



Prise en charge des patients COVID-19

Le but principal est la prise en charge précoce des cas COVID-19

Cinq objectifs

1. Repérer précocement les cas suspects parmi les consultants symptomatiques,
2. Etablir le diagnostic en tenant compte des éléments cliniques, radiologiques, microbiologiques,
3. Classer en formes asymptomatique ou pauci-symptomatique, bénignes, modérées, sévères et graves en fonction des signes cliniques, imagerie,
4. Décider de la prise en charge ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle selon le degré de gravité (cliniques et imagerie),
5. Confirmer par la PCR à partir de la forme bénigne,
6. Traiter selon le degré de gravité.

1. ACCUEIL IDENTIFICATION DES CAS SUSPECTS :

1.1. Identification des cas suspects :

- Anamnèse :
 - Avec ou sans notion de contact avec un cas COVID-19
 - Signes généraux :
 - Fièvre,
 - Fatigue,
 - Courbatures.
 - Signes respiratoires :
 - Toux
 - dyspnée
 - Agueusie, anosmie
 - Signes digestifs :
 - Douleurs abdominales,
 - Diarrhée,
 - Vomissements.

- **Examen clinique :**
 - Mesurer température,
 - Auscultation,
 - Mesurer spO2.

- **Facteurs de risque ;**
 - ✓ 1. Personnes âgées de 65 ans et plus,
 - ✓ 2. Antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée, Antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque,
 - ✓ 3. Les diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie,
 - ✓ 4. les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire
 - ✓ 5. les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée,
 - ✓ 6. les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise, médicamenteuses : sous chimiothérapie immunosuppressrice, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive,
 - ✓ 7. infection à VIH avec des CD4 < 200/mn³,
 - ✓ 8. greffe d'organe solide ou de cellules souche hématopoïétiques récente,
 - ✓ 9. hémopathie maligne en cours de traitement,
 - ✓ 10. un cancer métastasé,
 - ✓ 11. Les femmes enceintes,
 - ✓ 12. Les personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle > 40 kg/m²).

- **Signes de gravité :**
 - ✓ Dyspnée,
 - ✓ Cyanose,
 - ✓ Tirage,
 - ✓ Balancement thoraco-abdominal,
 - ✓ SpO2 < 92%,
 - ✓ Tachycardie ou bradycardie,
 - ✓ Marbrures généralisées,
 - ✓ Hypotension,
 - ✓ Signes neurologiques ; agitation, confusion, somnolence, coma.

1.2. Indications des examens selon la présentation clinique :

| Eléments cliniques | Tableau clinique | Examens à faire |
|---|--|-----------------|
| Forme pauci-asymptomatique Ou asymptomatique | <ol style="list-style-type: none"> 1. sans signes respiratoires, 2. possibilité signes digestifs et/ ou anosmie et/ou agueusie, 3. sans facteurs de risque, 4. sans signes de gravité, 5. sujet contact asymptomatique. | Aucun |
| Forme bénigne | <ol style="list-style-type: none"> 1. signes cliniques, 2. sans facteurs, 3. de risque, 4. sans signes de gravité, 5. SpO2 ≥ 95%. | TDM |
| Forme modérée | <ol style="list-style-type: none"> 1. signes cliniques, 2. avec au moins un facteur de risque, 3. pas de signes de gravité. 4. SpO2 ≥ 95%. | TDM + PCR |
| Forme sévère | <ol style="list-style-type: none"> 1. signes cliniques, 2. avec au moins un facteur de risque, 3. au moins un signe de gravité, 4. spO2 < 92%. | TDM + PCR |
| Forme grave | <ol style="list-style-type: none"> 1. SDRA, 2. SpO2 < 88% ne répondant pas à l'oxygénothérapie (15L), 3. Quelle que soit l'étendue. | TDM + PCR |

