

Protocole thérapeutique des résidents d'institutions âgés de > 75 ans atteints de COVID-19

Auteurs : Jean-Luc Belche et Didier Giet (DMG ULiège), Sophie Gillain et Nicolas Berg (Gériatrie CHU Sart Tilman ULiège), Frédéric Fripiat (Infectiologie ULiège), JF Moreau (AFRAMECO), Emmanuel Bottieau (Infectiologue IMT-ITG)-25 octobre 2020.

Table des matières

Préambule	1
Diagnostic COVID-19	2
Approche globale	3
Apport de l'hôpital	4
Place de la biologie clinique d'orientation	5
Place de l'ECG	6
Place de l'imagerie thoracique	6
Mesures thérapeutiques	7
Règles d'hygiène spécifiques pour les soins aux patients COVID	10

Préambule

Une recrudescence importante de clusters COVID-19 en institutions est constatée en ce mois d'octobre 2020.

Par rapport à la première vague il y a plusieurs changements notables :

- Une meilleure capacité diagnostique, avec l'émergence prochaine de tests permettant des diagnostics plus rapides
- la disponibilité effective des équipements de protection individuelle
- la disponibilité des médicaments dont l'oxygène
- des protocoles médicamenteux pour les COVID-19 graves qui permettent de réduire le taux de complications thromboemboliques et de diminuer le nombre de malades nécessitant une ventilation invasive et ainsi le nombre de décès.

La **nécessaire présence des médecins traitants** requise au chevet de leurs patients institutionnalisés n'est donc plus entravée par le manque d'équipements. Ils ne peuvent se soustraire à leur obligation de continuité des soins et les institutions ne peuvent empêcher leur présence ni pour les soins chroniques ni pour les soins aigus.

Le médecin coordinateur et conseiller, qui n'a pas vocation de soigner les résidents, sera présent au sein de l'institution pour l'aider à l'organisation des soins tout en s'assurant que le libre choix du résident soit respecté. L'aspect organisationnel des soins est capital dans la lutte contre une épidémie, et ne doit jamais être sous-estimé (et ne pas hésiter à demander de l'aide extérieure : MG, cercle, hôpital).



La priorité est de s'enquérir de la réalisation d'un projet de soins personnalisé anticipé (PSPA) en adéquation avec les souhaits émis par le patient ou son représentant légal. En cas de diagnostic COVID-19, ce PSPA sera systématiquement réactualisé avec le patient si son état clinique le permet, si non, le représentant légal sera contacté. En effet l'avis du résident quant au projet de soins peut être fort différent pour une maladie infectieuse par rapport à son avis sur ses pathologies chroniques.

Pour plus d'informations sur le PSPA : <http://www.soinspalliatifs.be/2017-07-07-10-48-38.html>

Si le résident, informé de sa situation et des possibilités thérapeutiques, souhaite avoir droit à des soins à l'hôpital, il ne peut être question de s'y opposer et il est alors souhaitable de prendre un contact direct avec le médecin hospitalier pour discuter de la situation (voir Apport de l'hôpital).

Diagnostic COVID-19



La réalisation d'un test diagnostic COVID-19 est primordiale pour la prise en charge du patient et la gestion de l'infection au sein de la collectivité. Il faut être attentif à certaines présentations cliniques atypiques, notamment dans la population gériatrique :

- oculaires et cutanées : œil rouge unilatéral, érythème du visage, urticaire (géante), érythème multiforme (EEM), rash pétéchial (vascularite), marbrures, lésions de type engelures, eczéma dyshydrétique d'une ou plusieurs extrémités ou sur le tronc ;
- digestifs : nausée, diarrhée ;
- neurologiques : anosmie, agueusie, confusion, apathie, déficit neurologique aigu, syncope ;
- cardio-vasculaire : signe de décompensation cardiaque droite évoquant une embolie pulmonaire et /ou signe évoquant une thrombose veineuse profonde (TVP)
- générales : alternance hyperthermie et hypothermie, qui sont des signes cliniques précurseurs ou additionnels.

