

Proposition de Prise en charge des patients COVID-19

1. Signes cliniques à rechercher

Signes d'alerte :

Anosmie

Agueusie

Classique :

Malaises/chute

Rhinorrhée/nez bouché

Odynophagie

Toux +/- expectorations

Diarrhées

2. Signes de Gravité

Douleur thoracique

Dyspnée

Transfert en réa si besoin en oxygène >3L/minutes

Si FR >25 prendre avis Réa

Bilan d'entrée : bio + imagerie

- NFS-Plaquettes, TP TCA, fibrinogène, Ferritinémie, D-Dimères
- Ionogramme sanguin, urée, créatininémie
- LDH, ASAT, ALAT, triglycérides
- CRP ou PCT
- Radio de Thorax Face et Profil et au mieux TDM thorax sans injection

3. Bilan sang à refaire tous les 3 jours

4. Fréquence de surveillance des constantes

- FC, FR, Sat, T°, PA, + Dextro si Hydroxychloroquine /6 heures

5. Quand est-ce qu'on met de l'O2

- Si saturation <95% et/ou dyspnée

6. Est-ce qu'on surveille les GDS

- Si besoin en oxygène >2 litres

7. Quand est-ce qu'on arrête l'O2

- Si saturation >98% baisser de 1 litre et reconstrôler 30 minutes après
- Si absence de dyspnée et Sat >98% (hors pathologie chronique respiratoire) sous 1 Litre a 2 tour infirmier de suite arrêt de l'O2

8. Traitements :

○ Antibiotiques

▪ Pneumopathie non grave :

- Augmentin 1g*3/j PO ou IV

- A arrêter à J2 si CRP <40 et pas d'arguments pour infection bactérienne

▪ Pneumopathie grave ou a facteur de risque de gravité :

- Rocéphine 1g/j iv+ Rovamycine IV1.5 MUI*3/j

- A arrêter à J2 si CRP <40 et pas d'arguments pour infection bactérienne

○ Hydroxychloroquine

▪ A proposer si PNP bilatérale qq soit la gravité, en l'absence de contre-indications,

▪ **APRES ECG et CALCUL du QT + surveillance ECG quotidien si interactions (macrolides...)**

- 200 mg*3/j PO, 10 jours
 - PCR COVID 2019 sur prélèvement NP/Crachats en fonction de la technique ayant fait le diagnostic initial à J5 et J10
 - HBPM préventif 1/j (**beaucoup de thrombose chez les patients COVID de réa+++**)
- 9. Quand est-ce que le patient sort**
- Disparition des symptômes, apyrexie et absence de besoin en Oxygène >24h
 - Formes mineures sur terrain fragile = idem
 - **J7-J8 est LE TOURNANT pas de sortie à J7 si terrain à risque et patient pas parfaitement stable 48h d'affilée**
 - Inclure tous les sortants COVID + dans COVIDOM
- 10. Fin de vie**
- Prévenir en amont les familles que les patients une fois décédés sont mis en double housse hermétique et qu'ils ne pourront plus les voir
 - Au plan thérapeutique voir avec UMASP
 - Notre protocole
 - Morphine IVSE :
 - débuter par 1 mg/h
 - puis augmenter par palier de 1mg/h
 - si douleurs ou polypnée ou dyspnée malgré oxygénothérapie adaptée
 - Midazolam IVSE
 - Débuter à 0.1 mg/h
 - Augmenter par paliers de 0.1 mg/h
 - Si angoisse ou agitation
 - A Réévaluer tous les jours

Annexe Hydroxychloroquine

Associations contre-indiquée : risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointe

☒ Citalopram ou escitalopram

☒ Hydroxyzine

☒ Dompéridone

☒ Pipéraquline

Associations déconseillée : risque accru d'arythmie ventriculaire

Médicaments connus pour allonger l'intervalle QT / susceptibles d'induire une arythmie cardiaque : Anti-arythmiques de classe IA et III, antidépresseurs tricycliques, antipsychotiques et certains anti-infectieux (macrolides, fluoroquinolones). Si association, surveillance clinique et ECG+++

Associations faisant l'objet de précautions d'emploi/à prendre en compte

☒ Médicaments proconvulsivants ou abaissant le seuil épileptogène : Risque accru de convulsions avec antidépresseurs imipraminiques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, les neuroleptiques (phénothiazines et butyrophénones), le tramadol.

☒ Médicaments antiépileptiques : leur activité peut être altérée en cas de prise concomitante d'HCQ.

☒ Médicaments hypoglycémiant : l'utilisation d'hypoglycémiant avec l'HCQ peut entraîner une majoration de l'effet hypoglycémiant de l'HCQ.

☒ Ciclosporine : augmentation des concentrations sanguines de ciclosporine (à surveiller) et de la créatininémie.

☒ Hormones thyroïdiennes : risque d'hypothyroïdie chez les patients substitués.

☒ Topiques gastro-intestinaux, antiacides et charbon : Diminution de l'absorption digestive de l'HCQ. A prendre à distance (plus de 2 heures).

☒ Cimetidine : ralentissement de l'élimination de l'HCQ et risque de surdosage.

Effets indésirables/Mises en garde spéciales/précautions d'emploi (traitements courts)

Dr Alexandre Bleibtreu pour le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
APHP Sorbonne Université, Site Pitié Salpêtrière

⊠ Affections cardiaques

o Allongement de l'intervalle QTc : utilisation avec prudence chez les patients présentant un allongement de l'intervalle QT congénital ou acquis documenté et/ou des facteurs de risques connus d'allongement de l'intervalle QT (risque d'arythmies ventriculaires accru):

- ⊠ maladie cardiaque, par ex insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde
- ⊠ affections pro-arythmiques, par ex bradycardie (< 50 bpm)
- ⊠ antécédents de dysrythmies ventriculaires
- ⊠ hypokaliémie et/ou hypomagnésémie non corrigées
- ⊠ traitement concomitant par des agents allongeant l'intervalle QT (voir interactions)

L'amplitude de l'allongement de l'intervalle QT peut augmenter avec l'augmentation des concentrations du médicament.

o Toxicité cardiaque chronique (cardiomyopathie) : pas attendue en traitement court

Troubles du métabolisme et de la nutrition

o Hypoglycémie : l'HCQ peut provoquer une hypoglycémie sévère avec perte de connaissance pouvant mettre en jeu le pronostic vital chez des patients traités ou non par des médicaments antidiabétiques. Surveillance de la glycémie

o Anorexie (fréquent)

o Possibilité de crise aiguë de porphyrie chez les sujets atteints de porphyrie intermittente ou d'hémolyse aiguë chez les porteurs d'un déficit en Glucose-6-Phosphate Déshydrogénase.

⊠ Effets cutanéomuqueux

o Prurit, **éruption cutanée** (fréquent)

o Très rarement : éruptions bulleuses incluant le syndrome de Stevens-Johnson et le syndrome de Lyell, syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS syndrome), photosensibilité, aggravation de psoriasis, pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG), à distinguer du psoriasis