



Astreinte COVID 04.73.75.10.00

1. Précautions gouttelettes et contact

- Asymptomatique : 7 J.
- Symptomatique mais sans O2 : 10 J.
- O2 et/ou immunodéprimé: 21 J.
- Transfert SSR/EHPAD : J8 non ID, J10 ID et/ou grave

2. Surveillance

Attention dissociation clinique/sat et pO2

Fréquence respiratoire, Sat, FC, TA, T°, glycémie toutes les 4-6 heures

Poids x 2 /semaine

Diurèse si oxygénodépendant

3. Oxygénothérapie

Lunettes à O2 (jusqu'à 6L/mn)

Masque sans réservoir (6-8L/mn)

Masque avec réservoir (≥9L/mn)

Objectifs de SpO2 :

>94% chez les patients « standards »,

SpO2 90- 92% pour insuffisants respiratoires chroniques (éviter l'hypercapnie)

Appeler la réanimation dès que 6L d'O2/mn

Au sevrage, vérifier désaturation à l'effort (au mieux TM6) => prévoir O2 à l'effort (hôpital ou domicile)

Fauteuil dans la mesure du possible.

4. Thérapeutique spécifique

1. COVID NON OXYGENODEPENDANT

Evaluation du risque d'évolution vers une forme sévère :

- Patients à **très haut risque** :

Immunodéprimés, quel que soit l'âge et l'état vaccinal : Transplantés, cancers en cours chimiothérapie < 12 mois, immunosuppresseurs (dont corticoïdes et anti-CD20), PvVIH CD4 < 200/mm³, déficits immunitaires primitifs, maladies rénales chroniques sévères (DFG < 30mL/min), poly-pathologies chroniques et présentant au moins deux insuffisances d'organe, maladies rares (Filières de Santé Maladies Rares 2020), trisomie 21

Age > 80 ans et rappel de vaccination datant de plus de 6 mois

- Patients à **haut risque** : Au moins 2 conditions parmi les suivantes:

Vaccination COVID : aucune ou rappel datant de plus de 6 mois ; Age > 65ans; Diabète traité de type 1 ou 2, IMC > 30 kg/m², insuffisance respiratoire quel qu'en soit la cause, BPCO sévère, fibrose pulmonaire, insuffisance rénale chronique, cardiopathie ischémique, hypertensive et/ou insuffisance cardiaque, affection hépatique chronique ou cirrrose, antécédent d'accident vasculaire cérébral, démence, trouble psychiatrique, hémoglobinopathie sévère

1^{ERE} INTENTION Haut risque et Très Haut risque :

PAXLOVID® (Nirmatrelvir + Ritonavir): dans les 5 premiers jours du début des symptômes. Durée = 5j

- DFG > 60 ml/min : 300 mg Nirma/100 mg Rito x 2/j 5j
- 30 < DFG < 60 ml/min : 150 mg Nirma/100 mg Rito x 2/j 5j
- DFG < 30 ml/min ou HD : 300 mg Nirma/100 mg Rito J1 puis 150 mg Nirma/100 mg Rito x 1 J2-J5

ATTENTION AUX INTERACTIONS :

<https://www.covid19-druginteractions.org/checker> ou site de la SFPT

Remarque : ne pas utiliser chez Ins hépatique sévère

Grossesse et contraception : PAXLOVID® n'est pas recommandé pendant la grossesse et chez les femmes en âge de procréer n'utilisant pas de contraception. L'utilisation de ritonavir peut réduire l'efficacité des contraceptifs hormonaux combinés.

2^{EME} INTENTION si contre-indication à PAXLOVID® :

- Si patient à haut risque :

Pas d'alternative = pas de traitement spécifique

- Si patient à très haut risque :

Remdesivir VEKLURY® 200mg J1, 100 mg J2 J3 J4 - Pas de CI ni adaptation de dose si ISF rénale

Si remdesivir non possible : avis spécialisé.

Remarque : Surveiller le BH (ALAT). Ne pas utiliser chez la femme enceinte ou en cours d'allaitement (si femme en âge de procréer, utiliser une contraception efficace).

