

RECOMMANDATIONS GENERALES

- Communication** entre les personnels médicaux et paramédicaux: transmissions orales entre le médecin et le personnel paramédical au minimum 3 fois par jour :
- Minimisation de l'entrée** du personnel dans la chambre du patient et la limitation des examens non indispensables.
- Surveillance** des paramètres vitaux du patient trois fois par jours minimum par l'équipe paramédicale.
- Risque d'aggravation** : les patients COVID + peuvent s'aggraver en quelques heures, d'autant plus qu'ils sont âgés (patients de plus de 70 ans) et comorbidités (Insuff rénale, cardiaque, respiratoire, hépatique, obésité morbide, immunodépression, diabète).
- Le signe d'alerte principal est l'**oxygénéodépendance**.
- Un patient sous **4L d'oxygène est un patient à risque d'aggravation**, une surveillance plus rapprochée de la saturation devra être effectuée (minimum toutes les 4h). Il est important d'éduquer le patient à la nécessité d'alerter le personnel en cas de sensation de malaise ou d'aggravation de la dyspnée.
- Le **réanimateur COVID** doit être systématiquement prévenu en cas de patient nécessitant 6L d'oxygène et dont le statut réanimatoire a été préalablement notifié.
- Des transmissions au réanimateur doivent être effectuées devant tous signes de gravité afin **d'anticiper un éventuel transfert**.

TRANSMISSIONS INTER-EQUIPES

- Le statut du patient : confirmé / possible en attente résultat / possible en attente de prélèvement
- Age, Autonomie et Comorbidités
- Le délai vis-à-vis du J0 des symptômes. Les patients s'aggravant autour de J7.
- L'oxygénéodépendance ++
- La cinétique d'aggravation ++
- Présence ou non d'une antibiothérapie
- Patient réanimatoire ou non
- patients à réévaluer dans la soirée/ nuit

COMORBIDITES A RISQUE

- Insuffisance rénale chronique dialysée
- Insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique, HTA
- Cirrhose ≥ Child B
- Diabète insulino-dépendant ou requérant compliqué
- Toute pathologie chronique respiratoire à risque de décompensation
- Immunodépression (ttt IS, Cancer, hémopathie, greffe, CD4 < 200)
- Obésité morbide
- Drépanocytose

OXYGENOTHERAPIE

Les objectifs de saturation

- > 96 % chez le patient sans comorbidités respiratoires
- > 91 % chez le patient BPCO.

EQUIPEMENT DE PROTECTION (1/2)

Port du masque :

- EN DEHORS des Unités COVID :
 - masque chirurgical en continu
 - patient suspect d'infection respiratoire et/ou de COVID : je porte un masque chirurgical que je peux garder 4h
 - patient suspect d'infection respiratoire et/ou de COVID : si je participe/réalise des soins à risques d'aérosolisation (prélèvement nasopharyngé, aérosol thérapie, VNI, Optiflow®, aspiration trachéale, bronchoscopie intubation/extubation) je porte un masque FFP2 que je peux garder 4h
- AU SEIN des Unités COVID
 - masque chirurgical en continu
 - Lorsque je rentre dans la chambre d'un patient COVID, je mets un masque chirurgical
 - Quand je passe de chambre en chambre, je peux garder le même masque chirurgical (ainsi que les lunettes et la charlotte).

EQUIPEMENT DE PROTECTION (2/2)

Autres équipements de protection (EPI) :

- Les lunettes et la charlotte
 - sont portées pour les patients suspects ou confirmés COVID en cas de risque de projection de gouttelettes.
 - Elles peuvent être gardées entre deux patients dans les unités COVID et en dehors des unités COVID
- La surblouse n'est pas à changer entre chaque patient quel que soit le secteur, elle doit l'être si elle est souillée. Un tablier en plastique est à mettre et à changer entre chaque patient

Hygiène des mains systématique++++

- Avant la mise des EPI
- Après le retrait des EPI
- Entre deux patients.

