

Prise en charge des patients COVID 19 en salle de Médecine

28/03/2020

Données récapitulatives issues
des recommandations du Haut Comité de Santé Publique du 23.03.2020, et
des recommandations des CHU Bichat et Mondor.

Dr Carole DESPUJOL, Dr Lola PRAT

Facteurs de risque de formes graves

- Âge >70 ans (mais si âge entre 50 et 70 ans: surveillance plus rapprochée).
- ATCD CV: HTA, AVC, coronaropathie, ATCD de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque.
- Diabète.
- Pathologie chronique respiratoire (asthme, BPCO, mucosclérose,...)
- Insuffisance rénale chronique dialysée.
- Cancer évolutif.
- Immunodépression congénitale ou acquise :
 - chimiothérapie anticancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive,
 - VIH avec $CD4 < 200/mm^3$,
 - greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques,
 - hémopathie maligne en cours de traitement.
- Cirrhose au stade B ou C
- IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$.
- Splénectomie ou une drépanocytose homozygote en raison d'un risque accru de surinfection bactérienne.
- Femmes enceintes.

SIGNES DE GRAVITE

nécessitant une hospitalisation en salle de Médecine

- FR > 24 cycles/min.
- SpO₂ < 95% en air ambiant.
- Pression artérielle < 100 mmHg.
- Troubles de la vigilance.
- Altération brutale de l'état général ou de la vigilance chez le sujet âgé.

nécessitant un transfert en Réanimation

- Insuffisance respiratoire aiguë nécessitant O₂ >6l/min pour saturation supérieure à 95%
- Insuffisance circulatoire aiguë (état de choc).
- Procédure non dégradée: autre défaillance d'organe .

Pneumonie COVID 19 sans signe de gravité

avec facteurs de risque de forme grave ?

NON

- Prise en charge ambulatoire: suivi par applications numériques/médecin généraliste.
- Appel du centre 15 en cas d'apparition de symptômes de gravité.
- Port du masque pendant 14 jours.

OUI si surveillance possible par généraliste

- Prise en charge ambulatoire.
- Surveillance rapprochée par généraliste.
- Appel du centre 15 en cas d'apparition de symptômes de gravité.
- Contact systématique à la 1^{ère} et 2^{ème} semaine.
- Port du masque pendant 14 jours.

Bilan entrée COVID 19 hospitalisés

selon recommandations CHU Bichat, Mondor:

NFS, plaquettes, CRP, PCT,
ionogramme sanguin, calcémie,
magnésium, urée, créatinine, TP,
TCA, bilan hépatique complet,
CPK, LDH, albumine + Sérologies
VIH, VHB et VHC de dépistage

+ Béta HCG si femme jeune

+ Hémocultures si fièvre

+ GDS si oxygéo-dépendance
+ ECBC si expectorations
+ Recherche grippe rapide
+ Antigénuries pneumocoque et
légionnelle

ECG

TDM thoracique d'entrée à discuter

**Recherche et prise en charge d'une co-infection virale,
bactérienne ou fongique
(et y penser si aggravation secondaire)**

Traitement COVID 19 hospitalisés

selon recommandations CHU Bichat, Mondor:

Oxygénothérapie systématique

avec objectif de SaO₂ fixé pour chaque patient :

- 92% si insuffisance respiratoire chronique.
- 96% si pas d'antécédent respiratoire.
- Dans les autres cas l'appréciation du médecin est requise.

Avec surveillance
Fréquence respiratoire

- **ANTICOAGULATION PREVENTIVE
SYSTEMATIQUE**

- Oseltamivir=Tamiflu® 5 jours, seulement si grippe positive

ANTIBIOTIQUES 7 jours

selon recommandations CHU Bichat, Mondor

Expectorations purulentes (après ECBC)
OU
Immunodépression
OU
BPCO
OU
Diabète
OU
Images radiologiques compatibles avec
pneumopathie bactérienne



NON



Pas de
traitement



OUI



➤ En cas de suspicion de **surinfection bactérienne précoce (< 5 jours)** **ET** en l'absence de séjour récent en Chine (risque d'infection à *Acinetobacter baumannii*) **ET** en l'absence d'antibiothérapie préalable **ET** en l'absence de facteur de risque d'infection à *Pseudomonas aeruginosa* :

- Ceftriaxone 1g x1/j IV OU Augmentin 1g x 3
- En cas d'allergie levofloxacin 500mgX2/jour

