

FICHE 1

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE d'un sujet âgé COVID (+) à domicile, en résidence autonomie ou en EHPAD

Pour les établissements s'assurer de la disponibilité des molécules et dispositifs médicaux en pharmacie.

TRAITEMENT ANTALGIQUE-ANTIPYRÉTIQUE

- Paracétamol per os ou injectable
 - 1g/6h si douleur et/ou $T^{\circ} > 38^{\circ}5C$
 - 1g/8h si > 75 ans, si poids $< 50kg$, si DFG $< 10ml/min$, si insuffisance hépato-cellulaire légère à modérée, si éthylisme chronique
- Paracétamol injectable : Perfalgan
 - Le décret du 16 octobre 2020 donne la possibilité de disposer des spécialités à base de paracétamol injectable en médecine de ville, pour la prise en charge ambulatoire de la fièvre et de la douleur des patients infectés par le SARS-CoV-2. La prescription peut être établie par tous médecins et la dispensation est réalisée en rétrocession par les pharmaciens des pharmacies à usage intérieur
- AINS :
 - Il est recommandé de ne pas les introduire
 - Leur poursuite en cas de traitement chronique doit faire l'objet d'un avis notamment si une corticothérapie est envisagée

THROMBO-PROPHYLAXIE

Elle devra toujours impliquer une évaluation du risque hémorragique.

- **Molécules :**
 - Enoxaparine (Lovenox[°]) : 4000 UI/24h SC
 - Tinzaparine (Innohep[°]) : 4500 UI/24h SC
 - Fondaparinux (Arixtra[°]) : 2,5 mg/24h SC **si Clcr > 50 ml/mn**
- **SI** insuffisance rénale sévère selon clairance de la créatinine (Clcr)
 - Clcr entre 20 et 30 ml/mn : tinzaparine 3500 UI/24h SC
 - Clcr entre 15 et 30 ml/mn : enoxaparine 2000 UI/24h SC
 - Clcr < 15 ml/mn : **Indication à discuter avec la plateforme/hotline gériatrique**
- Calciparine 5000 UI (= 0,2 ml injection sous-cutanée en seringue pré-remplie) deux fois par jour

- **SI** obésité
 - ✓ IMC entre 30 et 40kg/m² : enoxaparine 6000 UI/jour SC (appelé anticoagulation à dose intermédiaire)
 - ✓ IMC > 40kg/m² : enoxaparine IMC x 2 (exemple, IMC à 42 => enoxaparine 4000 UI matin et soir)
- **Surveillance :**
 - ✓ Pas de surveillance de l'activité anti-Xa
 - ✓ Surveillance des plaquettes 2 fois /semaine recommandée (1 fois au minimum) car patients avec comorbidités à risque de thrombopénie induite par héparine
- **Durée :** 7 à 10 jours
 - ✓ Prolongation de la thromboprophylaxie au-delà du 10ème jour chez des patients à haut risque thrombotique et faible risque hémorragique

Pas d'association HBPM avec AOD ou AVK

- **SI** patient sous AVK avec risque d'instabilité de l'INR et risque d'interactions médicamenteuses :
 - ✓ discuter relai par HBPM ou HNF selon antécédents, fonction rénale et traitements associés
- **SI** patient sous AOD : maintien de l'AOD
- Dans les autres situations (cancer actif, antécédent de maladie thromboembolique ou thrombophilie), recours à l'expertise de la plateforme gériatrique pour avis concerté.

Dans tous les cas, réévaluer régulièrement la balance bénéfice risque

OXYGENOTHERAPIE

Le recours à l'oxygénothérapie requiert le recours à un avis gériatrique (plateforme/hotline) pour discuter de l'indication d'une hospitalisation

- Indication : SpO₂ ≤ 94% (≤ 90% pour les patients BPCO/IRC)
- Débit adapté au maintien d'une saturation cible SpaO₂ > entre 92 et 96% (entre 88 et 92% si BPCO/IRC) en débutant à 2l/mn
 - Lunettes jusqu'à un débit de 4-6l/min
 - Masque si débit >4-6 l/min et acceptation par le résident
- Après décision d'oxygénothérapie à domicile ou en EHPAD, possibilité d'augmenter le débit jusqu'à 9l/mn pour confort

AEROSOLS : INTERDITS

- Excepté chez les patients asthmatiques/BPCO/IRC chez lesquels les traitements inhalés ne doivent pas être arrêtés
- Avec mesures de protections adéquates pour le personnel

CORTICOTHERAPIE

- **Indication :**

- ✓ SaO₂ < à 94% ou 90% pour les BPCO/IRC
- ✓ Non possibilité d'hospitalisation
- ✓ Discussion au cas par cas chez les patients de plus de 70 ans
- **Molécules :**
 - ✓ Dexaméthasone : 6 mg par jour (IV ou PO)
 - ✓ Methylprednisolone :
 - PO Medrol^o : 32 mg/j
 - IV ou SC Solumedrol^o : 20 mg/j
 - ✓ Prednisolone
 - PO Solupred^o: 40 mg/j
 - ✓ Prednisone :
 - PO Cortancyl^o : 40 mg/j
- **Voie :** Privilégier voie orale
- **Durée :** 10 jours
- Surveillance majorée si diabète préexistant

