

Prise en charge des patients **en secteur COVID-19** **(hors réa)**

Ci-joint un document afin d'aider la prise en charge des patients hospitalisés en secteur COVID-19.

Au vu de la faible expérience en la matière, il s'agit d'un document d'aide, **réalisé à titre informatif, non officiel**, destiné aux médecins et chirurgiens n'ayant pas encore été amenés à prendre en charge ce type de malades.

Il repose principalement sur l'expérience nationale (conférence nationale organisé par le service de maladies infectieuses de l'hôpital de Bichat) et locale (patients déjà pris en charge en réanimation, secteur de maladies infectieuses ou secteurs dédiés COVID-19).

1- ISOLEMENT :

- En secteur confiné
- **Tenues :**
 - o Secteur de confinement : tenues papiers jetables/tenue de bloc à usage unique à l'entrée en secteur, masque chir
 - o En chambre : masque FFP2, surblouse, gants, charlotte, lunettes lavables
- S'habiller du haut vers le bas : masque FFP2, charlotte, lunettes, surblouse et gants. Possibilité de garder masque, charlotte et lunettes entre 2 chambres
- Changer de surblouse et gants à chaque changement de chambre si contact direct avec le patient ; possibilité de garder la même surblouse entre 2 chambres si pas de contact (notamment pour les équipes infirmières et aide-soignantes)
- **Lavage de mains à l'entrée et à la sortie de chaque chambre (savon ou SHA)**
- Pour les chambres doubles : changement de gants entre chaque patient
- A l'intérieur de chaque chambre : stéthoscope, tensiomètre manuel, thermomètre

2- DIAGNOSTIC :

- En théorie, les patients hospitalisés en secteur COVID auront déjà été diagnostiqués au préalable.
- Diagnostic reposant sur une **PCR virale**.

- Si rupture de stock ou retard du dépistage par recherche virale (prévisible), l'hôpital de Bichat préconise un diagnostic posé sur l'association **anamnèse + clinique + scanner (indispensable)** » pour le diagnostic.
- Un scanner a été libéré uniquement pour les suspicions ou cas avérés de COVID ; le scanner apporte un réel intérêt vis-à-vis de la RP, les pneumopathies à COVID ayant un aspect assez caractéristique au scanner

3- PRELEVEMENTS :

- **Tout prélèvement respiratoire ou de selle : triple emballage**
- Prélèvement autre (sang, urines) : sac standard
- Désinfection de l'extérieur des tubes avant de mettre dans l'emballage (qui lui doit rester à l'extérieur de chambre)
- **Prélèvements à amener en mains propres au labo, ne pas utiliser le TPO !**

4- OXYGENATION :

- Possibilités en secteur : lunettes à O₂, masques Venturi, masques haute concentration. Pas d'Optiflow en secteur.
- A adapter à la SpO₂ du patient : **objectifs de SpO₂>94% chez les patients « standards », SpO₂ 90- 92% chez patients insuffisants respiratoires chroniques** pour éviter l'hypercapnie.
- **Si besoin en oxygène ≥ 3L/min : surveillance renforcée.**
- ATTENTION : Possibilité de dégradation rapide et brutale sur le plan respiratoire entre J5 et J10. Pour un patient sous fortes doses d'O₂ (>6L), ne pas hésiter à demander une **évaluation réa** si le patient y est éligible.
- **Risques d'aérosolisation** plus importants sur des haut débits d'oxygène (O₂>6L), plus importants sur masques Venturi que masques haute concentration
- **Aérosols** par définition plus à risque d'aérosolisation du virus dans la pièce, à réserver aux patients BPCO / asthmatiques ; administration possible aérosols-doseurs pressurisés ou aérosols doseurs de poudre ou chambres d'inhalation
- Chez les patients obèses non graves, il y aurait un intérêt à essayer de faire réaliser aux patients obèses des séances de **décubitus ventral** afin d'éviter le tassement alvéolaire et le passage en formes graves, à adapter bien évidemment à la tolérance clinique
- **VNI nocturne** ou SAOS avec **PPC** : risque d'aérosolisation, VNI uniquement si indication formelle, posée et déposée par le patient, PPC jamais indispensable

