

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Indication	Molécule	Posologie
Forme pauci-symptomatique et mineure	Paracétamol	0,5-1 g x 3/j
	Vitamine C	500 mg x 3/j
	Vitamine D	200.000 UI une prise unique ou 5gtt/j
	Vitamine B1	200mgx2/j
Traitement au besoin	Traitement anti-coagulant si indication	
Forme modérée ou Forme mineure avec co-morbidités sévères	1- Traitement anticoagulant	IMC < 30 : Enoxaparine 0,4 ml/j,
	2- Oxygénothérapie	IMC > 30: enoxaparine 0,4 ml x 2/j,
	3-Traitement ATB n'est pas toujours nécessaire	poids > 120 kg :
	4- Traitement symptomatique	Enoxaparine 0,6 ml x 2/j
	5- Traitement antiviral éventuel	Adapté le traitement si insuffisance rénale
	6- Traitement des co-morbidités	
Forme sévère	Prise en charge en milieu spécialisé de réanimation	

- La corticothérapie sera débutée avant le transfert en réanimation: dexaméthasone 4 mg x 2/jour ou l'hémisuccinate d'hydrocortisone 100 mg x 2/j.
- Les corticoïdes ne sont pas indiqués dans la prise en charge des formes pauci-symptomatiques et légères vu le risque d'aggravation.

ANTIBIOTHÉRAPIE PROBABILISTE QUI SERA ARRÊTÉE SI LE PATIENT EST CONFIRMÉ COVID-19+

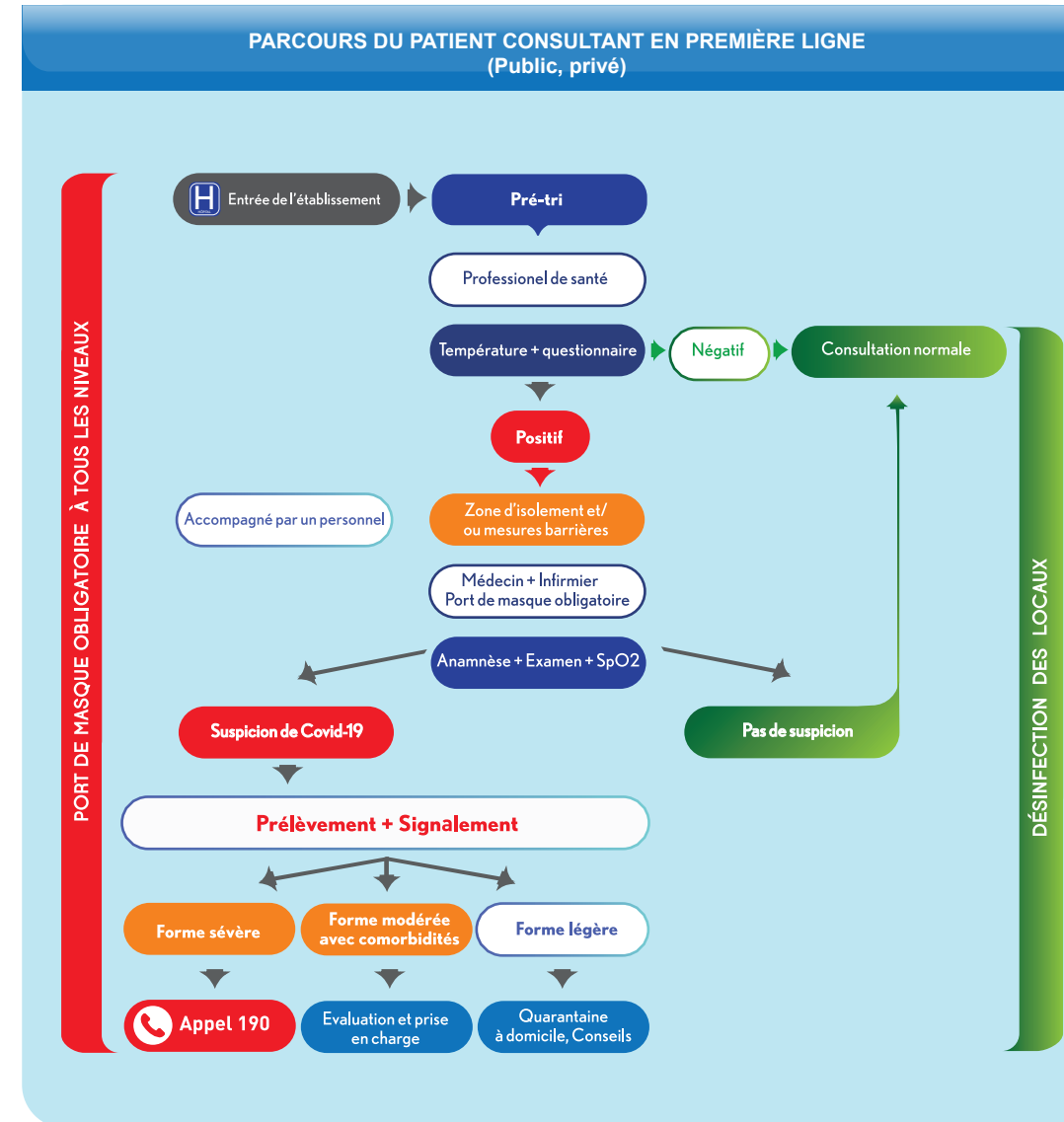
Ceftriaxone	50 mg/kg/j
Cefotaxime	50-100 mg/kg/j
Amoxicilline-acide clavulanique	80-100 mg/kg/j