Le champ de suspicion COVID est large et, par mesure de prudence, toute personne suspecte sera soumise à un test diagnostique et à des mesures d'isolement dans l'attente du résultat. Lorsqu'un cluster apparaît dans une institution de soins, toute personne qui en est issue devient suspecte (même sans symptôme).

Approche globale

Il est nécessaire de considérer le profil de risque de chaque personne, en reconnaissant que les personnes âgées cumulent potentiellement plusieurs pathologies (maladies chroniques, polymédication, isolement et perte d'autonomie).

Il est difficile de se passer d'un examen clinique dans la plupart des situations. En effet, les sujets âgés fragiles présentent des tableaux cliniques similaires pour un ensemble de pathologies variées non-COVID-19 qu'il ne faut pas méconnaître. Nous pensons bien entendu à une infection urinaire, à d'autres troubles du transit, etc.

Apport de l'hôpital

Actuellement, 7 éléments de soins sont apportés par l'hôpital :

- **Pour un diagnostic différentiel rapide par des moyens hospitaliers**
 1. Diagnostic différentiel et prise en charge des autres pathologies, non COVID-19, traitables en milieu hospitalier (si en cohérence avec le projet thérapeutique) ou traitables en institution (une fois le diagnostic établi à l'hôpital) ;
 2. Le diagnostic et/ou la prise en charge des complications thrombo-emboliques sévères (TVP et embolie pulmonaire sévères, mais aussi accident vasculaire cérébral ou infarctus du myocarde) ;
- **Pour une intensification de la prise en charge thérapeutique**
 4. Oxygénothérapie à haut débit (>5l/min) ;
 5. Un accès éventuel au REMDESIVIR selon les conditions reprises ci-dessous et après contact avec un référent hospitalier ;
 6. L'accès aux soins intensifs, en ce compris la ventilation mécanique, pour ceux dont le projet thérapeutique est compatible ;
 7. Quand l'encadrement, la carence en équipements de protection individuelle ou l'accès aux molécules nécessaires ne permettent pas d'assurer des soins de confort palliatif dans des conditions optimales.

Une fois le diagnostic COVID-19 posé et face à une situation critique pour laquelle le résident n'a pas exprimé de restriction dans l'attitude thérapeutique, il faut pouvoir rapidement évaluer l'indication d'hospitalisation car le **REMDESIVIR (pas d'effet sur la mortalité, mais réduction de la durée d'hospitalisation, de 15 à 10 jours en moyenne)** est utilisé dans des conditions précises : diagnostic de certitude d'infection COVID-19, ET symptômes < 5 jours ET saturation ≤ 94 % à l'air ambiant ET une GFR > 30 ml/min ET en l'absence de contre-indication hépatique (cytolyse sévère).



La particularité du COVID est que **si le patient arrive au Soins Intensifs et doit être intubé**, il sera placé en ventilation mécanique pour 2-3 semaines avec des mois pour récupérer et pourra encourir des complications infectieuses (et autres) durant cette période. La décision d'hospitaliser devrait idéalement être prise collégalement entre le médecin traitant et le médecin hospitalier (gériatre, urgentiste, référent hospitalier COVID-19), notamment pour organiser le meilleur parcours du patient dans la structure hospitalière et discuter des options thérapeutiques disponibles. Cette décision est conditionnée à la nécessité d'apporter au patient un des 7 éléments de soins complémentaires hospitaliers, dans le respect du projet thérapeutique établi. En dernier recours c'est le médecin de l'hôpital qui décidera des meilleurs soins, proportionnés à la situation et corrélés à l'état clinique du patient avant l'infection. L'intérêt et le souhait du transfert vers l'hôpital doit être rediscuté avec le patient ou son ayant droit. Voir aussi l'algorithme de prise en charge : [cliquez ici](#).



Il est indispensable de **consigner toutes ces informations, les éléments de réflexion avancés et la décision finale prise dans le dossier médical du patient** ainsi que d'en informer le patient et ses proches.

