

COVID: encore et toujours...

Service de Maladies infectieuses



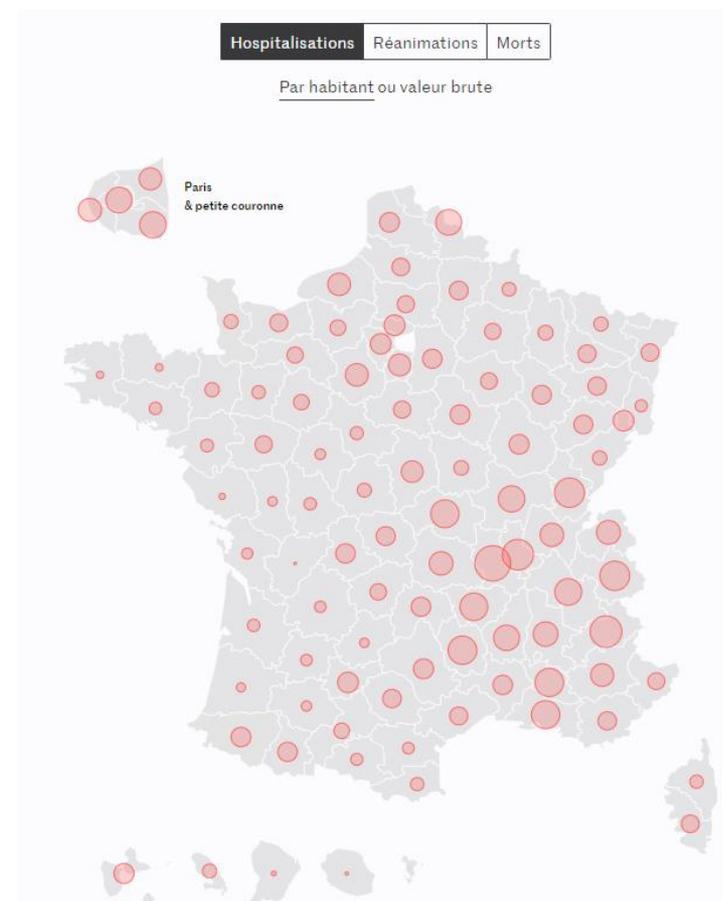
-l'auteurContentPourRien-

©JUSTNERGUI

Epidémiologie – France/AURA/Savoie

Tableau. Répartition par département du nombre de tests SARS-CoV-2 réalisés, des tests positifs, et taux d'incidence et de positivité sur une semaine glissante (Source : S IDEP)

Département	Nombre de personnes testées	Nombre de cas confirmés d'infection par SARS-CoV-2	Taux de dépistage, (/100 000 habitants)	Taux de positivité, (/100 testés)	Taux d'incidence, (/100 000 habitants)	Taux d'incidence chez les > 65 ans (/100 000 personnes)	Taux de consolidation estimé des données à J+3
42	28050	9014	3667,9	32,1	1178,7	1229,7	81%
43	7156	2342	3153,8	32,7	1032,2	1228,9	66%
74	24316	8440	2935,3	34,7	1018,8	888,5	93%
73	11938	4296	2759,9	36	993,2	1009,3	78%
69	62520	16815	3332,5	26,9	896,3	846,3	95%
01	18808	5862	2862,9	31,2	892,4	940,5	78%
38	33958	11150	2684,5	32,8	881,4	879,4	72%
07	9052	2286	2769,3	25,3	699,3	603,9	73%
26	13758	3560	2642,9	25,9	683,9	648,8	74%
03	9499	1898	2867,1	20	572,9	507	89%
63	17594	3504	2664,8	19,9	530,7	515,5	88%
15	2955	424	2069,2	14,3	296,9	220,3	89%
ARA	239604	69591	2983	29	866,4	833,3	-
France	1517472	315861	2270,5	20,8	472,6	409	-