Si pneumopathie interstitielle à l'imagerie on associera un macrolide :

Clarithromycine	500 mg x 2/j
Erythromycine	500 mg x 3/j
Azithromycine	500 mg/j
Spiramycine	1,5-3 MUI x 3/j

En cas d'allergie aux bêta-lactamines :

Levofloxacin	500 mg x 2/j
ou la Teicoplanine	400 mg/j



CONDUITE À TENIR

face à un patient suspect de Covid-19

en première ligne

CONDUITE À TENIR FACE À UN PATIENT SUSPECT DE COVID-19 EN PREMIÈRE LIGNE

La transmission est interhumaine type gouttelettes, aérosols et contact.
La contamination en milieu de soins se fait par voie aérienne suite à un contact proche (< 1,5 mètres) et prolongé (de 15 à 30 minutes) sans protection adaptée avec une personne COVID-19+. Le risque est majoré en milieu clos ou utilisant un air recyclé.

LA POPULATION DE PATIENTS SUSCEPTIBLES DE PRÉSENTER DES SIGNES DE GRAVITÉ EST :

- Les sujets âgés de plus de 65 ans
- Les porteurs d'au moins deux co-morbidités
- Certains terrains tels que les immunodéprimés sont théoriquement susceptibles de développer des formes graves.

SYMPTÔMES ET SIGNES ÉVOCATEURS :

- Des signes respiratoires : détresse respiratoire aiguë, toux sèche, dyspnée, fièvre, frissons, asthénie, céphalées, arthro-myalgies, anosmie sans obstruction nasale, agueusie,
- D'autres signes sont également rapportés.
- Chez le sujet âgé la symptomatologie peut être atypique.

PRISE EN CHARGE DU PATIENT À L'ENTRÉE DE LA STRUCTURE DE SANTÉ :

Reconnaître et trier tous les cas d'infection ou de détresse respiratoire
Pré tri se base sur la recherche de :

- Motif de recours à la structure de santé
- Fièvre > 38°5
- Toux importante
- Détresse respiratoire

Les patients présentant un de ces symptômes ou un contact avec une personne COVID-19 sont orientés vers le circuit COVID-19.

SCORE DE TRI

Il est recommandé d'utiliser le score suivant :

Facteur ou symptôme ou signe	Score
Exposition	2
Fièvre	2
Toux sèche et/ou difficulté respiratoire	2
Anosmie, avec ou sans agueusie	2
Mal de gorge, rhinorrhée, expectoration	1
Nausée, vomissements, diarrhée	1
BPCO, HTA, diabète, obésité, âge ≥ 65 ans	1
Total	11

▶ En présence d'exposition, la suspicion clinique d'une infection COVID-19 est retenue si le Score de tri est ≥ 3.
 ▶ S'il n'y a pas d'exposition, la suspicion clinique d'une infection COVID-19 est retenue si le score de tri est ≥ 4.
 ▶ Ce score est un outil d'aide, le sens clinique du médecin prime

CLASSIFICATION DES FORMES CLINIQUES

L'état du patient sera évalué en se référant au tableau suivant :

Forme clinique	Définition	Conduite
Forme asymptomatique	PCR positive sans signes cliniques	Pas d'hospitalisation
Forme paucisymptomatique	Toux sèche légère, malaise, céphalées, douleurs musculaires, anosmie, agueusie	Pas d'hospitalisation
Forme mineure	Pneumonie sans signe de sévérité (toux, dyspnée légère, FR < 30cpm, SpO2 > 92%), diarrhée sans retentissement	Hospitalisation en médecine si comorbidité
Forme modérée	Dyspnée, FR ≥ 30 cpm ou SpO2 ≤ 92% à l'air ambiant	Hospitalisation en médecine
Forme sévère	Détresse vitale, défaillance d'organe	Hospitalisation en réanimation

LA FORME MODÉRÉE À SÉVÈRE :

Toute personne présentant **une fièvre ou une suspicion d'infection respiratoire associée à l'un des signes suivants :**

- Une SpO2 ≤ 92% sous 5 litres d'oxygène sous lunettes nasales.
- Des signes de détresse respiratoire (FR ≥ 30 cpm, un tirage, des signes de lutte) sous 5 litres d'oxygène sous lunettes nasales.
- Une détresse circulatoire aiguë associée
- Des signes de gravité neurologique
- Des signes de maladie thrombo-embolique évolutive: phlébite, embolie pulmonaire, thrombose artérielle
- Des signes de myocardite.

PRISE EN CHARGE DES FORMES CLINIQUES

Formes asymptomatiques	Formes pauci-symptomatiques et Forme mineure sans co-morbidités sévères	Forme modérée Forme mineure avec comorbidités sévères	Forme sévère
Signalement +/- Prélèvement naso-pharyngé			
Pas de traitement		Hospitalisation en médecine	Prise en charge en réanimation
Isolement à domicile pendant 10 j Surveillance quotidienne		Traitement symptomatique Paracétamol si fièvre ou douleur Antitussifs, Vitamine C, D Héparine si facteurs de risque de thrombose Isolement à domicile ou en unité en unité adaptée selon conditions pendant 10j à la condition d'une absence de symptômes aigus les 72 dernières heures Surveillance quotidienne	O2 si SpO2 ≤ 92% Traitement symptomatique Héparine à dose isocoagulante simple ou double en présence de facteurs d'hypercoagulabilité Prise en charge des co-morbidités Ventilation mécanique Réanimation Traitement symptomatique Héparine à dose anticoagulante Traitement étiologique Corticothérapie Prise en charge des co-morbidités