➤ En cas de suspicion de **surinfection bactérienne tardive (> 5 jours)** **OU** en cas de séjour récent en Chine (risque d'infection à *Acinetobacter baumannii*) **OU** en présence de facteur de risque d'infection à *Pseudomonas aeruginosa* :

- TAZOCILLICINE 4g x 3 IV
- ou
- Céfépime 2g x3/j IV + amikacine 20mg/kg x1/j IV (pendant 48h)

Pneumonie oxygéo-requérante <6L/min, et sans critère d'hospitalisation en réanimation:

Les 3 signes suivants sont présents:

- Oxygénodépendance > 3L/mn
- PCR covid +
- Anomalies bilatérales au scanner
- AUTRES:
 - FR > 24 cycles/min .
 - SpO2 < 90% en air ambiant .
 - PaO2 < 70 mmHg sur GDS AA (sauf insuffisances respiratoires chroniques: adapter GdS base)
 - PA systolique < 100mmHg.
 - Lactate artériel > 2 mmol/L.

OUI

- Maladie hépatique, ATCD de pancréatite, cytolyse, baisse TP
- Début des symptômes > 12 jours
- Troubles de la conduction
- Insuffisance rénale
- Diabète
- Cytopénies
- HTA
- ATCD thromboembolique, hémorragie digestive
- Traitement en cours et + particulièrement : Colchicine, Anticogulant oral, Statine, Cordarone, Sildenafil, Benzodiazepine, Digoxine

NON

Lopinavir/Ritonavir

à discuter, au cas par cas, de manière collégiale, avec information sur effets secondaires et absence de données solides + accord signé du patient
26/03: 10 patients

OUI

- moins de maladie cardiaque
- Allongement du QT
- Rétinopathie
- IRS, Hydroxyzine
- Hypokaliémie, hypomagnésémie

NON

Hydroxychloroquine

mêmes recommandations que pour Lopinavir/Ritonavir

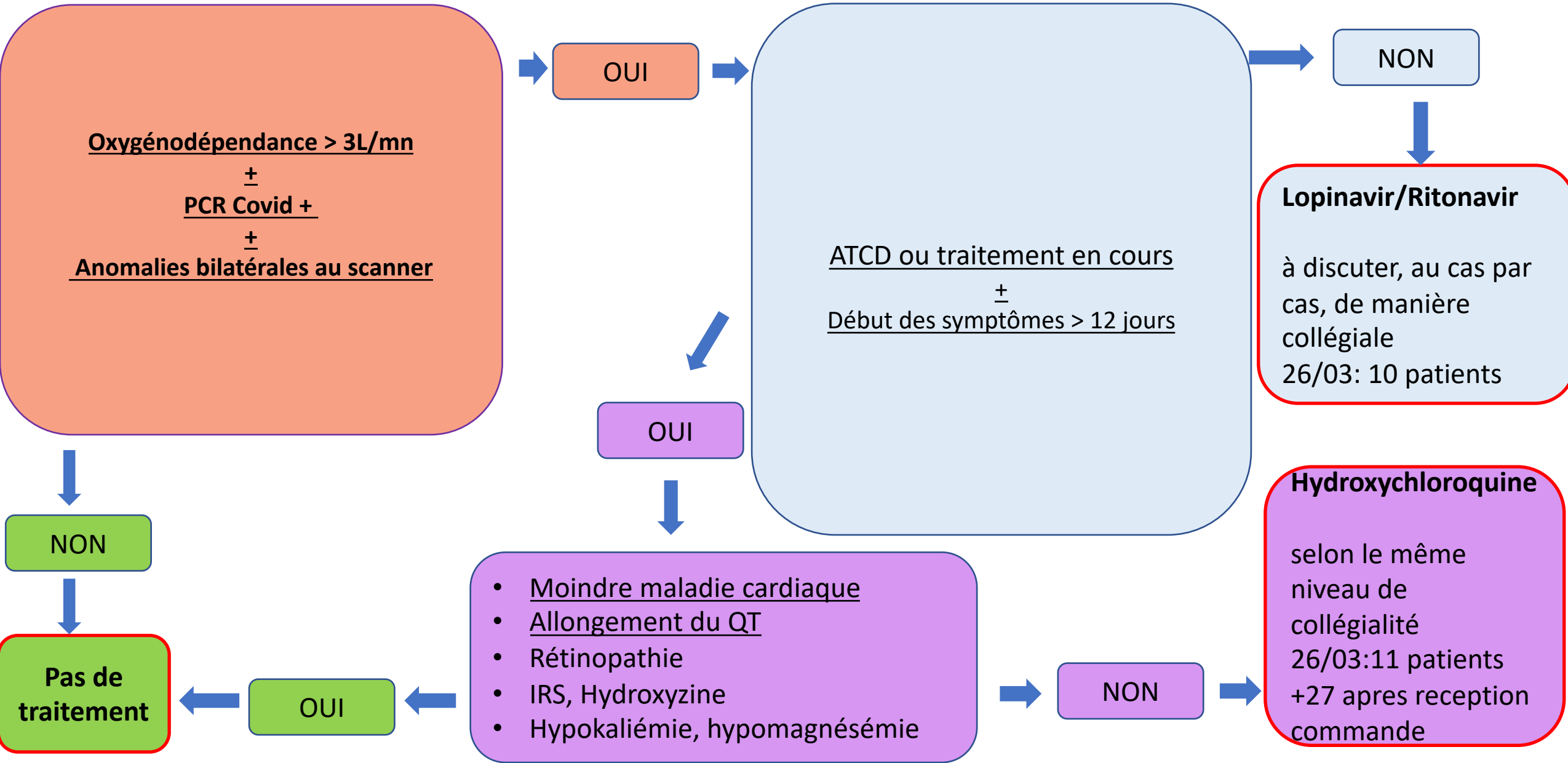
26/03: 38 patients (+27 DE PLUS après réception commande)