Epidémiologie – AURA/CHMS

Figure. Evolution du nombre de personnes hospitalisées pour COVID-19 et du nombre de nouvelles personnes hospitalisées pour COVID-19 en Auvergne-Rhône-Alpes (Source : SI-VIC)

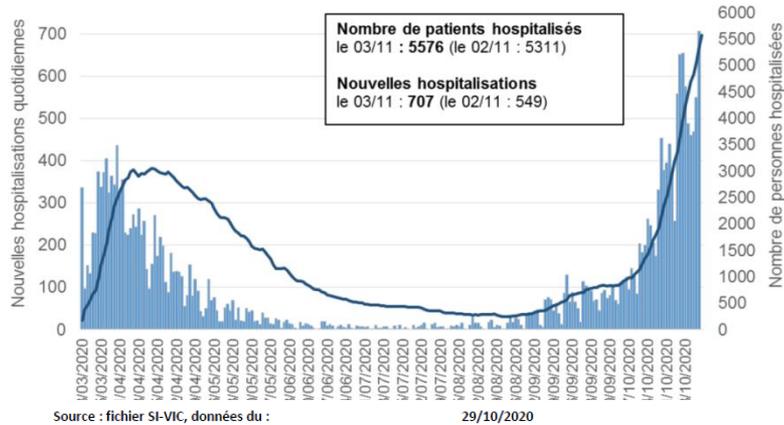
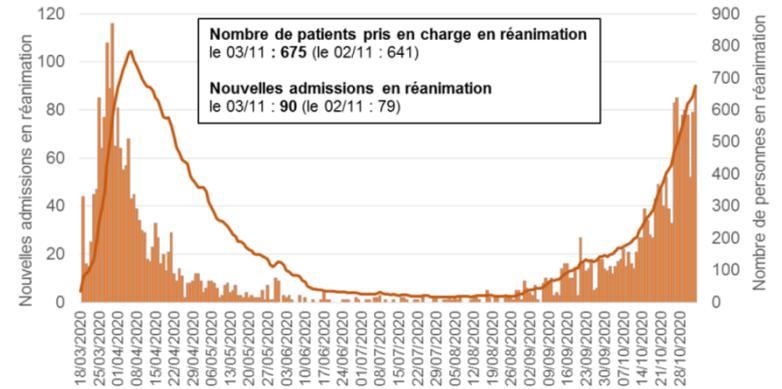


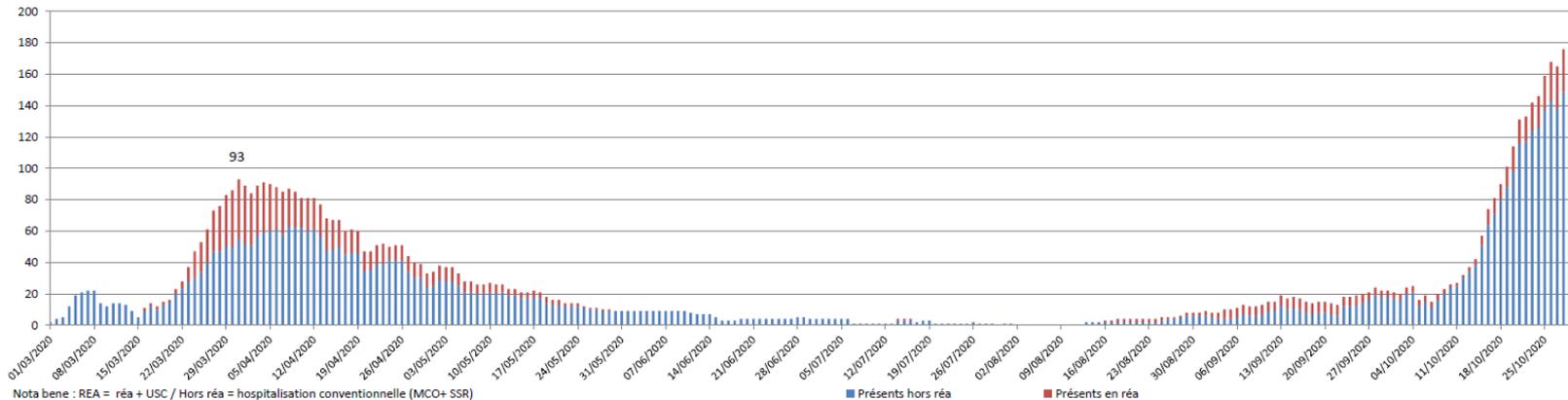
Figure. Evolution du nombre de personnes hospitalisées en réanimation pour COVID-19 et du nombre de nouvelles personnes admises en réanimation pour COVID-19 en Auvergne-Rhône-Alpes (Source : SI-VIC)