Place de la biologie clinique d'orientation

	Justification
Hémogramme et formule hémo-leucocytaire	Recherche anémie, lymphopénie (< 700/mm ³ en valeur absolue ou < 10% en valeur relative est corrélé à la gravité) Recherche hypo-plaquettose (valeur pronostique-taux < 50.000 est corrélé à la gravité)
Fonction rénale et ionogramme	Pour l'équilibration de l'hydratation, pour dépister un trouble ionique, pour adapter les médicaments
CRP	Une élévation accompagne tout phénomène infectieux (taux > 100 mg/L fréquent et ne reflète pas nécessairement une surinfection bactérienne).
Procalcitonine	Plus spécifique que CRP ; Permet d'exclure infection bactérienne si négative (<0.05 µg/L) ou si modérée (de 0.05 µg/L à 0.5 µg/L). Au-delà de 0.5 µg/L, une infection bactérienne sévère est probable ; il faut alors considérer un diagnostic différentiel non-covid (par ex. pyélonéphrite ?) ou une surinfection bactérienne pulmonaire surajoutée au Covid-19. <i>Voir aussi section dédiée au traitement.</i>
D-Dimères	Si négatif, permet d'exclure TVP/EP ; Considérer complication thrombo-embolique possible si d-dimères supérieurs à 2x la valeur normale théorique adaptée à l'âge. Accompagne tout phénomène infectieux (peu spécifique) et augmente avec âge (pallier de 100/ 10 ans supplémentaires) → d-dimères « normaux » jusqu'à 800 après 80 ans
Fonction hépatique	Valeur pronostique si décompensation hépatique et adaptation des médicaments
Ferritine	Valeur pronostique (taux > 1000 corrélé à la gravité)
RUSU(CU)	Exclure une infection urinaire

Place de l'ECG



La réalisation d'un ECG n'a pas de plus-value dans la situation actuelle. Pour rappel, un infarctus peut être présent même avec un ECG normal. Pour la myocardite, il n'y a pas d'attitude thérapeutique spécifique à développer. Son utilité peut être discutée avant l'instauration de tout traitement influençant l'intervalle Q-T et la kaliémie.



Il faut aussi prendre en compte le risque de contamination du personnel en lien avec la réalisation de ces actes techniques (RUSU-biologie sanguine, ECG). Et donc à chaque fois réaliser une estimation du risque et de valeur ajoutée par leur réalisation.

Place de l'imagerie thoracique



La radiographie thoracique standard a une faible valeur diagnostique (pour le COVID et les autres pathologies éventuelles) et n'a pas sa place dans le contexte actuel.

Le Conseil supérieur de la santé a rendu un avis sur l'utilisation du scanner thoracique dans le cadre de l'épidémie COVID-19 à des fins diagnostiques auquel nous vous référons pour plus de détails (version 3 du 16 avril 2020)¹. La décision de sa réalisation doit donc être l'objet d'une analyse bénéfice/risque, réalisée en concertation avec le service hospitalier (pour en déterminer son apport et, en cas d'acceptation, organiser le transfert dans le circuit adéquat).

Il peut être envisagé si le projet thérapeutique envisage une hospitalisation et des soins avancés, si on peut espérer un gain substantiel à l'instauration de soins avancés.

¹<https://epidemiologie.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/Avis%20du%20CSS%20concernant%20l%E2%80%99utilisation%20du%20CT-scan.pdf>

