

## Prise en charge thérapeutique Patients COVID19+ Hospitalisés

Camille Petit-Hoang 26.04.2021

### 1. Bilan d'entrée :

- NFS, TP, TCA, D-dimères, Iono sang, urée, créat, bilan hépatique, CPK, CRP, PCT
- Bactério : ECBC + Agurie légionnelle systématique, hémocultures+ ECBU si fièvre > 38°C
- ECG pré-thérapeutique et /48 h si médicaments allongeant le QT
- PCR Grippe en période épidémique
- Fiche discussion collégiale sur statut réanimatoire ou non
- Personne à contacter

### 2. Examen imagerie :

- TDM thoracique de référence
- Angio-TDM thoracique si aggravation dans un 2ème temps ou doute sur EP associée.

### 3. Oxygénothérapie

Objectif sat 93-96% ou 88-92% si BPCO et FR < 30/min

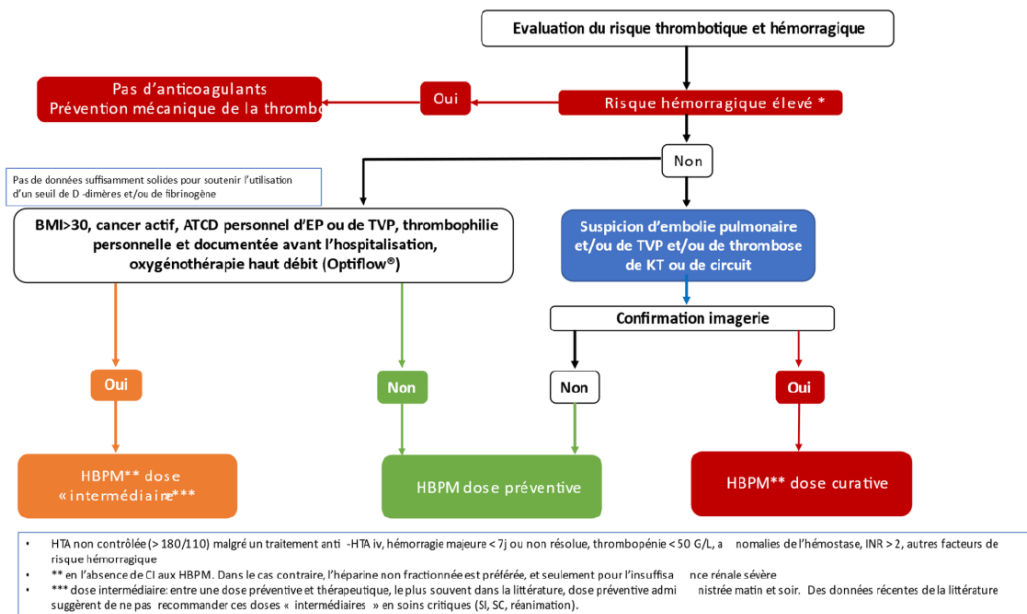
Appel unité de soins critique si O2 > 6l/min

### 4. Antibiothérapie :

- **Pas d'antibiothérapie systématique**
- Avant confirmation virologique, **une antibiothérapie probabiliste pourra être discutée si critères de gravité** (besoin en oxygène > 6 L/min), après prélèvements respiratoires bactériologiques.
- Prescription antibiotique en fonction de la gravité et/ou purulence des expectorations selon les recommandations usuelles pour une durée totale de 3 à 5 jours. A ré-évaluer à J3

Pneumopathie non grave	<b><u>Amoxicilline + Acide clavulanique 1 g x 3/j per os</u></b> , si allergie aux bêta-lactamines : lévofloxacine (500 mg x 2/j)
Pneumonie grave ou FDR de gravité	ceftriaxone IV 1 g / j + <b>spiramycine (IV ou per os) 3 Millions d'UI x 3/j</b> ou lévofloxacine si allergie grave aux Beta-lactamines et/ou forte suspicion de Legionella pneumophila
Pneumopathie nosocomiale	prélèvement endobronchique avec analyse microbiologique comprenant un film Array Pneumonia Panel plus (+ antigénurie légionnelle). Pour ces situations où les patients ont déjà reçu un traitement antibiotique probabiliste par bêta-lactamine en ambulatoire ou pendant les premiers jours d'hospitalisation : <b>céfépime IV 2 g x 3/j (pendant 48-72h)</b> .

### 5. Anticoagulation : mise à jour 15 avril 2021



### Durée de l'anticoagulation :

Anticoagulation pendant toute la durée d'hospitalisation,

En sortie d'hospitalisation : durée non codifiée de l'ordre 1-2 semaines à doses préventives

Relais par ADO envisageable envisageable (non spécifiquement validé dans COVID).

