

Protocole thérapeutique COVID en institution

Auteurs : JeanLuc Belche (DMG ULiège), Sophie Gillain (Gériatrie CU Sart Tilman ULiège), Nicolas Berg (Gériatrie CHR Citadelle), Frédéric Fripiat (Infectiologie ULiège), JF Moreau (AFRAMECO)-19 avril 2020.

Préambule

Il est nécessaire de considérer le profil de risque de chaque personne, en reconnaissant que les personnes âgées en cumulent de nombreux (âge élevé, pathologie cardio-vasculaire et fonction rénale altérée).

Il est difficile de se passer d'un examen clinique dans la plupart des situations. En effet, les sujets âgés fragiles présentent des tableaux cliniques similaires pour un ensemble de pathologies variées non covid19 qu'il ne faut pas méconnaître. Nous pensons bien entendu à une infection urinaire, à d'autres troubles du transit, etc.

Par ailleurs, il faut être attentif à certaines présentations atypiques :

- oculaires et cutanées : œil rouge unilatéral, érythème du visage , urticaire (géante), de vascularite (urticarienne), d'érythème multiforme (EEM), de rash pétéchial, marbrures, lésions de type engelures, eczéma dyshydrétique d'une ou plusieurs extrémités ou sur le tronc ;
- digestifs : nausée, diarrhée ;
- neurologiques : anosmie, agueusie, encéphalopathie hémorragique nécrosante aiguë (EHNA), myélite ;
- générales : alternance hyperthermie et hypothermie, qui sont des signes cliniques précurseurs ou additionnels.

Le champ de suspicion COVID est large et, par mesure de prudence, toute personne suspecte sera soumise à un test diagnostique et des mesures d'isolement dans l'attente du résultat.

S'il y a suspicion d'infection par COVID (avec ou sans cluster au sein de l'institution), les **signes de gravité** sont recherchés pour permettre d'orienter la prise en charge.

Place de la biologie clinique d'orientation

	Justification
Hémogramme et formule hémoleucocytaire	Recherche anémie, lymphopénie (< 700/mm ³ en valeur absolue ou < 10% en valeur relative est corrélé à la gravité) Recherche hypo-plaquettose (CI pour antithrombotique, suivi de traitement chronique et valeur pronostique-taux < 50.000 est corrélé à la gravité)
Fonction rénale et ionogramme	Pour l'équilibration de l'hydratation, pour dépister un trouble ionique, pour adapter les autres médicaments
CRP	Recherche phénomène infectieux (taux > 100 mg/L fréquent et ne reflète pas nécessairement une surinfection bactérienne)
D-Dimères	Si négatif, permet d'exclure TVP/EP ; Accompagne tout phénomène infectieux (peu spécifique) ; valeur pronostique (taux > 1000 corrélé à la gravité)
Fonction hépatique	Valeur pronostique si décompensation hépatique
Ferritine	Valeur pronostique (taux > 1000 corrélé à la gravité)
RUSU(CU)	Recherche infection urinaire (recherche autre cause)
Temps de thrombine et prothrombine	Valeur pronostique Pour discuter de l'indication d'antithrombotiques
Procalcitonine	Peu de valeur ajoutée dans ce contexte, 40 euros à charge du patient

Il faut prendre ces valeurs seuils avec les limites d'usage et tenir compte de la globalité de la situation et des résultats, pas un seul pris isolément

Place de l'ECG

La réalisation d'un ECG n'a pas de plus-value dans la situation actuelle. Pour rappel, un infarctus peut être présent même avec un ECG normal. Pour la myocardite, il n'y a pas d'attitude thérapeutique spécifique à développer.

Son utilité peut être discutée avant l'instauration d'un traitement par moxifloxacine ou hydroxychlorquine (apport réel toujours discuté et pas possible actuellement) ou tout autre médicament influençant l'intervalle Q-T et la kaliémie.



Il faut aussi prendre en compte le risque de contamination du personnel en lien avec la réalisation de ces actes techniques (RUSU-biologie sanguine, ECG). Et donc à chaque fois réaliser une estimation du risque et de valeur ajoutée par leur réalisation.

Place de l'imagerie thoracique

La radiographie thoracique standard a une faible valeur diagnostique (pour le COVID et les autres pathologies éventuelles) et n'a pas sa place dans le contexte actuel.

