

BILAN INITIAL

DIAGNOSTIC => Signes cliniques ET RT-PCR ou test antigénique + sur prélèvement nasopharyngé (NP) ou TDM thoracique évocateur - **Tenir compte dates tests/symptômes**. Nouveaux variants : criblage réalisé par le laboratoire de virologie.

ANAMNESE => **Patient** : ATCD médico-chir, allergies et vaccinations (grippe, pneumocoque...), mode de vie (possibilités confinement, proches à risques), traitements en cours. **Histoire de la maladie** : provenance du patient ? contagé avéré ? date début symptômes (DDS) ? Chronologie des signes fonctionnels ?

FACTEURS DE RISQUE DE FORME GRAVE => âge >65 ans, ATCD cardio-vasculaires, diabète non équilibré/compliqué, patho respiratoire chronique, dialyse, cancer évolutif, IMC >30 +- immunodépression patente, cirrhose ≥ stade B, drépanocytaire sévère/splénectomisé, grossesse 3^{ème} trim.

EXAMEN CLINIQUE => Paramètres vitaux (FR, SPO2, T°C, FC, PA au moins 3x/24h), poids/taille (IMC), examen complet.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES =>

Biologie => NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, D-dimères. Iono sanguin, calcémie, urée, créatinine, bilan hépatique complet, CPK, LDH, albumine, CRP. Troponine. BNP si clinique évocatrice +/- autres selon situation.

Virologie => RT-PCR SARS-CoV2 sur prélèvement NP avec rendu en positif/négatif et si positif en nombre de Ct. RT-PCR SARS-CoV2 avec CT sur prélèvement respiratoire profond, et sérologie SARS-Cov2 avec IgM/IgG si RT-PCR NP négative et forte suspicion clinico-radiologique.

Autres => ECG, TDM thoracique d'entrée sans injection et en mode basse dose (50-100mGy.cm) ; si suspicion d'EP => angioscanner pulmonaire.

CONSIGNES FAMILLES => définir un cadre mais tenir compte du contexte avec souplesse et bienveillance. Limiter les visites, expliquer les modalités aux proches ; proposer un entretien (cadre +/-médecin +/-psychologue) et y préciser les modalités d'information sur la santé du patient. Afficher les consignes sur toutes les portes du service.

Prise en charge palliative => décision avec équipe soignante et USP et réanimateur, et proches pour adapter au mieux les modalités (nombre de visites, favoriser présence des proches).

SORTIE ET SUIVI POST-HOSPITALISATION

CRITERES DE SORTIE => **stabilité respiratoire** avec sevrage en O2 ≥24h dans l'idéal - possibilité d'O2 à domicile si ≤4 L/mn et surveillance active*- pas de critère virologique - **et possibilité d'isolement** à domicile ou en hébergement collectif si domicile contre-indiqué (CI = absence de pièce individuelle, proche à risque à domicile, intolérance au confinement, inobservance prévisible).

*Surveillance active = inviter **patient** à s'inscrire sur **plateforme de suivi**, lui remettre CR d'hospitalisation - Informer **médecin traitant** et lui transmettre consignes précises de surveillance.

SORTIE A DOMICILE =>

- Evaluer **risque thrombo-embolique** pour la poursuite ou non de la thrombo-prophylaxie.- **Planifier** consultation en ville ou hôpital, ou HdJ (M1, M3 et M6). Assurer **continuité** du suivi si inclusion dans une étude de recherche clinique.

- Remettre au patient des **recommandations** écrites à suivre au domicile. Prescrire **arrêt de travail** jusqu'à J10 révolu depuis 1^{ers} symptômes (J14 si patient immunodéprimé) ET 48h apyrexie et amélioration des signes respiratoires, puis port du masque strict et systématique les 7j suivants (14j si patient immunodéprimé).

TRANSFERT SSR OU EHPAD =>

- **En plus des critères de sortie** : au moins 48h après disparition fièvre (sans antipyrétique depuis au moins 12h) ET amélioration respiratoire (besoin O2 ≤ 2 L/mn pour SaO2 ≥95%).

- **Forme réanimatoire ET/OU patient immunodéprimé** (iatrogène, greffe d'organe solide, hémopathie maligne sous traitement, VIH non contrôlé ou CD4 <200/mm³) => **transfert possible à partir de J10** depuis 1^{ers} symptômes (ou J10 de la RT-PCR SARS-Cov2 +) puis mesures barrières strictes jusqu'à **J24**.