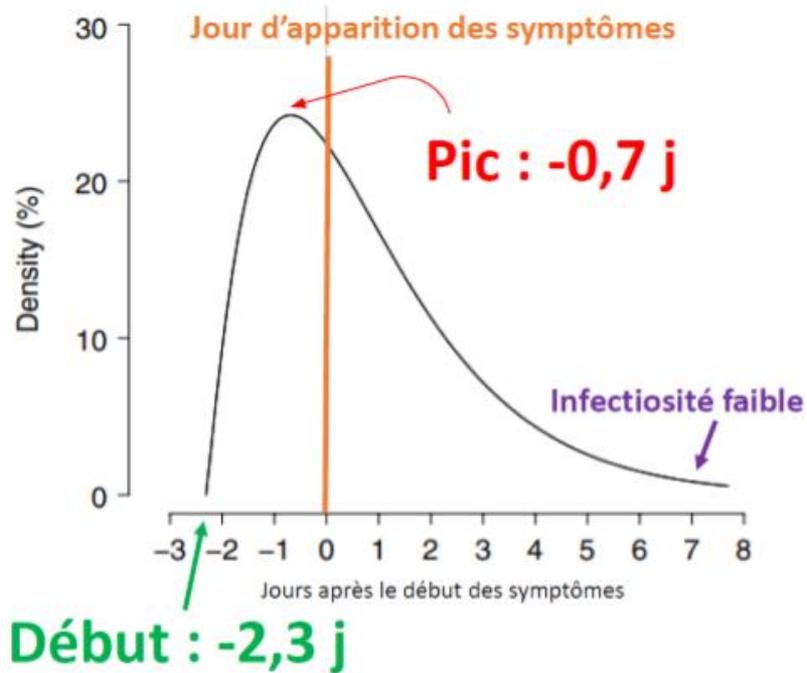
STATISTIQUES SUR LES PATIENTS PRESENTS :

