



Prise en charge de la COVID-19 en 1^{re} ligne : aide à la décision, indications et limites

Webinaire du CMG • 11 novembre 2020

par le Dr Audrey BONNELANCE • médecin généraliste • 1150 Bruxelles • contactRMG@ssmg.be



Le Docteur Jean-Luc BELCHE décrit dans ce webinaire un travail réalisé par l'OST (Outbreak Support Team) Liège-Ouest. Il s'agit d'une aide au raisonnement clinique et à la prise de décision dans le cadre d'un patient symptomatique porteur de la COVID-19 à un moment donné qui devrait nous aider à prendre, ou non, une décision de référence à la deuxième ligne de soins (hospitalisation). C'est pour cette raison temporelle que ce schéma d'aide est destiné à évoluer en fonction des circonstances telle que la disponibilité hospitalière. Pour retrouver l'intégralité de ce webinaire, vous pouvez consulter le site www.lecmg.be.

Évaluation

L'évaluation de la gravité clinique d'un malade covid-19 commence par la prise des paramètres. La fréquence respiratoire (FR) doit être en dessous de 20/min. Une FR \geq à 24 doit inciter le soignant à faire preuve de vigilance. Au-delà de 30, il s'agit d'un red flag. La saturation en oxygène doit être prise après 15 minutes de repos. Il existe un delta d'estimation de 2%. Il faut rechercher systématiquement des facteurs de risque de complications.

Red Flags

L'évaluation clinique doit faire rechercher les red flags suivants :

- altération de la conscience (léthargie, confusion, somnolence) ;
- état de déshydratation (oligo-anurie) ;
- TA systolique < 100 mmHg ;
- fréquence respiratoire > 30/min ou bradypnée ;
- saturation < 90% à l'air ambiant (matériel et conditions optimales).

Le risque d'aggravation clinique se situe principalement au J7-J10 (dégradation possible de J5-J13). Y penser permet au praticien d'organiser mieux son suivi : le médecin, le patient ou l'entourage rappelle ? Il existe des outils de monitoring en pratique comme par exemple l'outil « safelink ». Cet outil est un système automatique de surveillance avec envoi de messages de rappel 2-4x/jour et une possibilité de partage avec un infirmier. La possibilité d'utilisation de cette application doit cependant être évaluée pour chaque patient. En cas de présence de facteurs de risque (FR) d'aggravation, les décompensations peuvent être rapides et sévères. Une hospitalisation rapide sera requise pour monitoring et traitements adjuvants dans ces situations. Et, dans le cas contraire, un passage pluri-journalier doit être possible. Les FR d'aggravation sont :

- > 65 ans ;
- obésité ;
- diabète de type 2 ;
- co-morbidités cardiovasculaires (dont HTA) ;
- insuffisance rénale, hépatique, cardiaque ou respiratoire sévère ;
- immunosuppression (cancer ou chimiothérapie médicamenteuse).

Oxygène

Les conditions de démarrage d'un traitement par corticoïdes (dexaméthasone) sont :

- avoir une saturation en oxygène à l'air libre < 94% ou < 90% si patient BPCO (= covid sévère) ;
- durée d'évolution de minimum 7 jours ;
- diagnostic posé de covid-19 avec test PCR positif.

Il n'y a pas d'intérêt à donner de l'oxygène au-dessus de ce seuil de 94%.

La première semaine consiste au démarrage d'un traitement symptomatique. 80% des patients pré-