ANTIBIOTHERAPIE (1/2)

- Traitement antibiotique probabiliste à l'entrée)
 - **Augmentin 1 g x 3/j per os ou IV si oxygénothérapie nécessaire < 3 L/min (CI si allergie à la Pénicilline/ alternatives à discuter par C3G)**
 - **Ceftriaxone IV 1 g/j + Clarithromycine 500 mg x 2/j per os si gravité (Si O2 > 3 L/min)**
 - **Arrêt Clarithromycine rapidement si antigénurie légionnelle négative à 2 reprises, à 24h d'intervalle**
 - **Switch précoce de Ceftriaxone pour Augmentin si évolution rapidement favorable (sauf si allergie Pénicilline)**
 - **Durée antibiothérapie 5 jours si évolution favorable (max 7 jours)**

ANTIBIOTHERAPIE (2/2)

- Suspicion de pneumonie bactérienne d'acquisition nosocomiale.
 - **Survenue après 5 jours d'hospitalisation ou antibiothérapie préalable**
 - ⇒ piperacilline-tazobactam 4gX3/jour en perfusions sur 3h
- Dans tous les cas, adapter l'antibiothérapie à la documentation microbiologique
- Oseltamivir à initier si PCR grippe positive
 - poso: 75 mg x 2/j (à adapter à la fonction rénale)
 - durée 5 jours

ASTHME/BPCO

- Maintenir les traitements de fond (dont corticoïdes inhalés) et privilégier les bronchodilatateurs en spray ou en poudre
- En cas d'exacerbation d'asthme, les corticoïdes par voie systémique doivent être utilisés et administrés comme d'habitude (0,5-1mg/kg pendant 5 jours), sans délai, y compris chez des patients COVID+.
- L'aérosolthérapie doit être limitée aux exacerbations d'asthme et décompensations de BPCO (débit 6L/min, FFP2 pour soignant et signaler avec une pancarte «aérosol en cours» sur la porte de la chambre, fenêtre ouverte pendant et 15 min après)

ANTICOAGULATION

- Relayer tous les patients sous AVK ou AOD par un traitement par HBPM ou HNF efficace
 - Arrêter les traitements à potentiel thrombogène (contraception oestroprogestative, traitement hormonaux substitutif, tamoxifène)
 - **Risque modéré** : Enoxaparine 4000UI/ 24h
 - **Risque moyen** : Enoxaparine 4000UI/12h (6000UI/12h si poids>120kg), HNF 200U/kg/24H (à répartir en 2 ou 3 injections/j) si cl < 30 ml/min
 - **Risque élevé** : Enoxaparine efficace ou HNF dose efficace si cl < 30ml/min
- Définitions du niveau de risque: cf reco COMEDIMS du 06/04/2020

TRAITEMENT SPECIFIQUE (CAS CONFIRMES)

La prescription d'un antiviral doit ne s'envisager en premier lieu que **dans le cadre d'un essai clinique**

Hors essai clinique, il est cependant possible de prescrire un médicament antiviral mais uniquement dans certaines conditions

Sujet hospitalisé

- avec tableau de pneumonie et DDS<7J
- avec une infection virologiquement documentée ou scannographique
- sans contre-indication à l'utilisation des molécules



1/ 1ère intention **Hydroxychloroquine (Plaquenil)** :

- o 400 mg au diagnostic
 - o 400 mg 12h plus tard
 - o puis 200 mg x 2/j jusque J5.
- Contre-indications :rétinopathie préexistante, hypersensibilité connexes amino-4 quinolones, association avec citalopram/escitalopram/hydroxyzine/dompéridone/pipéraquline, situations avec allongement du QT

Précautions d'utilisation :

- ECG pré-thérapeutique (écarter CI) et à J2
- Faire biochimie 1x/jour,
- En cas d'association avec traitement allongeant le QT, faire ECG 1x/j

2/ 2ème intention **Lopinavir/ritonavir (Kaletra)** :

- **DDS**< 10j
- 400/100 mg deux fois par jour (existence d'une solution buvable) pendant 14 jours
- Contre-indications : insuffisance hépatique sévère Précautions d'utilisation : inhibiteur du CYP3A

ATTENTION:

Comme l'efficacité clinique de l'(hydroxy)chloroquine n'est pas démontrée, prudence dans l'utilisation de cette molécule dans les cas sévères avec insuffisance rénale/hépatique/cardiaque, dans de telles situations l'abstention thérapeutique peut être préférable.