175

dont 39 patients hospitalisés en SSR



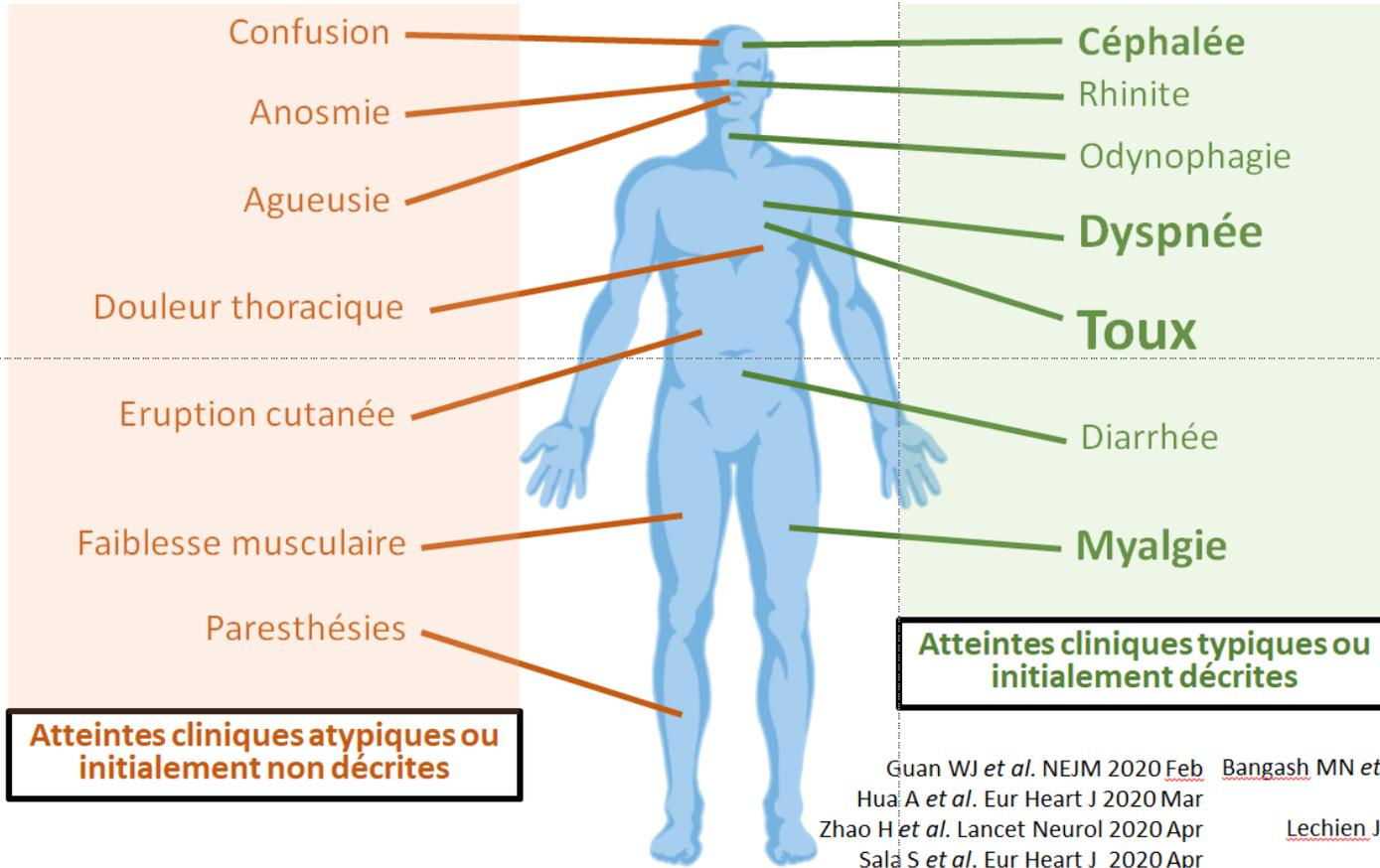
• Infectiosité



- **Durée médiane d'incubation**
 - 5,2 jours IC_{95%}[4,1-7,0]
- **Transmission pré symptomatique**
 - 44%
- **Infectiosité faible au delà de 7 jours après le début des signes cliniques**

Li Q *et al.* NEJM 2020 Jan
Liu Y *et al.* J Travel Med 2020 Feb
He X *et al.* Nat Med 2020 Apr
Sanche S *et al.* Emerg Infect Dis 2020 Apr

Présentation clinique



Signes généraux:

- **Fièvre**
- **Asthénie**

Age > 80 ans:

