'utilisation de corticoïdes impose un déparasitage par Ivermectine dose unique **en cas de séjour même ancien en zone tropicale**

<u>POIDS CORPOREL (kg)</u>	<u>DOSE (en nombre de comprimés à 3 mg)</u>
15 à 24	un
25 à 35	deux
36 à 50	trois
51 à 65	quatre
66 à 79	cinq
≥ 80	six

**Déséquilibre du diabète ou diabète révélé par l'utilisation des corticoïdes : contrôle des dextro****Critères d'avis des réanimateurs :**

- Dégradation en quelques heures de la SatO<sub>2</sub> surtout à partir de 6-9 l/min d'O<sub>2</sub> pour une saturation > 94%
- ou autre signes de gravité : signes de sepsis ou choc

**Traitement spécifique :**

- **Aucun traitement ne fait actuellement l'objet d'un consensus.**
- Et il **n'est pas** recommandé d'instaurer un traitement par Hydroxychloroquine (ou dérivés) ou Liponavir/Ritonavir.

→ Voir pour inclusion en protocole thérapeutique ou cohorte de suivi (Voir avec Mélanie Dehais : Attachée de Recherche clinique au poste : 4309)

### Levé d'isolement : PAS DE PCR DE CONTROLE

**Tableau précisant les durées des 2 premières périodes selon le type de patient et la forme de Covid-19		
	CONFINEMENT	POST CONFINEMENT
	Débute le 1er jour des symptômes ou de la PCR positive si asymptomatique et prend fin: Au moins 48 heures après disparition de la fièvre <b>ET</b> amélioration de l'état respiratoire (cf. annexe 1 définition)	Débute une fois les critères de levée de confinement remplis et prend fin à J14 ou J23 selon le type de patient ou forme de Covid
PATIENT NON IMMUNO DÉPRIMÉ Asymptomatique ou forme ayant justifié une hospitalisation hors REA	<b>ET</b> au moins au 8ème jour à partir du début des symptômes (à défaut après la première RT-PCR positive sur prélèvement naso-pharyngé)	<b>fin à J14</b>
Patient IMMUNODEPRIMÉ (symptomatique ou non) <b>OU</b> Forme grave de Covid ayant justifié une hospitalisation en RÉANIMATION	<b>ET</b> au moins au 10ème jour après le début des symptômes (à défaut, après la première RT-PCR positive).	<b>fin à J23</b>

### Critères de sortie d'hospitalisation :

- Sevrage en oxygène et apyrexie depuis au moins 48h
- Marche possible sans gêne ni dyspnée ou désaturation
- Asthénie et toux sont des symptômes qui peuvent persister plusieurs semaines
- **Pas** de RT-PCR de contrôle à faire à la sortie
- A discuter au cas par cas :
  - RAD avec oxygène et (auto)surveillance de la saturation par achat d'un oxymètre
  - Sortie en SSR sous oxygène

### Sources :

- 1- Effect of Dexamethasone in Hospitalized Patients with COVID-19 – Preliminary Report Running title: Dexamethasone for COVID-19 – Preliminary Report RECOVERY Collaborative Group\*, Horby PW et al Pré-Print - <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.22.20137273v1.full.pdf>
- 2- Association of Treatment Dose Anticoagulation with In-Hospital Survival Among Hospitalized Patients with COVID-19 Paranjpe, I et al *Journal of the American College of Cardiology*. doi:10.1016/j.jacc.2020.05.001
- 3- HCSP : Covid-19 : condition d'utilisation de la dexaméthésone ou autres corticoïdes de substitution chez les patients hospitalisés (recommandation HCSP, OMS, EMA, NIH, IDSA) – 19 octobre 2020
- 4 - Procédure de déconfinement des patients atteints du covid-19 » du Cpias du 15 octobre 2020.
- 5- Recommandation de prise en charge des patients Covid+ hospitalisés à l'AP-HP, collégiales et COMEDIMS AP-HP – Octobre/novembre 2020

**Rédacteur :** J-Charles Gagnard (infectiologue)

### **Relecteurs :**

- Dr Carole Guitteau (Praticien hygiène)
- Dr Anne Herkert (Pneumologue)
- Dr Alison Klasen (Pharmacie)
- Dr Joel Livartowski (Infectiologue)