Nous rappelons que tout prescripteur doit prendre en compte l'état très limité des connaissances actuelles et doit être conscient de l'engagement de sa responsabilité lors de la prescription de médicaments dans des indications hors AMM, en dehors du cadre d'essais cliniques

IMAGERIE

- Il n'y a **pas d'indication** à la réalisation d'une **radio de thorax** pour les patients suspects ou covid confirmés.
- Le **scanner thoracique non injecté** doit être réalisé pour tout patient à hospitaliser avec un tableau respiratoire
- **Un scanner thoracique** est à discuter avec le radiologue devant:
 - ✓ une présentation atypique avec doute diagnostique ou
 - ✓ devant un tableau typique avec PCR négative à la recherche de diagnostics différentiels
 - ✓ en cas d'aggravation sans étiologie évidente
- **Un angioscanner thoracique** sera à privilégier:
 - ✓ devant un tableau d'insuffisance respiratoire aigüe sévère d'emblée ou en cas d'aggravation respiratoire brutale d'un patient hospitalisé

BILAN A REALISER DES LES URGENCES POUR TOUT PATIENT HOSPI

- PCR SARS-CoV2
- PCR grippe
- NFS - CRP – Iono sanguin créatinine, ASAT, ALAT, phosphatases alcalines, Bili, Calcémie
- GDS
- D-dimères systématiques
- Procalcitonine (optionnel)
- Bêta-HCG si femme en âge de procréer
- Sérologie VIH systématique (test rapide à envisager au cas par cas)
- Antigénurie légionnelle et pneumocoque
- Hémocultures (3 paires)
- ECG
- TDM thoracique sans injection (sauf si prise en charge purement palliative ou si suspicion d'EP)
- Angioscanner pour toute pneumonie avec besoin d'O2 > 3 L/min (suspi EP associée)

DECISION DE LIMITATION ET ARRETS THERAPEUTIQUES/DECES

- Evaluation de l'**état général**
- Recueil: de la **volonté du patient**, de **directives anticipées** et/ou d'**une personne de confiance** ;
- Procédure de **réflexion collégiale en urgence**: => admission en soins intensifs est envisageable ou non. Celle-ci associera au minimum le *clinicien ainsi que l'équipe soignante* en charge du patient et un *deuxième médecin senior* remplissant le rôle du consultant extérieur
- Traçabilité de la décision** de LAT dans le dossier médical
- Soins palliatifs**
Autorisation exceptionnelle de la visite de membres de la famille sur décision médicale et encadrées par un soignant.
- En cas de décès une procédure est disponible dans le système documentaire _COVID19**

MICROBIOLOGIE

- Chez tous les patients :
 - **Prélèvement nasal ou naso-pharyngé** pour recherche **SARS-Cov2**
 - recherche d'**une co-infection virale** par PCR multiplex en USC et après discussion avec l'infectiologue dans les autres cas.
 - **Antigénurie légionnelle/pneumocoque**
- Chez les patients ayant une indication à une antibiothérapie
 - Si expectoration réalisation d'un **ECBC**
Demander une **PCR multiplex FilmArray***
Pneumonia sur le crachat en cas d'évolution défavorable sous antibiotique ou antibiothérapie préalable
+++Attention ne pas envoyer au laboratoire de crachats salivaires+++

SORTIE ET SUIVI AMBULATORIE

- **Critères de sortie :**
- ✓ Sevrage en O2 > 12h + **Absence dedésaturation au test de marche de 5 minutes.**
Patients sortant avant J14
- **Recommandations à la sortie**
- ✓ confinement nécessaire et isolement si possible jusqu'à J21 du DDS
- ✓ proposer l'inscription dans COVIDOM
- ✓ à défaut signes devant amener à recontacter le 15 (risque d'aggravation vers J7-9 si sortie avant J7)
- ✓ arrêt de travail jusqu'à J14 des symptômes (à adapter selon le terrain et la profession), fiche de déclaration AMELI pour les patients avec comorbidités
- ✓ fiche de recommandations imprimée
- **Moyens de transport**
- ✓ par ses propres moyens
- ✓ Ambulance: voir liste des compagnies habilitées
- ✓ Accueil pour les patients SDF
- ✓ Centre d'hébergement des COVID précaires au bâtiment 5.2

NUMEROS UTILES

- Réanimateur en USC : 2424
- Urgences : 7377 ou 7376 ou 6865 (médecins) – 6634(IDE)
- Samu 0-15 ou par le standard-
- Grande garde de réanimation : 01-86-69-22-15
- Unité Covid 1 (rez de chaussée porte 14) : 6582 ou 6796/ IDE 6574
- Unité Covid 2 (2ème étage Bâtiment Hermant porte 15): 6349
- Unité Covid Gériatrique (1er étage Bâtiment Hermant (porte 15): 6393-6392
- Unité de dépistage ambulatoire pour le personnel située en HDJ (bâtiment 18): prendre RDV entre 9h à 14h au 7228 ou 6602