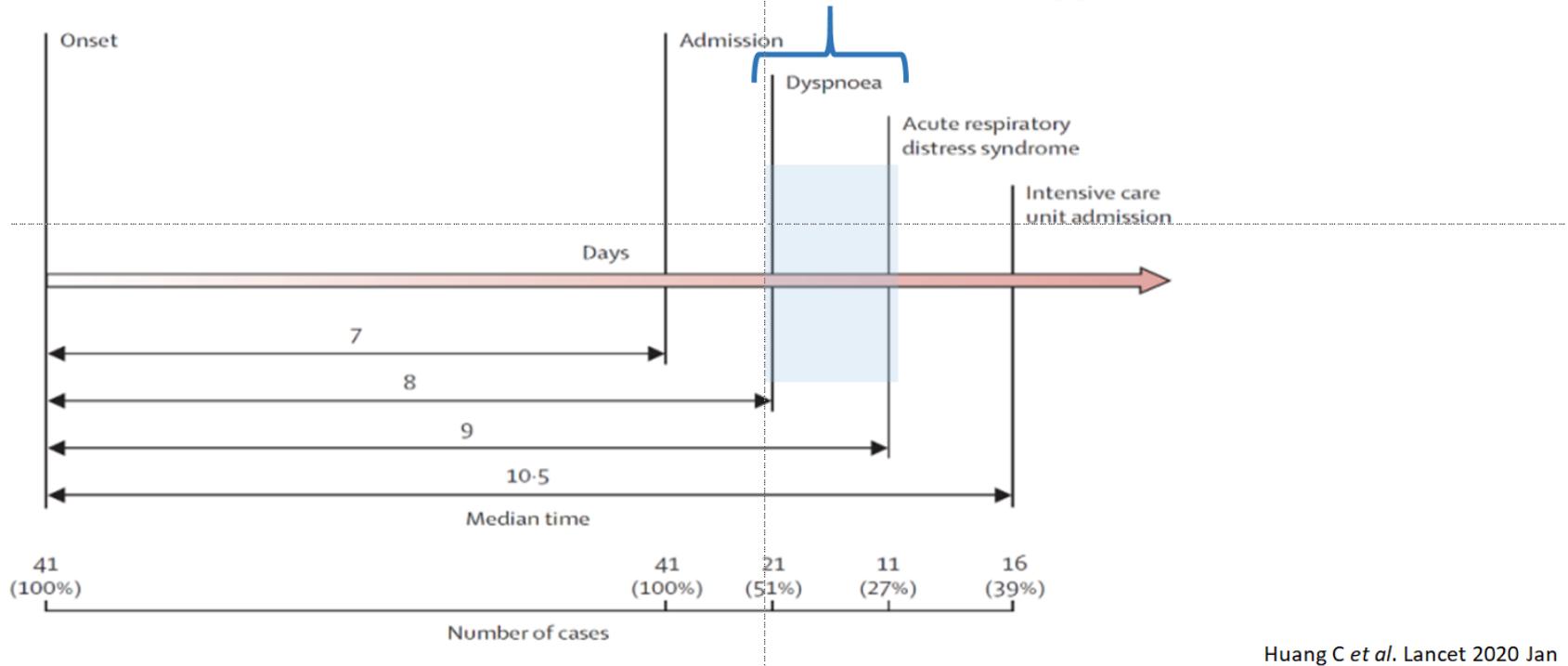
- Chutes répétées
- Troubles cognitifs
- Syndrome confusionnel

Guan WJ *et al.* NEJM 2020 Feb
Hua A *et al.* Eur Heart J 2020 Mar
Zhao H *et al.* Lancet Neurol 2020 Apr
Sala S *et al.* Eur Heart J 2020 Apr

Bangash MN *et al.* Lancet Gastroenterol Hepatol 2020 Mar
Joob B *et al.* J Am Acad Dermatol 2020 Mar
Lechien JR *et al.* Eur Arch Otorhinolaryngol 2020 Apr
Moriguchi T *et al.* Int J Infect Dis 2020 Apr

Evolution

J8-J9 période d'aggravation clinique



- Hypoxie parfois profonde remarquablement tolérée
 - **Ne pas se fier uniquement aux signes de détresse respiratoire**
 - **Prise de SaO₂ et fréquence respiratoire fréquentes**
- Décompensation respiratoire parfois brutale et extrêmement rapide
- **Nécessité d'une surveillance et d'une compétence médico-soignantes optimales pour les patients sous O₂**
- **Au CHMS, patients à hospitaliser en priorité en infectiologie ou pneumologie**