- **A qui faire la TDM ?**
 - ✓ A l'exception des sujets asymptomatiques mêmes contacts, ou pauci-symptomatiques, tous les patients doivent bénéficier d'une TDM.
- **A qui faire la PCR ?**
 - ✓ A l'exception des sujets asymptomatiques mêmes contacts, ou pauci-symptomatiques, et des formes bénignes tous les patients hospitalisés doivent bénéficier d'une PCR.
- **A qui faire un bilan biologique ?**
 - ✓ Dès la prise de décision de mise sous traitement en ambulatoire ou en hospitalisation

1.3. Classement des formes (éléments cliniques et imagerie) :

➤ **Forme pauci-symptomatique :**

1. sans signes respiratoires,
2. possibilité signes digestifs et/ ou anosmie et/ou agueusie,
3. sans facteurs de risque,
4. sans signes de gravité,
5. sujet contact asymptomatique.

➤ **Forme bénigne :**

1. signes cliniques,
2. sans facteurs de risque,
3. sans signes de gravité,
4. SpO2 \geq 95%,
5. TDM < 25%.

➤ **Forme modérée :**

1. signes cliniques,
2. avec au moins un facteur de risque,
3. pas de signes de gravité,
4. SpO2 \geq 95%,
5. TDM 10-25 ou 25-50%.

➤ **Forme sévère :**

1. signes cliniques : dyspnée, toux sèche,
2. avec au moins un facteur de risque,
3. au moins un signe de gravité,
4. SpO2 < 92%,
5. TDM 50-70% ou quelle que soit l'étendue.

➤ **Forme grave**

1. SDRA,
2. TDM +70% ou quelle que soit l'étendue,
3. SpO2 < 88% ne répondant pas à l'oxygénothérapie (15L).

2. PRISE EN CHARGE DES CAS COVID-19 EN AMBULATOIRE :

2.1. Indications :

Etendue TDM < 10%, 10-25% **et sans** facteurs de risque **et sans** signes de gravité **ou un** facteur de risque (à discuter au cas par cas).

2.2. Modalité :

- ✓ **Lieu,**
- ✓ **Billet d'admission hôpital de jour,**
- ✓ **Ouverture dossier,**
- ✓ **Bilan sanguin (annexe 1 modèle demande) :**
 - Glycémie,
 - Urée,
 - Créatinémie,
 - Ionogramme Sanguin.
- ✓ **ECG,**
- ✓ **Vérifier absence de contre-indications,**
- ✓ **Délivrer médicaments pour la durée prévue :**
 - **Hydroxychloroquine 200 mg 3XJ Pendant 10 jours,**
 - **Azithromycine 500 mg J1 puis 250 mg XJ de J2 à J5,**
 - **Anticoagulation pour les malades à risque.**

2.3. Suivi :

- ✓ **Contact téléphone J2, J10,**
- ✓ **Consultation de contrôle programmée.**

2.4. Organisation :

Transmission quotidienne des listes de malades au service de pneumologie des patients admis à la prise en charge en ambulatoire (voir canevas joint en annexe).

3. HOSPITALISATION SECTEUR MEDICAL

3.1. Au niveau de la consultation COVID-19 :

- Orientation par la consultation COVID-19 vers les services **avec Documents** : Fiche de repérage + bon du laboratoire (examens biologie),
- Prélèvements : Bilan Biologique et PCR,
- Bilan biologique :
 - FNS, CRP,
 - Urée, glycémie, créatinémie
 - Calcium
 - Albumine
 - Ionogramme sanguin
 - Bilirubine totale, directe
 - Lipase, CK
 - ASAT, ALAT, LDH
 - Troponines Ths
 - D Dimères

3.2. A l'admission :

- Etablir Billet d'hospitalisation,
- Remplir Fiche hospitalisation,
- Récupérer ECG, Récupérer Bilan Biologique, récupérer PCR.