5- TRAITEMENT ANTI INFECTIEUX SPECIFIQUE:

- **Essai clinique DISCOVERY débuté au CHR** évaluant remdisivir, lopinavir + ritonavir, lopinavir + ritonavir + IFN β 1a et hydroxychloroquine
- **Pas de recommandation prescription généralisée de traitement hors AMM**
- Possibilité de prescrire du lopinavir/ritonavir ou hydroxychloroquine hors étude conformément au **décret n° 2020-314 du 25 mars 2020**
- Prescription de **lopinavir + ritonavir** (2cp matin et soir pendant 14 jours) en l'absence de contre-indications et d'interactions après validation collégiale si :
 - o pneumopathie clinique (crépitant auscultatoire)
 - o ET oxygénothérapie >3L ou SpO 2 ≤90% en air ambiant
 - o ET ≤ 7 jours depuis le début des symptômes
- Prescription d'**hydroxychloroquine** non retenue par le service de maladies infectieuses
- Le patient, ou à défaut un proche, doit bénéficier d'une information claire, loyale et appropriée (article R 4121-35 du code de la santé publique et article 35 du code de déontologie) sur l'absence de données robustes justifiant les traitements listés dans cet avis, ainsi que d'une information sur les risques d'effets indésirables. Cette information doit être tracée dans le dossier médical.

6- TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE :

- **Pas d'antibiothérapie systématique en absence de signe de surinfection**
- **Critères** de surinfection : crachats purulents, dégradation secondaire après amélioration clinique, hyperleucocytose importante à PNN, aspect de surinfection bactérienne scannographique
- Choix de l'antibiotique :
 - **Sans signe de gravité : Augmentin ou Claforan/Rocephine**
 - **Si signes de gravité : Claforan/Rocephine + Rovamycine** (Rovamycine à arrêter secondairement si antigenurie légionelle négative)
 - **Durée de traitement : 5-7 jours**
 - **Pas d'indication de l'utilisation d'Azithromycine**

7- CORTICOTHERAPIE:

- **Contre-indication à l'introduction de corticoïdes à la phase aigüe** ; à discuter aux cas par cas chez les patients BPCO sévères ou asthmatiques en poussée
- **A partir de J7 des symptômes : corticothérapie 1mg/kg/j pendant 7j** à discuter au cas par cas si :
 - o besoin en oxygène ≥ 3L/min pour obtenir une sat >94%

- ET aggravation avec augmentation des besoins en O₂ sur les dernières 24h
- ET syndrome inflammatoire biologique marqué (CRP>50mg/L)
- ET en l'absence d'argument pour une décompensation cardiaque
- ET angio TDM thoracique montrant une atteinte bilatérale >50% du parenchyme, absence d'EP expliquant l'aggravation
- ET réalisation d'un ECBC ou une aspiration bronchique pour documentation d'une surinfection
- Couverture **antibiotique** à arrêter si ECBC ou AT négatif : Claforan/Rocephine ou Cefepime si FDR Pseudomonas (BPCO sévère, DDB, muco, colonisation connue à Pyo)
- Association d'une **déparasitage** par ivermectine dose unique (1 cp par 15 kilos de poids corporel) en cas de séjour même ancien en zone tropicale
- Attention au risque augmenté de thrombose : augmenter la **prophylaxie thrombo-embolique** à enoxaparine 6000 UI/j
- Posologie des corticoïdes à **demi-dose** si co-prescription avec lopinavir/ritonavir
- **Surveillance** rapprochée kaliémie, TA, glycémie

8- TRAITEMENTS COMPLEMENTAIRES :

