

Fiche REFLEXE - PEC thérapeutique des patients COVID-19 nécessitant une Hospitalisation complète en Médecine (hors soins critiques, hors patients ambulatoire)

Version 7 – 16 décembre 2021

Facteurs de risques d'évolution sévère (adapté : COREB au 10/11/2021 et ATU mAB)

Critère d'âge : âge ≥ 80 ans ou > 70 ans et facteur de risque associé

Autres critères : insuffisance rénale chronique terminale

- | | |
|---|--------------------------------------|
| - diabète, obésité à partir d'IMC > 30 kg/m ² | - trisomie 21 surtout > 40 ans |
| - transplantation d'organe solide ou de CSH | - grossesse |
| - cancer récent et/ou en progression et/ou sous chimiothérapie | - HTA compliquée |
| - maladies hépatiques chroniques en particulier cirrhose | - BPCO / insuffisance respiratoire |
| - infection VIH non contrôlée (charge virale +) ou au stade SIDA | - insuffisance cardiaque |
| - lupus systémique ou vascularite avec immunosuppresseur (IS) | - démence, ATCD d'AVC |
| - corticoïde > 10 mg/j d'équi. prednisone > 2 semaines traitement | - troubles psychiatriques |
| - fibrose pulmonaire idiopathique | - IS incluant rituximab |
| - pathologies rares du foie y compris hépatites autoimmunes | - sclérose latérale amyotrophique |
| - autres pathologies rares définies par les filières de santé maladies rares (FSMR) | - myopathies avec CV forcée $< 70\%$ |

1. Oxygénothérapie

- **Objectif** : $94\% \leq SpO_2 < 98\%$
- Pas de limite à l'augmentation de l'oxygène, sauf BPCO/Ins.Respi.Chronique : objectif 90-92%

Modalités d'administration de l'O₂ :

- lunettes ou masque facial simple (si respiration par la bouche) avec O₂ initial à 2 L/min
- augmentation progressive du débit d'O₂ pour obtenir une SpO₂ $\geq 94\%$
- si débit d'O₂ nécessaire > 6 L/min passer au masque à haute concentration
- les séances de CPAP (Boussignac) font l'objet d'une procédure spécifique, avec validation d'un médecin sénior (voir procédure *ad hoc*)

Prévenir le réanimateur :

- si débit d'O₂ nécessaire > 6 L/min, ou
- si un des signes : fréquence respi. > 30 /min, tirage, respiration paradoxale, troubles de conscience

2. Anticoagulation

- **Prophylaxie systémique** 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)

- **Situations spécifiques**
 - o IMC > 30 kg/m² : Enoxaparine 6000 UI / j
 - o IMC > 40 kg/m² et/ou OHD, cancer actif, ATCD personnel d'EP ou de TVP, thrombophilie : Enoxaparine 4000 UI x 2/j
 - o Si Insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/mn) : HNF 5000 UI x 2 à 3/j SC ou 200 UI/kg/j IV
- **Durée de traitement** : 7-10 jours et prolongation à discuter si risque thrombotique élevé
- **Monitoring** :
 - o DDI/mères : à l'admission puis en cas de détérioration
 - o Plaquettes si HNF

3. Corticothérapie

a) Critères d'initiation de la corticothérapie :

➔ Aggravation respiratoire avec oxygénorequérance

➔ ET au moins deux des critères suivants :

- Scanner $\geq 25\%$ atteinte parenchyme
- O₂ ≥ 3 L/min
- FR ≥ 30 /minute

b) Schéma proposé : Méthylprednisolone (SOLUMEDROL®) IV

NB : relai per os possible dès J3

<u>J1-4</u>	1 mg/kg/j en 1 fois/jour
<u>J5-8</u> :	0,5 mg/kg/j en 1 fois/jour puis stop

Alternative (équivalence antiinflammatoire) : Dexaméthasone 0,2 mg/kg en 1 dose à J1
Soit pour un adulte de 70 kg, à J1 : Méthylprednisolone 70mg ou Dexaméthasone 14mg

Appel systématique du réanimateur +++, pour évaluer : gravité du patient et admissibilité en réanimation

4. Autres traitements anti-inflammatoires

4.1. Antagonistes des récepteurs IL-1 : aucune indication retenue

4.2. Antagonistes des récepteurs IL-6 : **Tocilizumab**

Indications : 3 critères obligatoires

- oxygénothérapie à fort débit : OHD ou O2 > 6l/min
- et état inflammatoire marqué (CRP ≥ 75 mg/L)
- et absence d'amélioration après 48 h de corticothérapie

Limites d'utilisation :

- pas d'utilisation systématique du tocilizumab
- ne pas prescrire de deuxième dose
- ne pas utiliser le tocilizumab en cas de coinfection bactérienne ou fongique prouvée ou suspectée et/ou chez les malades fortement immunodéprimés

5. Traitement par anticorps monoclonaux

Anticorps monoclonaux (bithérapie exclusive par mAB) : CASIRIVIMAB / IMDEVIMAB

Médicament sous ATU : suivi selon les recommandations de l'ATU

Indication (à évaluer collégialement au sein des équipes/avis infectiologique) :

- Patient hospitalisé du fait de la COVID-19 avec facteur de risque de formes graves
- et séronégatif SARS-Cov2 (IgG anti-S)
- et nécessitant une oxygénothérapie non invasive (lunettes, MHC, OHD ou CPAP)

Posologie et administration :

- 4000 mg pour chacun des composants
- en une seule perfusion IV de 60mn, débit 317ml/h
- Rincer la tubulure et Surveillance 1h après la fin de la perfusion

6. Antibiothérapie

Très peu de surinfections bactériennes = Pas d'antibiothérapie systématique sauf si argument clinique (critères de pneumopathie bactérienne : foyer, expectorations...) ou TDM (foyer condensation alvéolaire).

- ➔ Si diagnostic de pneumonie bactérienne associée, le choix molécule répond aux recommandations concernant la pneumopathie communautaire

7. Compléments nutritionnels

Une évaluation rapide de la dénutrition est nécessaire selon les critères ci-dessous :

- Perte ≥ 10% par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
- IMC ≤ 18,5 kg/m², arguments clinique en faveur d'une fonte musculaire

Si dénutrition : RENTRUYL BOOSTER® 300ml x1 /j, FORTIMEL JUCY® x2/j ou DELICAL HP/HC® sur un sucre x2 /j est alors proposée.

Suppléments vitaminiques:

- Si patient perfusé : NITRUYET 1 ampoule, CERNEVIT 1 ampoule/ 100 ml /1h
- vitamine D : Uvedose 50 000 UI (à la sortie : Uvedose 50 000 U : 1/semaine pendant 4 semaines)