



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), PVIH CD4 < 200/mm<sup>3</sup>, 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/m<sup>2</sup>, 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<sup>ERE</sup> 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<sup>EME</sup> 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/mm<sup>3</sup>, 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 andnirmatrelvir/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).

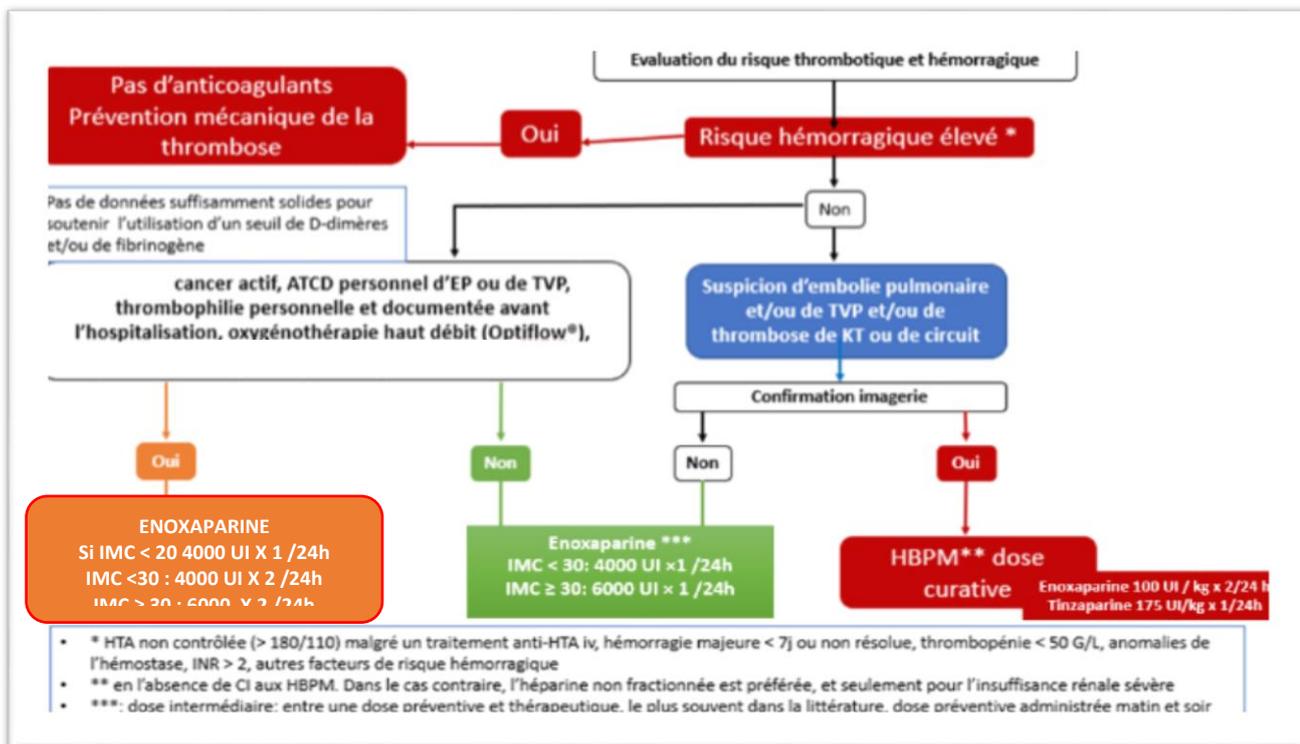
### Durée des traitements :

#### ♥ 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.