- Traitement symptomatique par **paracétamol**
- **Hydratation** avec perfusion systématique intraveineuse si polypnéique et/ou fébrile et/ou hors d'état de s'hydrater seul
- **Contre-indication absolue aux AINS**
- **Anticoagulation préventive systématique**
 - au minimum enoxaparine 4000 UI/j (enoxaparine 2000 UI/j si DFG entre 15 et 30 ml/min)
 - si risque thrombotique **élevé (obésité ou oxygène haut débit)**: enoxaparine 4000 UI/12h ou 6000 UI/12h si poids > 120 kg (HNF 200 UI/kg/j si DFG < 30 ml /min)
 - si risque thrombotique **très élevé** (obésité + oxygène haut débit + cancer actif <6 mois ou thrombose < 2 ans): anticoagulation curative (enoxaparine 100 UI/kg/12h sans dépasser 10 000 UI/12h ou HNF 500 UI/kg/j selon DFG)
- Pour les patients déjà sous traitements par **corticoïdes ou immunosuppresseurs** avant l'infection, ne pas les arrêter sans avis spécialisé
- Pas d'arrêt d'un **corticoïde inhalé** chez un asthmatique, arrêt chez un BPCO
- **Eviter le remplissage massif** (sauf signes de choc)
- Adaptation des **traitements antihypertenseurs** à l'état hémodynamique : pas d'arrêt systématique des IEC ni ARA2 (seulement si insuffisance rénale aigüe), éviter l'introduction d'IEC/ARA2 (rôle débattu) à la phase aigüe, pas

d'arrêt d'un bêtabloquant sauf si hypotension systolique <100mmHg et/ou bradycardie 50 BPM

- Si **signes de choc** (rare ++): appel réa, nécessité de 2 VVP, scope avec SpO2 en continu et contrôle TA /3-5 min, oxygénothérapie adaptée, remplissage vasculaire NaCl 0.9% 500mL sur 30 minutes renouvelable jusqu'à évaluation par la réa, antibiothérapie (probabiliste ou adaptée suivant les cas) après prélèvements infectieux multiples
- En cas d'impasse thérapeutique avec anxiété/agitation : **anxiolyse/sédation** selon le protocole des soins palliatifs

9- SUIVI :

- Compte tenu des difficultés actuelles à réaliser tous les prélèvements à visée diagnostique, **les PCR de suivi ne doivent pas être réalisées** (hors étude)

10- VISITES

- Uniquement pour les patients **en fin de vie**, à limiter ++++
- 1 visite par jour maximum, courte, < 30 minutes, pas plus de 2 visiteurs au total
- Arrivée avec un masque sur le parking
- Tenue type brancardier (surblouse, masque, gants...)

11- SORTIE :

- Pour les sorties à domicile :

Sortie après sevrage en O2 ET stabilité clinique

- o En population générale : poursuite du confinement **au moins 8 jours** à partir du début des symptômes + **au moins 48h apyrexie** (vérifiée par une T< 37,8°C en l'absence de prise d'antipyrétique dans les 12h précédentes) + **au moins 48h après la disparition d'une éventuelle dyspnée** (fréquence respiratoire inférieure à 22/min au repos)
 - o Pour les immunodéprimés (immunodépression médicamenteuse, VIH non contrôlé, greffé d'organe solide ou CSH, hémopathie maligne sous traitement) : confinement **au moins 10 jours** à partir du début des symptômes et critères identiques à ceux de la population générale
+ Feuille avec consignes pour les patients sortants (en annexe)
- Pour les sorties dans un autre hôpital/autre service :
 - o **Sortie du cohorting possible** après une période d'au moins **8 jours (10 jours pour les immunodéprimés)** à partir du début des symptômes + **au moins 48h apyrexie** (vérifiée par une T< 37,8°C en l'absence de prise d'antipyrétique dans les 12h précédentes) + au