HYDRATATION (IV ou hypodermoclyse/SC)

- Envisager perfusion sous-cutanée si apport per os < 1 litre/24h
- G5 + 4 g de NaCl /l (sans apport potassique)
- 1000 cc la nuit
- Surveillance/adaptation des doses de diurétiques
- Surveillance accrue si insuffisance cardiaque

Attention : toute hypernatrémie >150 mmol/l nécessite une réhydratation intraveineuse (IV)

ANTIBIOTHERAPIE : Pas de prescription systématique

Discussion selon clinique (expectorations purulentes) et/ou recours à oxygénothérapie > 6l/mn

- **Indication :**
 - ✓ Pneumonie non grave (O₂ < 2l ; qSOFA < 2) :
 - ➔ Amoxicilline + Acide clavulanique :1g x 3/j PO
 - ➔ si allergie, Pristinamycine :1g x3 fois /j
 - ✓ Pneumonie grave ou facteur de risque de gravité :
 - ➔ Ceftriaxone IV/SC 1g/j
 - +
 - ➔ macrolide disponible
 - Spyramycine (Rovamycine^o) 3 M UI: 1 cp 3x/24H
 - Clarythromycine : 500 mg 2 fois/j
 - ➔ si allergie vraie aux β lactamines
 - Lévofloxacine: 500 mg 1 fois/j en l'absence de contre indication et d'insuffisance rénale
- **Durée :** 5 à 7 jours maximum

MESURES COMPLEMENTAIRES

- Prévention du syndrome d'immobilisation et évaluation du risque d'escarres
- Mobilisation précoce même si oxygénothérapie : intervention du kinésithérapeute dès le 3ème jour (mobilisation active au lit puis marche)
- Prévention des troubles ventilatoires par **kinésithérapie respiratoire** avec exercices de mobilisation diaphragmatique pour lutter contre le collapsus alvéolaire
- Repérage et prévention des troubles de déglutition
- Hydratation et soins de bouche systématiques
- Contrôle des troubles digestifs (constipation, fécalome, diarrhées).
- Nutrition : 3 compléments /j de façon systématique
- Contrôle des facteurs aggravant le syndrome confusionnel
- **Adaptation des traitements antihypertenseurs**
 - ✓ Ne pas interrompre les IEC/ARA2
 - ✓ Arrêt des antihypertenseurs dès que la pression artérielle systolique est inférieure à 110 mmHg ou si état hémodynamique instable

FICHE 2
EXAMENS COMPLEMENTAIRES à réaliser
chez un sujet âgé COVID (+) à domicile, en résidence autonomie
ou en EHPAD

Bilan sanguin **à réaliser à J1/J2** chez les patients positifs pour COVID 19 et **à adapter au contexte**

- Bilan général :
 - ✓ NFS, plaquettes
 - ✓ Albumine
 - ✓ Transaminases, phosphatases alcalines, bilirubine
 - ✓ CPK
 - ✓ LDH

- Electolytes/hydratation :
 - ✓ Ionogramme sanguin
 - ✓ Créatinine
 - ✓ Magnésium

- Inflammation/gravité/pronostic :
 - ✓ CRP
 - ✓ Ferritine
 - ✓ Troponine

- Risque thrombogène :
 - ✓ D Dimères,
 - ✓ Fibrinogène,
 - ✓ TP, TCA,

A répéter selon l'évolution entre J3 et J7 (après éventuelle concertation avec la plateforme/hotline) : **afin d'identifier les marqueurs prédictifs d'une éventuelle phase d'aggravation pouvant survenir à J7 ou J8** : leucopénie, lymphopénie, syndrome inflammatoire ++, taux de LDH

ECG si possible : en raison du risque de myocardite, d'infarctus du myocarde et de troubles du rythme (attention si espace Qt > 450 ms).

FICHE 3
SURVEILLANCE DES SIGNES VITAUX chez un sujet âgé COVID (+)
à domicile, en résidence autonomie ou en EHPAD

Traçabilité de la surveillance sur informatique ou feuille de surveillance datée

- 3 à 6 fois /24 heures à adapter à l'état respiratoire
 - ✓ Fréquence cardiaque,
 - ✓ fréquence respiratoire,
 - ✓ Oxymétrie par saturomètre de pouls (SpO2)

- 3 fois /24 heures :
 - ✓ Température,
 - ✓ Pression artérielle,
 - ✓ Etat de vigilance (Glasgow ou autre score)

- 1 fois /24 heures :
 - ✓ Fiche de surveillance hydrique et mictionnelle : quantification des apports et de la diurèse
 - ✓ Contrôle quotidien de la présence d'une diurèse, du transit intestinal
 - ✓ Adaptation des traitements en cours