Mesures thérapeutiques

	Soins curatifs	Soins palliatifs
Antalgiques	<p>Paracétamol po ou suppositoires</p> <p>AINS à éviter (risque hémorragique, impact rénal et cardio-vasculaire)</p> <p>Palier 2 et 3 en complément</p> <p>Metamizole (Novalgine®) avec précaution d'usage (voir CBIP)-voie IM</p> <p>Vessie de glace</p>	<p>Oui +</p> <p>Protocoles détresse/ Sédation. Prévoir une molécule de second choix en cas d'indisponibilité de la molécule du premier choix.</p>
Antibiotiques	<p>Pas d'intérêt d'une antibiothérapie systématique chez tous les patients atteints ou suspects de Covid-19, mais une co-infection peut survenir et aggraver le pronostic dans < 10%.</p> <p>Les signes cliniques suggestifs d'une infection bactérienne sont l'auscultation pulmonaire typique, la toux grasse, les expectorations abondantes et sales.</p> <p>Au moindre doute il est conseillé de débiter une antibiothérapie rapidement comme dans la pneumonie communautaire classique pour une durée totale de 5-7 jours.</p> <p>Cette antibiothérapie sera stoppée à 48-72h si : (1) le résultat du test Covid-19 revient positif et (2) évolution clinique favorable et (3) le résultat de la procalcitonine (si réalisé) revient < 0.5 µg/L et (4) d'éventuels résultats bactériologiques reviennent négatifs.</p> <p>Si une PCR grippe a été réalisée et revient positive (co-infection Covid-19 et grippe), l'antibiothérapie sera poursuivie car la surinfection bactérienne est fréquente dans ce cas (de l'ordre de 30%)</p> <p>Choix préférentiel (BAPCOC/CBIP 2020):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline + Acide clavulanique 875 mg X3 (cp) (sirop disponible) • Moxifloxacine ; en cas d'allergie sévère à l'amoxi-clav ou après une première ligne récente (< 3 mois) avec ECG préalable (dépistage Q-T long) • PAS D'INDICATION POUR L'AZITHROMYCINE (pas de plus-value, risque élevé ; CBIP 16/04/2020) <p>Si clinique non compatible avec une surinfection bactérienne pulmonaire et Procalcitonine ≥ 0.5 µg/L ◊ exclure autre site infectieux.</p>	<p>NON</p>

Prévention anti-thrombotique	<p>En cas d'anticoagulation préalable (AVK, NACOs, HBPM) pour FA, valve, EP récente... → poursuivre l'anticoagulation en cours (en les adaptant aux fonctions rénale et hépatique)</p> <p>En l'absence d'anticoagulation en cours Indications :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. > 75 ans OU IMC > 30 2. < 75 ans et IMC < 30 mais confiné en chambre ou alité 3. < 75 ans mais avec un taux de d-dimères 2x sup à la valeur normale pour l'âge (jusqu'à 700 entre 70 et 80 ans, > 800 au-delà de 80 ans et jusqu'à 900 au-delà de 90 ans). <p>→ Doses prophylactiques enoxaparine (Clexane®) 4000 UI 1/ jour en sous-cutané, durant 14 jours et au moins jusqu'à remobilisation complète.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si GFR < 30 ml/min OU poids < 50 kilos → enoxaparine 2000 UI s-cut , 1/jour, durant 14 jours • Si poids > 90 kilos → enoxaparine 6000 UI , s-cut, 1/jour, durant 15 jours <p><i>Voir les directives Sciensano : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Anticoagulation_Management.pdf</i></p>	NON
Traitements des évènements thrombotiques	<p>Signes évoquant une TVP → Clexane® à dose curative adaptée au poids 2/jour en sous-cutané et à la fonction rénale (1/jour si clairance de créatinine < 30 ml/min)</p> <p>Signes évoquant une embolie pulmonaire → Même traitement que pour le TVP mais aussi envisager un transfert à l'hôpital si le projet de soins est compatible.</p> <p>→ En cas de souhait de soins en institution → Clexane® à dose curative, 2 injections sous-cutanée/jour, adaptées au poids et à la fonction rénale (1/jour si CI Creat < 30 ml/min).</p> <p><i>Voir les directives Sciensano : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Anticoagulation_Management.pdf</i></p>	NON
Oxygène	<p>Indication : saturation O₂ ≤ 94% ou ≤ 90% (si BPCO) à l'air libre Objectif : 92-94% ou valeurs antérieures ou 90 % si BPCO Débit : Le plus petit débit qui permet d'atteindre l'objectif</p> <p>Si besoin de plus de 5l/minute (uniquement possible en hospitalier), indication d'hospitalisation si c'est le souhait du résident (PSPA) Durée : 72h et puis test sevrage avec mesure saturation pour activités minimales (toilette p.ex.).</p>	NON