Rappel: modalités d'oxygénation



- **Objectif de SaO₂ ≥ 94%** pour patient « normal »
- **Objectif de SaO₂ entre 88 et 92 %** pour patient BPCO ou insuffisant respiratoire
- **Débit O₂ < 6l/min:** lunettes à oxygène
- **Débit O₂ 6 à 9l/min:** masque moyenne concentration
 - **A considérer en dessous de 6l/min si respiration buccale**
- **Débit O₂ > 9l/min:** masque haute concentration

Critères de sollicitation et d'admission en USC/réanimation



- **36 lits de réanimations disponibles pour notre GHT**
- **USC à Chambéry, Albertville, Belley et Médipôle**
- **Bénéfice de la ventilation mécanique non démontré à partir de 75-80 ans (surtout si autres défaillances d'organe et/ou comorbidités)**
- **Définir pour chaque patient COVID le niveau d'engagement +++**

Critères de sollicitation et d'admission en USC/réanimation

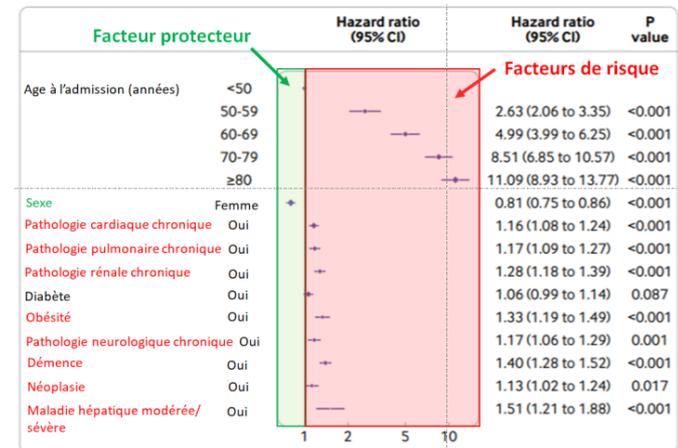


- **En pratique**

- **Discuter transfert en USC/réa si oxygénoréquérance $\geq 9l/min$:**
 - Si cinétique de dégradation rapide (par ex : à 4l/min le matin, 12l/min l'après-midi)
 - Si critères cliniques de détresse respiratoire, mauvaise tolérance de l'hypoxémie (agitation, oppression thoracique, signes d'épuisement...)
- **Si indication d'IOT retenue après discussion avec réa de garde (04.79.96.50.41), discuter rapprochement sur CH Chambéry**
- **Si indication d'IOT non retenue, possibilité de réaliser de l'oxygénothérapie haut débit sur masque haute concentration (15 à 25l/min), voire sur AirVO ou Optiflow en service conventionnel**

Grave ou pas grave?

- Sur 100 patients infectés par le SARS CoV2
 - Environ 50% asymptomatiques
 - Environ 20% hospitalisés
 - Environ 5% hospitalisés en réanimation
 - Environ 0,5% de décès
- Enormes disparités selon le terrain