2. COVID OXYGENODEPENDANT

→ Chez l'IMMUNODEPRIME

Immunodéprimés, quel que soit l'âge et l'état vaccinal = Transplanté, cancers en cours chimiothérapie < 12 mois, immunosuppresseurs (dont corticoïdes et anti-CD20), PvVIH CD4 < 200/mm³, déficits immunitaires primitifs, maladies rénales chroniques sévères (DFG < 30mL/min), poly-pathologies chroniques et présentant au moins deux insuffisances d'organe, maladies rares (Filières de Santé Maladies Rares 2020), trisomie 21

PAXLOVID® 10 jours

+ Remdesivir VEKLURY® 5 jours

(Monothérapie REMDESIVIR si contre-indication au PAXLOVID®)

+ Dexa 6 mg/j (pas avant J5 des symptômes)

Si mauvaise évolution malgré bithérapie, discussion de plasmathérapie : *avis infectieux*

Remarques :

- **PAXLOVID® (Nirmatrelvir + Ritonavir)**

DFG > 60 ml/min : 300 mg Nirma/100 mg Rito x 2/j 5j

30 < DFG < 60 ml/min : 150 mg Nirma/100 mg Rito x 2/j 5j

DFG < 30 ml/min ou HD : 300 mg Nirma/100 mg Rito J1 puis 150 mg Nirma/100 mg Rito x 1 J2-J5

ATTENTION AUX INTERACTIONS :

<https://www.covid19-druginteractions.org/checker> ou site de la SFPT

Remarque : ne pas utiliser chez Ins hépatique sévère

Grossesse et contraception : PAXLOVID® n'est pas recommandé pendant la grossesse et chez les femmes en âge de procréer n'utilisant pas de contraception. L'utilisation de ritonavir peut réduire l'efficacité des contraceptifs hormonaux combinés.

• DEXAMETHASONE IV

Dexa à maintenir tant que O2 dpdt et max 10 jours ; poso 9mg/j si IMC>30

Traitement per os en cas d'impossibilité de traitement IV : prednisolone 40 mg/j pendant 7 J ou méthylprednisolone, à moduler selon la gravité et les comorbidités.

Penser à l'ivermectine en cas de risque d'exposition à l'anguillulose, avant corticothérapie.

→ Chez l'IMMUNOCOMPETENT

Remdésivir VEKLURY® 5 jours si atteinte COVID au TDM, délai < J5, CT bas, pas de vaccination. *Sur avis infectieux.*

+ Dexamethasone 6 mg/j (pas avant J5 des symptômes)

Dexa à maintenir tant que O2 dpdt et max 10 jours ; poso 9mg/j si IMC>30

Traitement per os en cas d'impossibilité de traitement IV : prednisolone 40 mg/j pendant 7 J ou méthylprednisolone, à moduler selon la gravité et les comorbidités.

Penser à l'ivermectine en cas de risque d'exposition à l'anguillulose, avant corticothérapie.

3. COVID PERSISTANT de l'immunodéprimé (non oxygénodépendant)

PAXLOVID 10 jours + REMDESIVIR 5 jours selon évolution virologique (pas de dexamethasone)

Si mauvaise évolution malgré bithérapie, discussion de plasmathérapie : *avis infectieux*

Bibliographie :

Mikulska M et al, Triple Combination Therapy With 2 Antivirals and Monoclonal Antibodies for Persistent or Relapsed Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection in Immunocompromised Patients, CID 2023;77 p280-286

Pasquini et al, Dual combined antiviral treatment with remdesivir and nirmatrelvir/ritonavir in patients with impaired humoral immunity and persistent SARS-CoV-2 infection, Hematological Oncology. 2023;41:904-911.

5. Anticoagulation

Rechercher systématiquement FdR thromboemboliques majeurs :

- Cancer actif/et ou métastatique
- ATCD personnels récents spontanés ou provoqués d'évènement thromboembolique. Thrombophilie documentée
- IMC >30
- Autres : âge >70 ans, allègement prolongé, postpartum <3 mois, contraception orale combinée...

Patient sous AOD ou AVK :

Faire le relai si possible vers HBPM curatif (HNF si Cl creat < 15 ml/lmin), en l'absence de risque hémorragique.

Patient avec IMC < 20 : Limiter la prévention à 1 injection d'énoxaparine 4000 UI/j, quel que soit l'appréciation du risque thrombotique (sur-risque hémorragique).