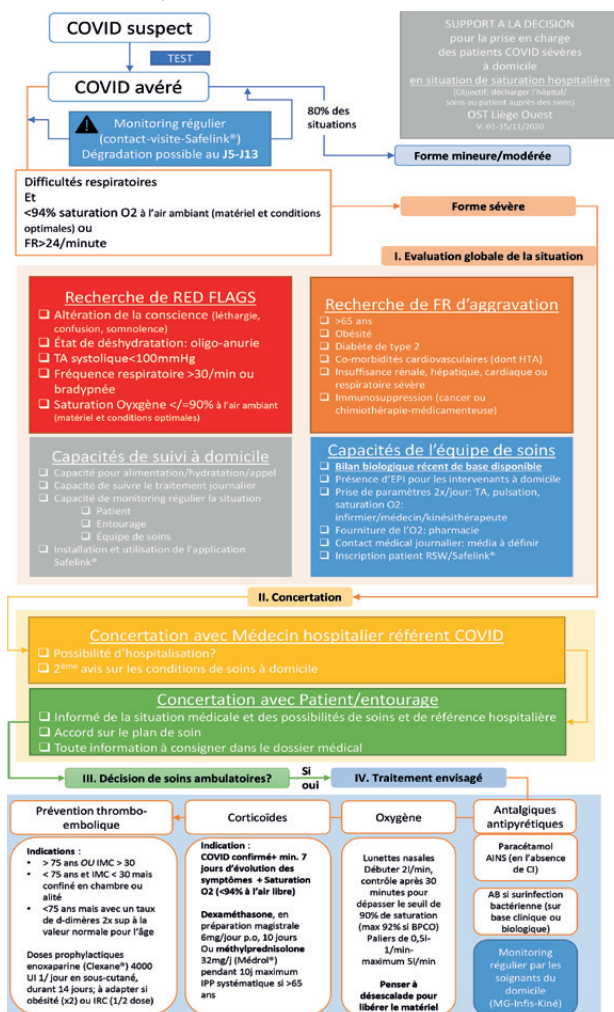


senteront une forme peu symptomatique et se verront attribuer un traitement uniquement symptomatique. Il est important de réduire la nébulisation (les nébuliseurs dispersent le virus) et veiller à une hydratation et une mobilisation optimale pour la prévention thrombo-embolique. Concernant l'anosmie, la plupart des patients récupèrent leur odorat dans le premier mois suivant le début de l'infection. L'abstention thérapeutique est recommandée tout comme l'entraînement olfactif. Il n'existe pas de traitement préventif de dégradation validé actuellement. Il n'existe pas de plus-value de donner un antibiotique ou de l'oxygène par exemple.

Outil de support à la décision

La possibilité de suivi d'un patient limite à domicile est à évaluer selon les capacités du patient, de l'équipe de soins et de l'entourage. Le patient est-il capable de s'alimenter, de s'hydrater, de suivre son traitement? Un monitoring régulier peut-il être mis en place à domicile? Les capacités de l'équipe de soins doivent également être évaluées:

Figure 1. Support à la décision pour la prise en charge des patients COVID sévères à domicile en situation de saturation hospitalière.



- un bilan biologique récent de base est-il disponible?;
- y a-t-il du matériel de protection pour tous les intervenants à domicile (kiné-médecin-infirmier)?;
- la prise de paramètres 2x/jour minimum (TA, pulsations, saturation) est-elle possible?;
- y a-t-il une possibilité de se fournir en oxygène via le pharmacien facilement et rapidement (maximum 48h)?;
- est-il possible d'établir un contact médical journalier selon un canal de communication à définir (minimum 2x/jour)?;
- inscription du patient sur la plateforme « safelink ».

Il ne faut envisager une prise en charge d'un patient sévèrement atteint (red flags) ou ayant des facteurs de risque que si on se trouve devant deux situations: en l'absence de place à l'hôpital et/ou devant le refus d'un patient d'être hospitalisé.

Le patient doit être informé et en accord avec le plan de soins. Il est conseillé de noter tous les éléments qui ont dicté notre décision thérapeutique dans le dossier médical informatisé du patient.

Si la prise en charge doit être envisagée à domicile, quatre lignes de traitements sont évoquées:

1. **La prévention thrombo-embolique** ne sera instaurée que si:
 - > 75 ans ou IMC > 30;
 - < 75 ans et IMC < 30 mais confiné en chambre ou alité;
 - < 75 ans mais avec un taux de D-dimères 2x supérieur à la valeur normale pour l'âge.

Les doses prophylactiques d'énoxaparine (Clexane®) seront administrées à la dose de 4000 UI 1x/jour en sous-cutané, durant 14 jours: à adapter si obésité (x2) ou IRC (1/2 dose). Une biologie de suivi sera prescrite après 7 jours de traitement pour évaluer le taux de plaquettes et la kaliémie.

2. **La dexaméthasone** (indication décrite ci-dessus) est prescrite en préparation magistrale à la dose de 6mg/jour po pendant 10 jours ou la méthylprednisolone à la dose de 32 mg/jour pendant 10 jours maximum avec une couverture par IPP systématique si > 65 ans.
3. **L'oxygène** avec lunettes nasales à débiter par 2L/minute, contrôle après 30 minutes pour dépasser le seuil de 90% de saturation (max 92% si BPCO) avec des paliers de 0,5-1L/min et max 5L/min. Penser à la désescalade pour libérer le matériel.
4. **Les antalgiques et antipyrétiques**: le paracétamol et/ou les AINS (en l'absence de CI). Les antibiotiques seront utilisés uniquement en cas de surinfection bactérienne (sur base clinique et/ou biologique).

D'après l'exposé du Dr Jean-Luc Belche, médecin généraliste et chargé de cours au CAMG de Liège. www.lecmg.be & <https://www.youtube.com/watch?v=t-oGiXuDAG&feature=youtu.be>

Mots-clés: COVID-19, saturation, fréquence respiratoire, corticoïdes, HBPM, oxygène.