- **Forme non-réanimatoire ET patient non-immunodéprimé** => **transfert possible à partir de J10** depuis 1^{ers} symptômes (ou RT-PCR+), puis mesures barrières strictes jusqu'à **J17**.

Transfert envisageable plus tôt si critères cliniques compatibles ET RT-PCR SARS-CoV2 négative ou positive mais avec Ct > 33.

Précautions complémentaires gouttelettes et contact = secteur COVID, implique : formation du patient à la friction hydroalcoolique (FHA), sorties de chambre possibles avec masque chir. et FHA à chaque entrée/sortie, rééducation motrice hors chambre possible avec masque chir et FHA, activités et repas en groupe possibles avec distanciation physique >1m entre chaque patient.



Données actualisées au 02/04/2021
Suivre les mises à jour sur
www.coreb.infectiologie.com

! MISE A JOUR !
2 avril 2021

COVID-19

Prise en charge et suivi du patient hospitalisé

N° DES REFERENTS COVID

Astreinte maladies infectieuses :

Réanimation :

Urgences :

Imagerie :

Laboratoire :

Attaché de recherche clinique (ARC) :

Etudes en cours disponibles :

Autres numéros utiles :

Sources : HCSP, SpF

SUIVI PATIENT HOSPITALISE

REPERAGE RAPIDE D'UNE DEGRADATION RESPIRATOIRE du patient => la mesure la plus sensible est la SpO2.

Attention, discordance possible entre fréquence respiratoire et saturation, due à possible atteinte neurologique centrale. En cas de doute, mesurer la PaO2 par GDSA ; mesure de référence.

AVIS REANIMATEUR si =>

Fréquence respiratoire > à 30 cycles/mn.

Oxygénorequérance > 6 L/mn pour maintenir SpO2 > 94%.

PaO2 < 60 mmHg.

PA systolique < 90 mmHg malgré remplissage vasculaire.

Autres signes d'instabilité hémodynamique (marbrures...).

Bradycardie ou trouble du rythme cardiaque.

Troubles de conscience.

Lactates artériels > 2 mmol/L.

Insuffisance rénale aigue organique.

SURVEILLANCE RAPPROCHEE si =>

SpO2 < 90% en air ambiant. Fréquence respiratoire > à 24 cycles/mn. Oxygénorequérance > 3 L/mn pour avoir une SpO2 > 94%. Nécessité d'augmentation dans les dernières heures des besoins en oxygène pour maintenir une SpO2 > 94%. PaO2 < 70 mmHg sur gaz du sang artériel. PA systolique < 100 mmHg. Température > 40°C.

Anomalies bilatérales au scanner thoracique. Myocardite / élévation troponine et/ou proBNP. LDH > 500 UI/L. Lymphocytes < 1.000 /mm³. Neutrophiles < 1.000 / mm³. Syndrome inflammatoire biologique marqué : CRP > 100 mg/L, D dimères > 1000 mg/L. Protéinurie. Altération de l'hémostase.

Dans les AUTRES CAS => Surveillance :

Clinique toutes les 2h les premières 8h puis toutes les 4h les premières 24h => FR, SpO2 et modalités d'oxygénothérapie, T°C, FC, PA.

Paraclinique (rythme en fonction de l'évolution clinique) : **Biologie** : NFS, plaquettes, CRP, ionogramme sanguin, calcémie, urée, créatinine, TP, TCA, D-dimères, fibrinogènes, bilan hépatique (transaminases, bilirubine, PAL, Ggt), CPK, LDH, albumine, GDS.

ECG - TDM thoracique si TDM d'entrée < J4 DDS, angioscanner pulm au moindre doute – autres examens au cas par cas : échographie cardiaque, imagerie cérébrale...

TRAITEMENT

PREVENTION DES TROUBLES VENTILATOIRES => Kinésithérapie respiratoire par exercices de mobilisation diaphragmatique pour lutter contre le collapsus alvéolaire. Proposer/discuter le décubitus ventral soit nocturne si habituel ou tolérable, soit diurne pendant des séances d'une heure si difficile pendant les périodes de sommeil.