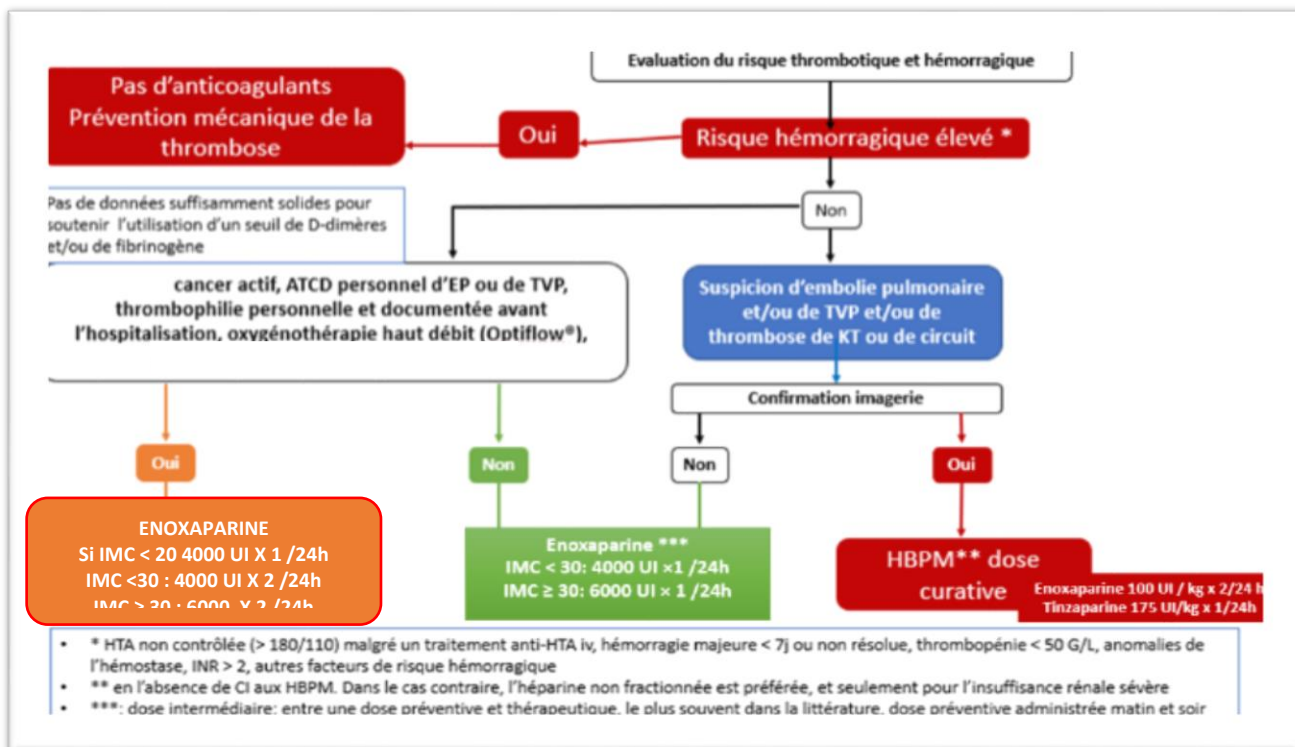
Durée des traitements :

♥ Anticoagulation dès et pendant toute la durée d'hospitalisation

Désescalade pour posologie préventive standard si :

- Transfert unité de soins critiques à une unité d'hospitalisation conventionnelle
- Arrêt d'oxygénothérapie à haut débit (OHD)
- Diminution confirmée des besoins en oxygène (si non éligibles à OHD).
- Amélioration des paramètres inflammatoires.

♥ Anticoagulation à dose préventive en sortie d'hospitalisation (1 à 2 semaines): A réévaluer selon le degré de mobilité /



syndrome inflammatoire.

6. Nutrition/Mobilisation

A évaluer systématiquement, **2 CNO/ jour** pour tout patient.

Mobilisation quotidienne des patients.

7. Antibiothérapie

Une antibiothérapie systématique n'est pas recommandée dans la pneumonie à SARS-CoV2.

A discuter selon la gravité, la clinique, la biologie et les images scannographiques après réalisation des prélèvements respiratoires bactériologiques (en vue d'une désescalade). **Les surinfections bactériennes sont rares.**

- **Pour les formes non graves :** amoxicilline + acide clavulanique.

Allergie bêta-lactamines : pristinamycine.

- **Pour les formes graves** (avec désescalade dès documentation microbiologique) : C3G injectable (céfotaxime) ± macrolide ± Linezolide

Durée AB : 5 J si évolution favorable à J3, sinon 7 J

Augmentation mineure des surinfections fongiques (Aspergillose) en réanimation.

8. Déplétion / Hydratation

Hydratation très prudente, diurétiques à discuter au moindre doute pour une surcharge.

9. Soutien psychologique/psychiatrique

A évoquer avec le patient.

10. Traitement anti-inflammatoire

Tocilizumab ou Baricitinib : Indication si évolution défavorable sous corticoïdes depuis 48 heures, patient inflammatoire (CRP > 75 mg/L), 6 Ld'O₂, au cas par cas avec avis SMIT ou Réanimateur.