

PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS A SARS CO V2

EN HOSPITALISATION HORS REANIMATION

Centre hospitalier de Versailles 20 Mars 2020

Ce protocole concerne :

- les cas confirmés avec PCR SARS Co-V2 positive
- les cas probables = contact étroit avec un cas confirmé
- les patients avec forte suspicion clinique et scanner évocateur de COVID (à hospitaliser de préférence en chambre seule jusqu'à confirmation par PCR + sur ECBC)

Bilan à l'entrée :

Définir précocement le statut réanimatoire du patient

Penser à ajouter 1 paire d'hémocultures (si non faite au SAU), PCR Mycoplasme (sur le même prélèvement que Covid), antigénurie légionnelle, albumine +/- Béta HCG si femme jeune

ECG si non fait au SAU (mesure du QT)

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

1. **Oxygénothérapie** : pour objectif de saturation $\geq 96\%$ [sauf si saturation de base connue inférieure (BPCO, IRC)]

Modalités administration :

- Lunettes : 1-4 litres O₂/min
- Masque haute concentration (MHC) avec réservoir **replié** : 5-9litres O₂/min
- MHC avec réservoir rempli : ≥ 10 litres



2. **Limiter les apports hydrosodés** par perfusion **surtout en cas d'aggravation respiratoire**, en tenant compte des capacités d'auto hydratation et du ionogramme du patient

> par exemple Glucose 5% + 4gNacl /l +2 g kcl /l (=B26) 500cc par 24h

3. Traitement antibiotique

Antibiothérapie probabiliste initiale à débiter en présence d'anomalies radiologiques /auscultatoires et/ou oxygénodépendance

Après réalisation d'hémocultures, PCR Mycoplasme (faite au SAU sur le même prélèvement que la PCR SARS COV2) et antigénurie légionelle

- **Amoxicilline + acide clavulanique : 1g x 3 /jour IV ou C3G injectable (ex: Ceftriaxone 1g/j) IV + Rovamycine 3MUI x 3 PO de préférence (ou 1.5 MUI x 3 IV)**
 - > Arrêt de la Rovamycine si PCR mycoplasme et Ag U légionnelle négatives ,
 - > Attention Rovamycine contre indiquée en cas de QT long à l'ECG

- **En cas d'allergie ou d'association au Kaletra° :**
monothérapie par Levofloxacin (TAVANIC°) : 500mg x 2 /jour PO
(à adapter à la fonction rénale)

4. Traitement spécifique (dans l'attente des recommandations des sociétés savantes)

- A débiter devant toute forme nécessitant un débit d'O₂ > 3l/min :

Lopinavir/ritonavir (Kaletra°) cp 200mg : 2cp matin et soir (durée min 7 jours)

Comprimés pouvant être écrasés ; existence d'une forme sirop, disponibilité à vérifier

- **Vérifier les interactions médicamenteuses :** [RECHERCHE D'INTERACTIONS](#) (Liverpool drug interaction)

5. Traitements associés :

- HBPM à doses préventives (par exemple Lovenox 0.4ml /j SC)
- Respecter la fièvre dans la mesure du possible. En cas de mauvaise tolérance ou de confusion : Paracetamol (1g x 3 /j) per os de préférence ou IV
- Si anxiété : Atarax (25 mg x 3 /j)
 - Si Rovamycine associée ou contexte gériatrique : Xanax 0.25mg cp

6. Mesures de surveillance :

- Constantes avec fréquence respiratoire à chaque passage infirmier
- Si besoin en O₂ > 3L/min : surveillance saturation et FR toutes les 2h
- Mise au fauteuil dès que possible pour limiter les atélectasies pulmonaires

7. Suivi

- Pas de modification ATB devant une fièvre persistante prolongée isolée
- En l'absence d'amélioration à 48-72h : rechercher les diagnostics différentiels (ECG, troponine +BNP /myocardite, +/- angioscanner thoracique à la recherche d'EP), discuter escalade thérapeutique (par exemple Tazocilline 4g x4/j)

-AVIS REANIMATEUR (7538) : En cas d'aggravation rapide (sur quelques heures) ou si besoin en O₂ > 6L/min, majoration de la polypnée ou autres signes de gravité clinique (balancement thoraco abdominal, encéphalopathie...) ; prévenir la famille.

- En cas de pronostic vital engagé, informations à donner à la famille :
 - > visibilité du corps possible uniquement dans le service
 - > anticiper une mise en bière immédiate (choix du cercueil à anticiper)

8. Sortie d'hospitalisation :

Pas de sortie avant le J10 du début des symptômes :

- **Sortie possible** : pour patients **sans comorbidités** si stabilité respiratoire et générale, avec sevrage en oxygène ≥ 24 heures
- **Sortie prudente** : pour patients **avec comorbidités*** si stabilité respiratoire et générale, avec sevrage en oxygène ≥ 24 heures. Un recul d'une semaine d'hospitalisation est souvent nécessaire.
- **Confinement** jusqu' au J14 du début des symptômes :
 - > à domicile sauf contre-indication**
 - > collectif (SSR covid19) si retour à domicile impossible

[- Fiches d'information Covid 19 pour le patient à remettre à la sortie d'hospitalisation](#)

- Consignes à donner aux patients de rappeler en cas de gêne respiratoire ou de reprise des symptômes.

*** Comorbidités :**

- Age >70 ans
- Insuffisance respiratoire chronique sous oxygénothérapie ou BPCO ou asthme ou mucoviscidose ou toute pathologie respiratoire chronique qui peut décompenser pendant une infection virale
- Insuffisance rénale chronique dialysée
- Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV
- Cirrhose \geq stade B
- Diabète insulinodépendant ou requérant compliqué ou non
- Obésité
- Immunodépression (médicamenteuse, VIH non contrôlé ou CD4 non contrôlé ou CD4 <200)
- Greffe d'organe
- Hémopathie maligne
- Cancer métastasé
- Grossesse au troisième trimestre

**** Contre-indication au confinement à domicile :**

- Présence de personne avec comorbidité à domicile

Références

1. Avis relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-CoV2 – HCSP du 5 mars 2020
2. https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2010-infVRB-spilf-afssaps.pdf
3. https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2019/01/20190123_RFE_SDR.pdf