

Recommandations APHP Covid UGA

Marc Verny et Jacques Boddaert

GÉNÉRALITÉS

Population en EHPAD des patients âgés de plus de 75 ans Covid-19+ (confirmée ou possible) est caractérisée par :

- une **multimorbidité**
- des **comorbidités neurodégénératives** connues ou méconnues de sévérité variable
- des **comorbidités cardiovasculaires** (HTA, diabète, FA, cardiopathie ischémique, AVC) ou respiratoires (BPCO)
- des **formes atypiques** (dont nausées, vomissements, diarrhée, chute, confusion)

Ces patients âgés sont caractérisés par un **risque particulièrement important** de:

- décès
- détresse respiratoire/SDRA
- complications cardiovasculaires, arythmie, myocardite, complications thrombotiques veineuses et artérielles
- déshydratation et dénutrition
- perte d'autonomie.

Date de début des symptômes notée et patients âgés relevant d'une hospitalisation restent en secteur de médecine aiguë jusqu'à J7-J10 (aggravation de la symptomatologie fréquemment observée à J7-J8), voire jusqu'à 48 heures sans aggravation après cette date. (*Cf fiche APHP : levée de confinement pour patients âgés covid19*).

Pour les **patients pris en soins en EHPAD, renforcement de la surveillance dans la période de 7 à 10 jours** avec notamment relevé de fréquence respiratoire et/ou 2 fois/j minimum

Quasi-totalité des patients âgés Covid+ (EHPAD ou non) n'ira pas en réanimation, car pronostic très défavorable et saturation des lits de réanimation avec sélection très contrainte.

Quatre points doivent pendant être soulignés :

Attention à **ne pas passer à côté d'autres diagnostics** dans cette période épidémique comme embolie pulmonaire, décompensation cardiaque sur pneumopathie...

Recueillir et notifier dans chaque dossier les **volontés du résident** exprimées directement ou à travers des **directives anticipées** ou grâce au témoignage de la personne de confiance ou des proches, si cela n'a pas été fait auparavant au plus tard au début des signes

Décision de **non transfert en hospitalisation par discussion collégiale** (refus du patient, obstination déraisonnable...)

Différencier la réanimation pour SDRA (non appropriée dans cette population) et le recours à une USIC pour par exemple une coronarographie dans le cadre d'un SCA...

BILAN INITIAL

Bilan initial proposé et adapté à chaque patient :

- NFS
- CRP
- TP, TCA, Fibrinogène
- ferritine, albumine
- ionogramme sanguin, urée, créatinine, magnésium, protides sériques
- transaminases, gamma-GT, phosphatases alcalines, bilirubine
- CRP LRU

- gaz du sang (BPCO, signes d'hypercapnie -confusion, HTA, astérisis...-)
- hémoculture et ECBU
- radiographie pulmonaire ou TDM thoracique sans injection
- angioTDM thoracique (suspicion EP)
- troponine (selon ECG) et avis cardio
- BNP/NT proBNP pour suspicion décompensation cardiaque

A visée pré-thérapeutique systématiquement :

- analyser l'ordonnance des traitements habituels ; lister notamment traitements allongeant le QT
- vérifier la désignation par le patient de sa personne de confiance
- évaluer la clairance de créatinine
- mesurer le QT sur l'ECG

MESURES THÉRAPEUTIQUES

1) Mesures générales

- **confinement** dans la chambre si ce n'était pas déjà le cas ; règles habillage des personnels
- **mobilisation du patient** : tant que possible recommander la marche dans la chambre, en prévenant l'hypotension orthostatique
- **contention veineuse** : recommander le port d'une contention en prophylaxie de maladie veineuse thrombo-embolique ; Attention à la surveillance des points d'appui et de l'apparition de marbrures.
- **dépistage des troubles de déglutition** : interrogatoire et réalisation d'un test à l'eau pour prévenir les risques de fausses facteur aggravant possible.
- **soutien psychologique** : prévenir l'anxiété et la dépression et mettre en place un soutien psychologique (isolement, gravité potentielle de l'infection...).
- **maintien d'un contact avec le monde extérieur** au minimum téléphonique téléphonique
- **information à la famille** : dès le début préciser l'engagement possible du pronostic vital avec risque de dégradation très brutale ; info si possible quotidiennement sur l'évolution de l'état de santé du patient

