

Recommandations de prise en charge des patients suspects Covid19 ou Covid19 confirmés

Décembre 2021– Susceptibles d’être modifiées selon l’évolution des connaissances

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/m², grossesse au 3^e 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, SatO₂ < à 90% ou O₂ ≥ 6 l/min pour obtenir SatO₂ > 96 %,
 - FC > 120/min, Pas < 90mmHg, marbrures, troubles de la vigilance
- ECG pour mesure de l’espace QT et recherche de signe de myocardite
- Biologie initiale :
 - NFS, TP, TCA, CRP, PCT, fibrinogène, Ionogramme sanguin, urée, créatinine, Bilan hépatique, ferritine, BHC, 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 SatO₂ 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, β -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/m², non en USC ou réanimation) : Lovenox 0.4 ml x 1/j
- **Curative :** Si TVP ou EP prouvée
- **Autres situations :**

	Pas d'oxygénothérapie	Oxygénothérapie	Oxygénothérapie nasale à haut débit ou ventilation artificielle	Monitoring de l'anticoagulant
IMC <30 kg/m ²	HBPM dose prophylactique standard ou fondaparinux (par ex : enoxaparine 4000 UI/24h SC; enoxaparine 2000 UI/24h SC si Clcr entre 15 et 30 ml/min; tinzaparine 3500 UI/24h SC si Clcr >20 ml/min; fondaparinux 2,5 mg/24h si Clcr >50 ml/min)			Surveillance de l'activité anti-Xa: - HBPM : éviter le surdosage (> 1,2 UI/ml pour l'enoaxaparine) - HNF : objectif 0,3-0,5 UI/ml
IMC ≥30 kg/m ² sans FDR*	enoxaparine 4000 UI/12h SC enoxaparine 6000 UI/12h SC si poids >120 kg HNF: 200 UI/kg/24h, si Clcr < 30 ml/min			
IMC ≥30kg/m ² avec FDR*				
Thromboses itératives de cathéter ou de filtre d'EER				
Syndrôme inflammatoire marqué (par ex: fibrinogène >8 g/L)				
Hypercoagulabilité (par ex: D-dimères >3 µg/ml)				
ECMO				
Traitement anticoagulant au long cours				
	HBPM à dose curative par ex. enoxaparine 100 UI/kg/12h SC (poids réel), sans dépasser 10 000 UI/12h. HNF 500 UI/kg/24h si Clcr <30 ml/min Réévaluer la dose en cas de défaillance multiviscérale ou de coagulopathie de consommation.			Surveillance de l'activité anti-Xa: - HBPM : éviter le surdosage (> 1,2 UI/ml pour l'enoaxaparine) - HNF : objectif 0,5-0,7 UI/ml

Risque intermédiaire Risque élevé Risque très élevé

*Facteurs De Risque (FDR) thromboemboliques : cancer actif, antécédent personnel de thrombose...
Clcr : Clairance de la créatinine; HBPM : héparine de bas poids moléculaire; HNF : héparine non fractionnée

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, β -D-Glucane...

Corticothérapie :

- **Ne pas débiter chez les patients non oxygéno-requérant.**
- **Débiter rapidement chez les patients oxygéno-requérant :**
 - o Dexaméthasone 6mg/jour (PO ou IV) **jusqu'au sevrage en O₂ 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 SatO₂ surtout à partir de 6-9 l/min d'O₂ 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.**

→ 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
	Début le 1er jour des symptômes ou de la PCR positive si asymptomatique et prend fin: Au moins 48 heures après disparition de la fièvre ET amélioration de l'état respiratoire (cf. annexe 1 définition)	Début 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	ET au moins au 8ème jour à partir du début des symptômes (à défaut après la première RT-PCR positive sur prélèvement naso-pharyngé)	fin à J14
Patient IMMUNODEPRIMÉ (symptomatique ou non) OU Forme grave de Covid ayant justifié une hospitalisation en RÉANIMATION	ET au moins au 10ème jour après le début des symptômes (à défaut, après la première RT-PCR positive).	fin à J23

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 :
 - o RAD avec oxygène et (auto)surveillance de la saturation par achat d'un oxymètre
 - o 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 –
- 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
- 6- Traitement anticoagulant pour la prévention du risque thrombotique chez un patient hospitalisé avec Covid-19 et surveillance de l'hémostase propositions du GIHP et du GFHT – Avril 2020

Rédacteur : J-Charles Gagnard (infectiologue)

Relecteurs :