Oxygénothérapie si SpO2 ≤ 94% ou ≤ 90% chez patients BPCO / IRCO => lunettes nasales jusqu'à débit 4-6L puis masque simple jusqu'à 9 L/mn, puis masque haute concentration (avec réservoir). SpO2 cible à 92-96% (88-92% si BPCO), réévaluation à 30 mn. Si cible SpO2 atteinte ET FR < 30/mn ET O2 < 6 L/mn, continuer idem. Surveillance toutes les 2h (1ères 8h) puis toutes les 4h pdt 24h, GDS tous les jours si besoin. Pression positive continue, ventilation non invasive ou oxygénothérapie haut débit : après avis réanimateur + si pas d'indication urgente d'intubation, ou en solution d'attente si ventilation invasive impossible dans l'immédiat.

ANTICOAGULANT => Modalités d'anticoagulation préventive chez les patients COVID-19 hospitalisés en secteur conventionnel :

Prophylaxie par HBPM ou fondaparinux dose préventive → Enoxaparine 4000 UI x 1/j, Daltéparine 5000 UI x 1/j, Nadroparine 2800 UI x 1/j, Tinzaparine 4500 UI x 1/j, Fondaparinux 2,5 mg x 1/j.

- Si IMC > 30 → Enoxaparine 6000 UI x 1/j.

- Si IMC > 40, cancer actif, ATCD personnel d'EP ou de TVP, thrombophilie, O2 à haut débit → Prophylaxie par HBPM à dose intermédiaire : Enoxaparine 4000 UI x 2/j.

- Si Insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/mn) → Prophylaxie par HNF 5000 UI x 2 à 3/j par voie sous-cutanée ou 200 UI/kg/j par voie intraveineuse (IV).

=> Durée de 7 à 10j. Prolongation de la thrombo-prophylaxie au-delà du 10^{ème} jour chez des patients à haut risque thrombotique et faible risque hémorragique. Afin de s'assurer de l'absence d'accumulation, il est possible de réaliser un dosage de l'activité anti-Xa 4h après l'injection à J3 et J7 puis, une fois par semaine. Dans tous les cas, réévaluer régulièrement la balance bénéfique/risque.

ANTIVIRAL => priorité à l'inclusion dans les essais cliniques (contacter l'ARC) et après discussion médicale au cas par cas entre référent patient et référent établissement.

Plasma de convalescent /protocole d'utilisation thérapeutique : possible si oxygénorequérance, en pratique réservé aux lymphopénies B documentées par immunophénotypage CD19+ et validées /RCP

Tocilizumab : possible chez patient sous dexaméthasone mais en état hyper-inflammatoire persistant (fièvre, CRP et ferritine élevées), et sans surinfection bactérienne ni fongique.

Chez patient covid < 5j (symptômes ou PCR) et > 80 ans, ou à risque de complication grave quel que soit l'âge (ex : cluster hospitalier), **anticorps monoclonal** actif sur SARS-CoV-2 seul ou en combinaison (souche européenne et variant UK) : en ATU de cohorte.

IMMUNOMODULATEUR => **Corticostéroïdes : dexaméthasone** si oxygénorequérance, 6 mg/j PO ou IV pendant 5 à 10j (arrêt (sans décroissance) possible à 24h du sevrage de l'oxygène).

À défaut, en cas de tension d'approvisionnement, méthylprednisolone (32 mg/j), ou prednisone (40 mg/j) ou hydrocortisone en dernière intention (160 mg/j) pendant 10j puis décroissance progressive en 3 ou 4j.

En l'absence d'évolution favorable à H48, discuter recours expertise pour envisager thérapie immunomodulatrice plus spécifique (anti IL6-R).

ANTI-INFECTIEUX => **Pas d'antibiothérapie systématique en face d'une pneumonie à SARS-CoV2.**

Avant confirmation virologique, une antibiothérapie probabiliste pourra être discutée si la pneumonie présente des critères de gravité (besoin en oxygène > 6 L/mn) ou présence - apparition d'expectorations purulentes au cours de l'évolution.

- Pneumonie non grave → Amoxicilline + Acide clavulanique 1g x 3/j PO, si allergie, pristinaquine PO 1 g 3 fois /j. Durée totale max 5j.

- Pneumonie grave ou facteur de risque de gravité → ceftriaxone IV 1g / j ou céfépime IV 2g x 3/j si ATCD d'antibiothérapie récente par β-lactamines + spiramycine (IV ou PO) 3 Millions d'UI x 3/j ou lévofloxacine si allergie grave aux Beta-lactamines et/ou forte suspicion de *Legionella pneumophila*. Durée totale max 5j.