Le Conseil supérieur de la santé a rendu un avis sur l'utilisation du Scanner thoracique dans le cadre de l'épidémie COVID à des fins diagnostiques (version 3 du 16 avril 2020)¹. En voici la substance :

- Le CT scan thoracique présente une grande sensibilité dans la détection de lésions pulmonaires chez les patients atteints de Covid-19, même pauci- ou asymptomatiques mais sa spécificité est moins avantageuse (risque de faux positifs). Le CT-scan ne doit pas être utilisé comme outil de dépistage massif (population générale).
- Le CT-scan peut être utilisé, comme outil de triage, chez des patients hospitalisés sélectionnés sur base clinique (patients identifiés cliniquement comme potentiellement infectés par le SARS-CoV-2, c.-à-d. patients avec plaintes respiratoires, ainsi que dans certaines situations comme des patients incapables de communiquer ou présentant des facteurs de risque), à des fins de répartition entre zones hospitalières Covid – non-Covid et de stratification du risque.
- Le diagnostic Covid-19 par imagerie doit être confirmé par RT-PCR tant que la situation le permet et dans tous les cas de diagnostic douteux.
- Sauf exception, le CT-scan ne doit pour l'instant pas être utilisé en première ligne pour le diagnostic de l'infection par le SARS-CoV-2 chez des personnes asymptomatiques hospitalisées ou chez les personnes suspectes de Covid mais ne nécessitant pas d'hospitalisation.
- Le CT-scan sera réalisé sans contraste


La décision de sa réalisation doit donc être l'objet d'une analyse bénéfice/risque, réalisée en concertation avec le service hospitalier (pour en déterminer son apport et, en cas d'acceptation, organiser le transfert dans le circuit adéquat).

Il peut être envisagé **si le projet thérapeutique envisage une hospitalisation et des soins avancés, si on peut espérer un gain substantiel à l'instauration de ces soins avancés.**

¹ <https://epidemiologie.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/Avis%20du%20CSS%20concernant%20l%E2%80%99utilisation%20du%20CT-scan.pdf>

Mesures thérapeutiques

Soins curatifs		Soins de support	Soins palliatifs
Antalgiques	Paracétamol po ou suppositoires AINS à éviter (risque hémorragique, impact rénal et cardio-vasculaire) Palier 2 et 3 en complément	Oui	Oui Protocoles détresse/ sédation
Antipyrétiques	Paracétamol po ou suppositoires, AINS à éviter (FR et risque hémorragique) Metamizole (Novalgine®) avec précaution d'usage (voir CBIP)-voie IM Vessie de glace	Oui	Oui
Antibiotiques	Signes pneumonie bactérienne=signes pneumonie virale ; à partir de signes cliniques suggestifs (auscultation pulmonaire typique, FR>20, >93 % Saturation O2- ou 92% si BPCO) il peut être décidé d'instaurer une antibiothérapie empirique. Choix préférentiel (BAPCOC/CBIP 2020): <ul style="list-style-type: none"> • Amoxiciline 1gr 3x/jour • Si fausse route/comorbidités : Amoxicilline + Acide clavulanique 875 X3 (cp ou sirop) • Moxifloxacine (allergie à amoxi-clav) avec ECG préalable (dépistage Q-T long) • PAS D'INDICATION POUR L'AZITHROMYCINE (pas de plus-value, risque élevé ; CBIP 16/04/2020) Si à 48-72h, le diagnostic de Covid 19 se confirme, il est raisonnablement conseillé de stopper l'Antibiothérapie empirique inaugurale.	À discuter	NON
Anti-thrombotiques	Doses prophylactiques en attendant le résultat du test et si alitement temporaire inhabituel 1 ^{er} choix (Formulaire de soins aux PA/CBIP) : enoxaparine (Clexane®) Posologie à adapter au poids (maigre/obésité) et à la fonction rénale (<30ml/min : STOP) Bénéfice : Si personne mobile avant la dégradation (stade CFS <7)	Non	Non
Oxygène	Seuil <93% ou <90% (si BPCO) à l'air libre	OUI	Non