DFG	Dose préventive	Dose intermédiaire	Dose curative
> 60ml/min	Lovenox 0.4ml/24h	Lovenox 0.4ml/12h Si P > 120kg : Lovenox 0.6ml*2/jour	100UI/kg/12h
30-60ml/min	Innohep 3500UI (0.35ml)/24h	Innohep 700UI (0.7ml)/24h	175UI/kg/24h
<30ml/min	Calciparine 0.2ml/12h	Calciparine 200UI/kg/24h	300UI/kg/24h en 2 inj si < 25000UI/24h et 3 inj au-delà, adaptation selon antiXa

Proposition du GIHP et du GFHT (avril 2020) :

Risque	critères	Anticoagulation	Surveillance
Faible	Patients non hospitalisés + BMI < 30 sans FDR	0	0
Intermédiaire	BMI < 30 avec ou sans FDR hospitalisés	Lovenox 0.4ml SC /j Si IRC : Calciparine 0.2ml*2/j	0
Elevé	BMI > 30 avec ou sans facteurs de risque	Lovenox 0.4ml *2/j Si P > 120kg : Lovenox 0.6ml*2/jour Si IRC : calciparine 200UI/kg/24h	antiXa 4h après 3ème inj

FDR : cancer actif, atcd personnels de MTEV, post partum, alitement prolongé, > 70 ans

## 6. Traitement immuno-modulateur :

- **Corticothérapie** *Mise à jour 4 mars 2021*

**Dexaméthasone** chez tous les patients nécessitant une oxygénothérapie  $\geq 3$  L/min.

**Posologie** : 6 mg/ j

**Voies d'administration** : voie intra-veineuse (si impossible, administration orale du contenu des ampoules destinées à la voie intraveineuse à la même posologie)

**Durée** : 5 jours minimum, arrêt à 24h de sevrage en oxygène, maximum 10 jours.

Prolongation au-delà de 10 jours en cas de persistance du syndrome inflammatoire et de la dépendance à l'oxygénothérapie (à adapter au cas par cas).

**Ivermectine en co-administration de corticostéroïde en cas de risque d'exposition à l'anguillulose** : 200 µg/kg soit 1 comprimé dosé à 3 mg par 15 Kg de poids corporel, 6 comprimés maximum, dès l'instauration d'une corticothérapie (à J1 et J8).

- **Tocilizumab (Roactemra®)** *Mise à jour 22 mars 2021*

**Lorsqu'aucune amélioration clinique n'est observée dans les 48-72 heures suivant l'instauration d'une corticothérapie (et par définition sous oxygénothérapie) et en cas de persistance de l'état hyper-inflammatoire (CRP > 75 mg/L).**

**Posologie** : 8 mg / kg en perfusion IV 1h max 800mg

**Durée du traitement** : une injection, renouvelable une seule fois 48 heures après la première en l'absence d'amélioration de l'état clinique, respiratoire en particulier.

## 7. Pour les greffés :

- ARRÊT du cellcept à reprendre à la sortie ou en consultation selon gravité et risque immunologique. Pour le greffé non hospitalisé, diminuer la dose de cellcept par deux et prendre après amélioration des symptômes (J15)
- Pas d'azithromycine (interaction tacrolimus)
- Penser aux diagnostics alternatifs ou surajoutés (infections opportunistes) : BDglucane, PCR CMV, ag aspergillaire, sérologie aspergillaire au moindre doute
- Prévenir Sylviane (ARC) 15127 qui notifie à l'ABM les cas
- Prévoir une consultation suivi rapproché à la sortie avec néphro référent

## 8. En cas d'aggravation :

- Gaz du sang si O<sub>2</sub> > 6L/min ou signes d'hypercapnie, et/ou signe de lutte respiratoire
- Discuter de refaire une imagerie (TDM ou AngioTDM)
- Staff COVID le jeudi à 16h -1 bâtiment Lavoisier
- Réa 15441

## 9. Retour à domicile :

- Evaluer le contexte social. COVIDOM [www.covidom.fr](http://www.covidom.fr) et COVISAN 11-19-20: 01 87 44 30 30
- Diminution des symptômes, et absence de besoin en Oxygène >24h
- **Bilan M3** (TDM et bilan biologique) :pour les patients ayant eu une pneumopathie grave (> 3l/min O<sub>2</sub>)

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3190801/fr/prise-en-charge-de-premier-recours-des-patients-atteints-de-covid-19](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3190801/fr/prise-en-charge-de-premier-recours-des-patients-atteints-de-covid-19)

**Vaccination possible 2 mois après infection**