CORTICOIDES (et IPP)	<p>Indication : COVID confirmé par test + Saturation O₂ (<94% à l'air libre) y compris si un envoi à l'hôpital n'est pas considéré.</p> <p>Dexaméthasone, en préparation magistrale 6mg/jour per os, pendant 10 jours. En cas de rupture d'approvisionnement envisager méthylprednisolone 32mg/j (Médrol®) pendant 10j maximum (ça peut être plus court). L'équivalent IV/IM de la Dexaméthasone est l'Acidexam (5mg/ml) (dexaméthasone phosphate sodique) à raison de 1.5 ml (pour 6mg). L'équivalent IV/IM du Médrol® 32mg est le Solumédrol® 40 mg.</p> <p>Demande l'adaptation du traitement antidiabétique durant ce traitement (situation à risque d'hyperglycémie mais aussi hypoglycémie si diminution d'apport alimentaire) Protection systématique par un IPP (inhibiteur de la pompe à protons) à instaurer ou poursuivre.</p>	NON
Hydratation	<p>Minimum 1,25-1,5l/jour p.o. Si voie orale insuffisante : hypodermoclyse pour quelques jours (pour « passer le cap » mais pas de manière chronique) Débit et type de soluté à adapter éventuellement à la fonction rénale et à l'ionogramme</p>	NON
Autres médications chroniques	<ul style="list-style-type: none"> • IEC-sartan : pas d'interruption spécifique (CBIP 31/03/2020) mais manipulation prudente en cas de déshydratation et altération de la fonction rénale (risque aggravation et hyper K⁺) • Anti-hypertenseurs : diminuer/supprimer si TA systolique <140mmHg • Médicaments à visée respiratoire : à conserver (CBIP 25/03/2020) • Nébulisation : A EVITER, si jugé indispensable (rares situations) privilégier chambre d'expansion adulte et aérosols-doseurs • Anticoagulant : à laisser en place, sans ajout de thérapeutique préventive • Antiagrégant : indication à revoir en cas d'anticoagulation nécessaire, pour éviter complication hémorragique, notamment digestive. • Antidiabétique : à adapter au contexte : stress, prise alimentaire, corticoïdes ou non... • Toute médication non indispensable ou dont les effets risquent d'aggraver la situation clinique devrait être interrompue (neuroleptiques, benzodiazépines, diurétiques,...) 	NON
Prévention	<p>Prévention des escarres Soins de bouche pour éviter troubles de la déglutition Mobilisation au lit précoce (au lit, au fauteuil, si possible mettre debout et faire marcher) Surveillance diurèse/selles/douleur/hydratation/TA (voir section sur soins de base et nursing)</p>	A discuter



ATTENTION le **REMDESIVIR** devrait être considéré chez des patients pour lesquels on envisage une hospitalisation pour soins médicaux maximaux (en dehors des considérations d'admission en REA). Les indications de cette molécule en intra-hospitalier sont : un diagnostic de certitude d'infection COVID-19 ET des symptômes récents (< 5 jours) ET une saturation $\leq 94\%$ à l'air libre ET une GFR > 30 ml/min ET en l'absence de contre-indication hépatique (cytolyse sévère).

Voir protocole traitement hospitalier COVID-19 de Sciensano (octobre 2020): <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-procedures>



La disponibilité de l'oxygène peut toujours être parfois problématique. De manière à pouvoir en faire bénéficier chaque résident qui en a besoin dans toutes les institutions, **il est demandé de remettre dans le circuit rapidement les bonbonnes et oxyconcentrateurs non utilisés et de ne pas constituer de stock important en midazolam.**

Règles d'hygiène spécifiques pour les soins aux patients COVID

Les soins aux patients COVID-19 doivent observer des règles d'hygiène spécifiques pour réduire la diffusion du virus aux soignants et autres personnes de la collectivité

- La porte de la chambre d'un résident suspect ou confirmé COVID-19 est toujours fermée.
- Pendant les soins la fenêtre est ouverte, le personnel est complètement équipé (masque FFP2, visière, charlotte, blouse, gants) et si possible le résident porte un masque chirurgical.
- On ne donne pas de douche (aérosol).
- Il n'y a pas d'humidificateur que ce soit sur l'oxyconcentrateur ou sur la CPAP (aérosol).
- **On ne fait pas d'aérosol à l'exception de patients asthmatiques ou BPCO non stabilisés par un traitement par inhalateur habituel et dans ce cas porte fermée et fenêtre ouverte.**
- On ferme la planche du WC avant de tirer la chasse. (aérosol)