	<p>Objectif : 92-94% ou valeurs antérieures</p> <p>Débit : Si besoin de plus de 3l/minute, indication d'hospitalisation (dans le respect des directives thérapeutique et algorithme tri clinique)</p> <p>Durée : 72h et puis test sevrage avec mesure saturation pour activités minimales (toilette p.ex.).</p>	À discuter	
Anti-COVID Ex: hydroxy-chloroquine	<p>Après passage en hôpital car non accessible en extrahospitalier (en date de rédaction de ce document)</p> <p> Pour le suivi post-hospitalisation : suivi des co-médications (notamment antidépresseurs et antipsychotiques), de la fonction rénale, de l'ionogramme et de plaintes cliniques suggestives de troubles du rythme. (voir plus bas)</p> <p>Lien utile pour les interactions médicamenteuses : www.covid19-druginteractions.org</p>	Non	Non
Hydratation	<p>Minimum 1,25-1,5l/jour p.o.</p> <p>Si voie orale insuffisante : hypodermoclyse pour quelques jours (pour « passer le cap » mais pas de manière chronique)</p> <p>Débit et type de soluté à adapter éventuellement à la fonction rénale et à l'ionogramme</p>	Adaptée	Non
Autres médicaments chroniques	<ul style="list-style-type: none"> • IEC-sartan : pas d'interruption spécifique (CBIP 31/03/2020) mais manipulation prudente en cas de déshydratation et altération de la fonction rénale (risque aggravation et hyper K+) • Anti-hypertenseurs : diminuer/supprimer si TA systolique <140mmHg • Médicaments à visée respiratoire : à conserver (CBIP 25/03/2020) • Nébulisation : A EVITER, si jugé indispensable (rares situations) privilégier chambre d'expansion adulte et aérosols-doseurs • Anticoagulant et antiagrégant : à laisser en place 	Oui	Non
Prévention	<p>Prévention des escarres</p> <p>Soins de bouche pour éviter troubles de la déglutition</p> <p>Mobilisation au lit précoce (au lit, au fauteuil, si possible mettre debout et faire marcher)</p> <p>Surveillance diurèse/selles/douleur/hydratation/TA (voir section sur soins de base et nursing)</p>	Oui	A discuter



ATTENTION au suivi de patient sous hydroxychloroquine (actuellement après hospitalisation)

Suite à métabolisme lent, l'hydroxychloroquine est présente longtemps dans l'organisme (1/2 vie d'élimination de 32 à 50 jours) et un suivi à long cours est recommandé au niveau clinique pour dépister les signes avant-coureurs de torsade de pointe et pour éviter une prescription médicamenteuse additionnelle à risque pour ce problème (antipsychotiques et antidépresseurs, antibiotiques- voir liste plus complète sur <https://www.cbip.be/fr/chapters/1?frag=9990169>).



La disponibilité de l'oxygène et du midazolam est sous tension actuellement. De manière à pouvoir en faire bénéficier chaque résident qui en a besoin dans toutes les institutions, **il est demandé de remettre dans le circuit rapidement les bonbonnes et oxyconcentrateurs non utilisés et de ne pas constituer de stock important en midazolam.**

Apport de l'hôpital

Actuellement, 5 éléments de soins sont apportés par l'hôpital :

1. Oxygénothérapie à haut débit (>6l/min)
2. Diagnostic différentiel et prise en charge des autres pathologies, non COVID, graves et traitables en milieu hospitalier (si en cohérence avec le projet thérapeutique) : embolie, infarctus, surcharge pulmonaire sur cardiopathie, surinfection bactérienne, anémie majeure avec répercussions fonctionnelles, abdomen aigu
3. Accès à l'hydroxychloroquine pour les patients Covid modérés mais avec facteurs de risque de gravité, ou les formes d'emblée sévères aux soins intensifs.
4. L'accès aux soins intensifs pour ceux dont le projet thérapeutique est compatible.
5. Quand l'encadrement et la carence en équipements de protection individuelle ne permettent actuellement pas d'assurer des soins minimaux de confort dans des conditions optimales

La décision d'hospitaliser devrait idéalement être prise collégalement entre le médecin référent (MCC, médecin traitant ou équipe mobile de MG sollicitée) et le médecin hospitalier (gériatre, urgentiste, référent hospitalier COVID), notamment pour organiser le meilleur parcours du patient dans la structure hospitalière. Cette décision est conditionnée à la nécessité d'apporter au patient un de ces 5 éléments de soins complémentaires, dans le respect du projet thérapeutique établi.