- moins 48h après la disparition d'une éventuelle dyspnée** (fréquence respiratoire inférieure à 22/min au repos
- **Isolement gouttelettes à poursuivre pendant 7 jours (14 jours pour les immunodéprimés)** à compter de la sortie du cohorting (port du masque par le soignant dans la chambre, port du masque par le patient hors de la chambre pendant 7 jours) + **précautions contact 48h** à réévaluer en fonction de l'évolution clinique (notamment absence de diarrhée)
 - **Pour les sorties en EHPAD/SSR avec moins de 3 cas de COVID:** sortie du cohorting selon les mêmes que critères que pour un autre hôpital /service (voir précédemment)
 - **Pour les sorties en EHPAD/SSR avec 2 cas ou plus de COVID:** si possibilité de **cohorting sur place**, sortie dès sevrage en O2 et stabilité clinique

12- DECES :

- Certificat de décès : **obligation de mise en bière immédiate maintenue** avec « **obstacle aux soins de conservation** » et « **obstacle au don du corps à la science** »
- **Housse mortuaire à laisser entrouverte pour permettre la présentation du visage à la famille** au besoin
- **Retrait du pacemaker autorisé**
- **Signalement quotidien des décès à remonter à la direction**

13- PMSI : codages utiles

U07.1 Covid

U07.10 Covid-19, confirmé

U07.11 Covid-19, non confirmé

U07.12 Porteur de SARS-CoV-2 asymptomatique ou pauci symptomatique

B97.2 Coronavirus

J12.8 Autre pneumopathie virale

J00 Rhinopharyngite

J80 Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte

Z29.0 Isolement prophylactique

ANNEXE

Vous avez été testé positif pour le COVID 19

Le médecin qui vous a pris en charge a estimé que vous pouviez rentrer à votre domicile.

VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT RESTER CONFINE A VOTRE DOMICILE PENDANT JOURS :

- N'allez pas travailler
- N'allez pas à vos activités de loisirs ou réunions publiques
- Ne vous rendez pas dans les lieux publics
- N'allez pas faire vos courses vous-même
- Ne fréquentez pas des lieux où se trouvent des personnes fragiles (hôpitaux, maternités, structures d'hébergement pour personnes âgées...)
- Si toutefois vous devez sortir le port de masque chirurgical est obligatoire
- Après minimum le 8^{ème} jour du début des symptômes /10^{ème} jour pour les patients immunodéprimés vous pouvez reprendre votre activité - sous réserves des directives nationales. Les personnes immunodéprimées doivent poursuivre le port d'un masque chirurgical de type II, pendant les 14 jours suivant la levée du confinement.

SURVEILLEZ VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

- En cas de difficulté respiratoire (essoufflement, difficulté à finir vos phrases), contactez rapidement votre médecin traitant, ou à défaut le SAMU (15) en signalant que vous **avez été testé positif pour le COVID-19. Donnez la date de votre test et la date du début de vos symptômes**
- **Ne vous rendez pas directement chez le médecin**, ni aux urgences de l'hôpital

À DOMICILE

- Limitez au maximum les contacts avec votre entourage
- Lavez-vous les mains régulièrement (à l'eau et au savon) ou frictionnez-les avec une solution hydroalcoolique, au moins 6 fois par 24h et systématiquement après vous être mouché et être allé aux toilettes
- Toussez ou éternuez dans votre coude ; utilisez des mouchoirs à usage unique
- Aérez très régulièrement votre domicile
- Dormez seul, si possible dans une chambre sans autre personne ; lavez vous-même vos draps à une température ≥ 60 degrés et au moins 30 minutes
- Nettoyez attentivement les WC avec un produit javellisé après chaque utilisation ou utilisez des WC séparés
- Nettoyage des sols : n'utilisez pas l'aspirateur, nettoyez sols et surfaces avec un bandeau de lavage imprégné, rincez à l'eau avec un autre bandeau de lavage, laisser sécher, puis désinfectez les sols avec une solution javellisée