NON

Pas de traitement

OUI

**Pneumonie oxygéo-requérante <6L/min, et sans critère d'hospitalisation en réanimation
(version simplifiée):**



Lopinavir/Ritonavir Kaletra®

2 cp x 2/j
10 jours

Surveillance

- NFS, Bilan hépatique à J0, J7, J10, J14
- ECG
- Effet secondaires :
diarrhées, nausées, vomissements, cytolyse, troubles lipidiques
- Nombreuses interactions médicamenteuses

Hydroxychloroquine Plaquenil® 200mg

Posologie de DisCOVery

J1: 2cp (400mg) x 2
J2-J10: 2cp x 1
(400mg)

Surveillance

- NFS
- ECG
- Glycémies
- Effets secondaires:
hypoglycémie, allongement du QT, Douleurs abdo, nausées

DEXAMETHASONE

A discuter au cas par cas,
discussion collégiale

si syndrome inflammatoire
marqué (CRP > 80mg/dl,
PCT>2),

et

absence d'excrétion virale

et

absence d'infection
bactérienne ou fongique non
contrôlée

(selon reco BICHAT)

20 mg/j pendant 5 jours
puis 10 mg/j les 5 jours
suivants, puis stop.

Suivi des patients COVID 19 hospitalisés

selon recommandations CHU Bichat :

A J7-J9 des signes fonctionnels :

- Clinique (idem bilan initial).
- Biologie (idem bilan initial).
- TDM thoracique à discuter si TDM d'entrée a été fait jusqu'à J4 des signes fonctionnels initiaux, ou si nouvelle aggravation: ANGIO SCANNER car complications thromboemboliques fréquentes.

A J14-J16 des signes fonctionnels :

- Clinique (idem bilan initial).
- Biologie (idem bilan initial) +/- GDS.
- PCR SARS-CoV2 sur écouvillon naso-pharyngé
- TDM thoracique si place disponible à discuter (non prioritaire).
- **Si PCR SARS-CoV2 toujours positive à J14-16 des signes fonctionnels : contrôle toutes les 72 heures jusqu'à négativation.**

Evolution

Selon recommandations CHU BICHAT et HCSP

CRITERES SORTIE HOSPITALISATION

- Sevrage en oxygène ≥ 24 heures, apyrexie et disparition de la dyspnée ≥ 48 h.
- Pas de critère virologique nécessaire.
- Sans facteur de risque à partir de J8
- Avec facteur de risque à partir de J10
- Confinement jusqu'à J14 des signes fonctionnels:
 - A DOMICILE avec port de masque.
 - Confinement collectif si retour à domicile impossible pour raison environnementale, médicale autre COVID, ou psycho-cognitive.

GUERISON:

- Absence de signe clinique
- PCR nasopharyngée négative (1 seule suffisante).