2) Éléments spécifiques de prise en charge thérapeutique

- **oxygénothérapie** si dyspnée et/ou satO₂ < 92% avec pour objectif 95% sauf pour les insuffisants respiratoires chroniques. En situation de fin de vie, peu d'indication à maintenir O₂ > 4l/min avec importance des traitements symptomatiques associés.
- **pas d'aérosols** sauf pour patients asthmatiques vrais requérants ; port de masque FFP2 pour les soignants dans la pièce indiqué.
- **contexte thrombogène**, donc éviter sevrages en traitement anti-thrombotique habituel, et mettre en place une prophylaxie systématique par HBPM préventive (type enoxaparine 4000 UI SC) en l'absence de traitement anticoagulant curatif habituel.
- **traitements cardiovasculaires habituels** :
 - o évaluer au mieux le rapport risque bénéfique du maintien ou de l'adaptation de posologie ou du sevrage.
 - o dès l'admission ou lorsque les valeurs de pression artérielle diminuent, discuter la suspension des traitements antihypertenseurs et particulièrement les IEC et les sartans.
 - en cas de fièvre, polypnée ou somnolence, en raison du **risque de déshydratation** :
 - o suspendre diurétiques / IEC / sartans
 - o fonction de l'état du patient discuter une hydratation intraveineuse continue (type G5% 1500 cc/24 h avec 2 gr NaCl et 1 gr KCL /500cc à adapter) ou hydratation sous cutanée nocturne (type G5 avec 4 g de NaCl 1000 cc la nuit) en cas d'opposition.
 - o Apports en potassium (contre indiqué par voie SC) doivent tenir compte de la fonction rénale.
 - o **si douleur ou fièvre mal tolérée** : utilisation du paracétamol à la dose de 3 g/24h. Contre indication

- Polypnée mécanisme d'adaptation à la dyspnée à respecter dans une prise en soins à visée curative poursuivie. **Recours à des morphiniques** envisagé :
 - o transitoirement à visée **symptomatique** à petites doses (morphine SC 0,3-0,4 mg à renouveler/4-6h)
 - o dans le cadre d'une **prise en charge palliative** en plus des autres thérapeutiques nécessaires
 - o et doit alors s'accompagner de la prescription de 2 types de laxatifs (par exemple Movicol et Eductyl).
- le **déséquilibre d'un diabète** peut justifier prescription de surveillance HGT et d'insulinothérapie. Suspension de la metformine discutée, et poursuite de l'ensemble des antidiabétiques oraux évaluée au cas par cas (risque important d'insuffisance rénale aiguë, de déshydratation voire d'instabilité hémodynamique).
- en **période d'instabilité hémodynamique**, avec fluctuations hémodynamiques et marbrures, rechercher une autre étiologie que le covid19. Solutés de remplissage éventuellement fonction des possibilités (nécessité d'une voie IV) selon l'état cardiovasculaire du patient (NaCl 9/1000 - 250 à 500 ml ponctuellement à adapter). Test de lever de jambes en chambre pour évaluer si le patient réellement hypovolémique.
- surveillance ECG régulière
- prévention / prise en charge de la confusion (Cf ci-dessous)

Prévention de la confusion

- 1- Pas de sevrage en hypnotiques et benzodiazépines si prise quotidienne depuis longtemps et pas de problème d'hypovigilance.
- 2- Eviter médicaments anticholinergiques (par ex hydroxyzine) et associés à allongement du QT*.
- 3- Si manifestations d'anxiété, utilisation des benzodiazépines ponctuelle en privilégiant les demi-vies courtes: oxazépam 10 mg commencer par ½ cp soit 5 mg ponctuellement.
- 4- Si troubles du sommeil, commencer par mélatonine 3 mg le soir au coucher à doubler sous 7 jours. Possible recours à la miansérine 10 mg le soir.