3.3. Au cours de l'hospitalisation TOUS LES JOURS :

- Examen des patients, relever les paramètres de surveillance : FR, FC, T°, TA, SpO2
- Vérifier la prise des médicaments même ceux administrés par voie orale, Mise à jour du dossier, de la fiche de traitement

➤ **J3** : ECG

➤ **J5** : Bilan biologique de contrôle

3.4. Traitement :

3.4.1. Mise en route du traitement cf tableau n°2:

| Traitement | Indications | Modalités |
|---|--|---|
| Hydroxychloroquine + Azithromycine | | Hydroxychloroquine Cp 200mg X3 de J1 à J10 + Azithromycine ✓ 500 mg J1 ✓ 250 mg de J2 à J5 |
| Anticoagulants | Doses préventives | Enoxaparine 4000 UI/J (6000UI/J si BMI > 30 Ou Tinzaparine 3500/J ,7000UI/J si BMI>30 Contre-indication si CICr < 30ml/mn/24h |
| | Doses curatives | Enoxaparine 4000UI/J (100UI/kg/12H Ou Tinzaparine 175 UI/kg/J, 7000UI/J si BMI>30 Héparine fractionnée si CICr<30ml/mn/24h |
| Oxygénothérapie | SpO2< 95% | Voir point 3.4.3. |
| Corticoïdes | Aggravation | Dexaméthasone 6 mg/kg/J |
| Antibiotiques | A discuter au cas par cas, si indication faire prélèvements (à visée bactériologique, fongique si nécessaire)en vue d'une traitement ciblée | |
| Traiter les comorbidités (observance, surveillance) | | |

Tableau N°2 : Traitement

3.4.2. Traiter les comorbidités : diabète, HTA , asthme, BPCO ect.

3.4.3. Oxygène :

- **Utilisation du saturomètre :**

- Oxymétrie de pouls désinfecté,
- Obtenir un bon signal, attendre stabilité de la mesure avant lecture, Saturation appréciée pendant 10 secondes.

- **Mesure 3X / Jour tous les jours**

- **Décision :**

- **Situation 1 :** SpO₂ à l'air ambiant > 95% \implies pas d'oxygène
- **Situation 2 :** SpO₂ à l'air ambiant \leq 95% Oxygénothérapie avec un débit nécessaire pour atteindre une SpO₂ > 95%
 - **Procédure**
 - **Mode d'administration** Lunettes, si débit > 6L/mn utiliser masque
 - Mettre lunettes, régler débit d'oxygène 2 à 3 l/mn, mesurer spO₂ jusqu'à obtention spO₂ 95%
 - Dès obtention SpO₂ cible maintenir Oxygène, vérifier spO₂ toutes les 3 heures
 - Dès stabilisation puis retrait de l'oxygène
 - Malade autorisé à sortir si spO₂ stable sans oxygène au moins 24h
- **Situation 3 :** Pas d'amélioration, Au-delà de 15L contacter équipe département anesthésie-réanimation

- **Remarque 1 :** Vérification du système source, barboteur tuyaux et masque /lunettes
- **Remarque 2** Pour les sujets BPCO/IRC, contacter pneumologie.

3.5. Complications :

3.5.1. En cas de persistance de la fièvre

- Examiner rechercher foyer d'infection, attention aux infections nosocomiales
- FNS, CRP, hémocultures si nécessaires
- Prélèvements pour microbiologie
- Discuter changement antibiotique

3.5.2. Persistance de la dyspnée

- Mettre oxygène
- Si malade sous oxygène Vérifier application et observance du malade
- Rechercher embolie, IDM

3.6. Sortie :

- Si malade non oxygéo-requérant : Amélioration= critères cliniques, Biologiques
- La sortie est possible dès J5
- Si malade sous oxygène :
 - Obtenir SPO₂ > 95%.
 - dès l'obtention 95% vérifier la stabilité pendant 24 heures.

➤ **Pour le contrôle ne pas adresser le malade, il sera contacté par téléphone.**