

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

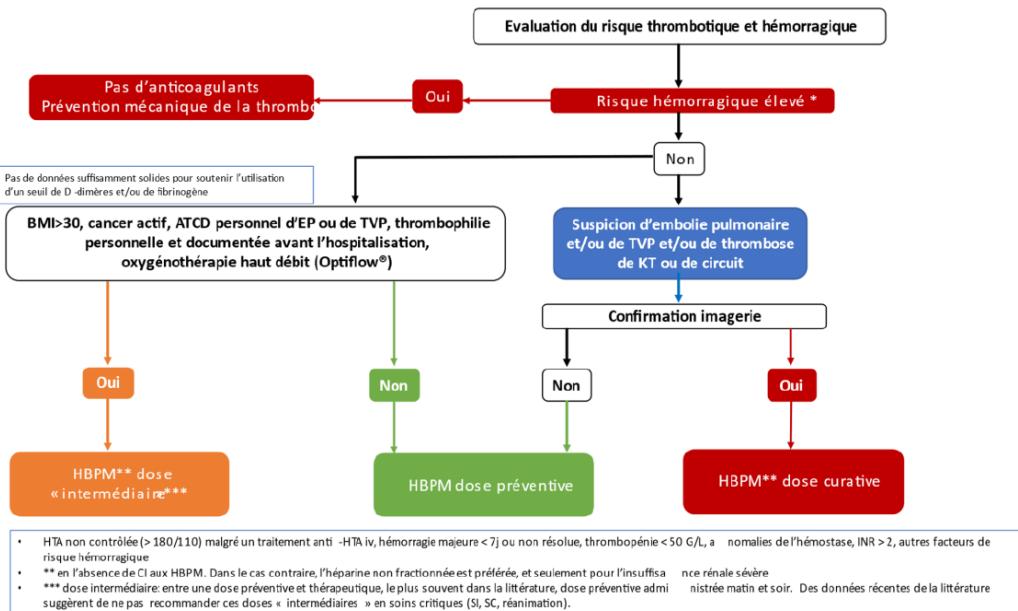
Objectif sat 93-96% ou 88-92% si BPCO et FR<30/min
Appel unité de soins critique si O2 > 6l/min

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	Amoxicilline + Acide clavulanique 1 g x 3/j per os, si allergie aux bêta-lactamines : lévofloxacine (500 mg x 2/j)
Pneumonie grave ou FDR de gravité	ceftriaxone IV 1 g / j + spiramycine (IV ou per os) 3 Millions d'UI x 3/j 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 : céfèpime IV 2 g x 3/j (pendant 48-72h).

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 (non spécifiquement validé dans COVID).

DFG	Dose préventive	Dose intermédiaire	Dose curative
$> 60\text{ml}/\text{min}$	Lovenox 0.4ml/24h	Lovenox 0.4ml/12h Si P $> 120\text{kg}$: Lovenox 0.6ml*2/jour	100UI/kg/12h
30-60ml/min	Innohep 3500UI (0.35ml)/24h	Innohep 700UI (0.7ml)/24h	175UI/kg/24h
$< 30\text{ml}/\text{min}$	Calciparine 0.2ml/12h	Calciparine 200UI/kg/24h	300UI/kg/24h en 2 inj si $< 25000\text{UI}/24\text{h}$ 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 ≥ 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 O₂> 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 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 O₂)

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