Traitement de la confusion

- 1- Vérifier absence de sevrage de traitement à risque.
- 2- Le plus souvent, respecter la confusion et traquer les facteurs déclenchants (douleur, dyspnée, déshydratation, globe et fécalome...) sans rien ajouter tant qu'il n'y a pas de mise en danger du patient au d'autrui.
- 3- Si anxiété prédominante, privilégier benzodiazépines tq oxazepam 5 mg matin et soir voire 3 fois par jour.
- 4- Si tristesse et items dépressifs IRS classiquement indiqués mais attention au risque significatif d'allongement du QT* (particulièrement pour citalopram escitalopram), et rapport risque-bénéfice de leur introduction à évaluer.
- 5- Si éléments délirants (hallucinations, interprétation), recours aux neuroleptiques classiquement indiqués mais attention risque significatif d'allongement du QT*, et le rapport risque-bénéfice de leur introduction doit être évalué. Utiliser risperidone 0.5 mg po (à privilégier) ou olanzapine 2.5 mg IM.

3) Focus sur antibiothérapie

Prendre en compte :

- les allergies
- les antibiothérapies récentes ou semi-récentes
- l'existence d'un foyer clinique et radiologique
- la chronologie de l'infection : attendre pour l'introduction chez un patient contact positif asymptomatique, et débiter lors de l'apparition de la fièvre et/ou de signes fonctionnels ou cliniques pulmonaires
- exemple amoxicilline - acide clavulanique 1 g x 3/j ou ceftriaxone 1 g/j SC + azithromycine 500mg J1 puis 250 mg/j
- durée 3 à 5 jours
- choix de l'azithromycine fait en tenant compte du risque associé d'allongement du QT*.

AVIS SUR LES TRAITEMENTS SPECIFIQUES

Il est indispensable de tenir compte des recommandations actualisées du HCSP.

Quelques éléments nous paraissent importants à noter pour la population gériatrique :

- les données sont inexistantes
- la conduite d'essais thérapeutiques est tout aussi impérative pour les patients âgés, en privilégiant l'utilisation des traitements spécifiques dans le cadre d'une inclusion dans un protocole..

Cas particulier de la chloroquine :

- aucune preuve actuelle de son intérêt clinique
 - les nombreuses données pré-existantes de bonne tolérance concernent peu les patients âgés de plus de 75 ans, à fortiori avec cardiopathie sous-jacente et polymédication
 - les patients âgés covid+ présentent une fréquence très élevée d'affections cardiovasculaires et de polymédication source d'interactions médicamenteuses et de cumul du risque d'allongement du QT*
 - les patients âgés covid+ présentent de nombreuses complications cardiovasculaires et des troubles ioniques fréquents de type hypokaliémie
 - les conditions d'isolement des patients rendent difficiles la surveillance indispensable par ECG pour la mesure du QT
 - il faut commencer par considérer les contre-indications à la chloroquine :
 - o CI formelles : association à citalopram, escitalopram, hydroxyzine, domperidone, piperazine ;
rétinopathie
 - o CI relatives devant faire remettre en cause l'indication dans le contexte Covid-19 en l'absence de preuve scientifique d'efficacité : cardiopathie quelle qu'elle soit, trouble du rythme quel qu'il soit, hypokaliémie ou hypomagnésémie non corrigée, allongement spontanée du QT*, bradycardie < 50/min, déficit en G6PD connu, médicaments allongeant le QT (antiarythmique, tricycliques, neuroleptiques), ciclosporine
- * allongement de QT = supérieur à 450 ms. <https://www.rfcrpv.fr/chloroquine-point-dinformation/>