Dépistage aux urgences

Forte suspicion clinique ***1**

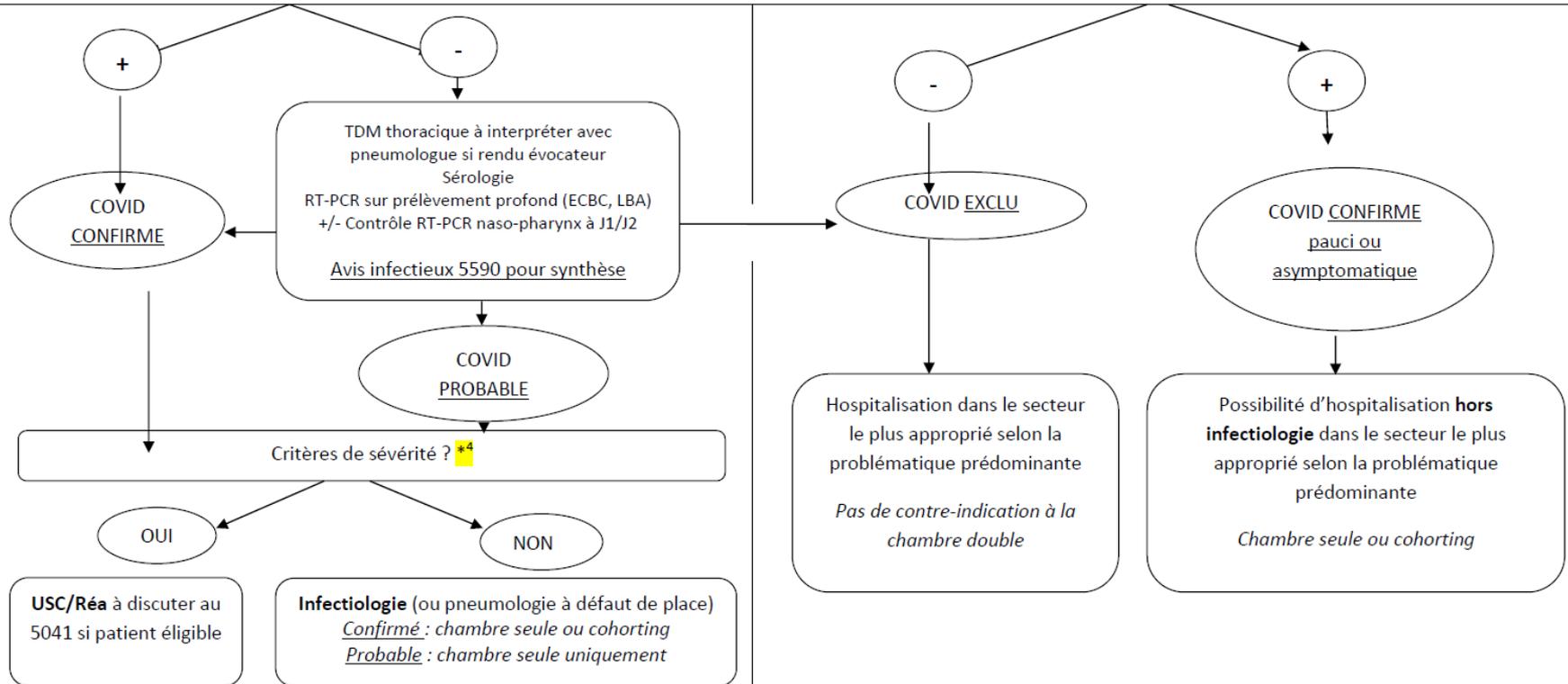
Faible suspicion clinique ***2**

Dépistage systématique ***3**

RT-PCR COVID 19

Indication de RT-PCR rapide si :

- ✓ *Au SAU (tests rapides dédiés): patient **suspect COVID** ET présentant des **critères d'hospitalisation***
- ✓ *En service (test rapides traités au labo selon [procédure test rapide](#) [cliquez ici](#) : patient devenant **suspect COVID** ET déjà hospitalisé en **chambre double***



Dépistage aux urgences

1 Critères forte suspicion clinique

- Signes cliniques d'infection (fièvre, frissons), respiratoire (toux, dyspnée, oppression thoracique)
- Anosmie/hyposmie, agueusie/dysgueusie
- Tableau clinique comparable de plusieurs personnes vivant sous le même toit
- Notion de contact avec un cas de COVID avéré quel que soit le tableau clinique

2 Critères faible suspicion clinique

- Asthénie
- Myalgies
- Céphalées
- Symptômes ORL hors anosmie/agueusie
- Trouble du rythme cardiaque
- Atteinte myocardique
- Evènement thromboembolique grave

Age \geq 80 ans et aggravation de :

- troubles cognitifs
- syndrome confusionnel
- altération de l'état général
- Diarrhée
- Décompensation aigue d'une pathologie antérieure

3 Critères dépistage systématique

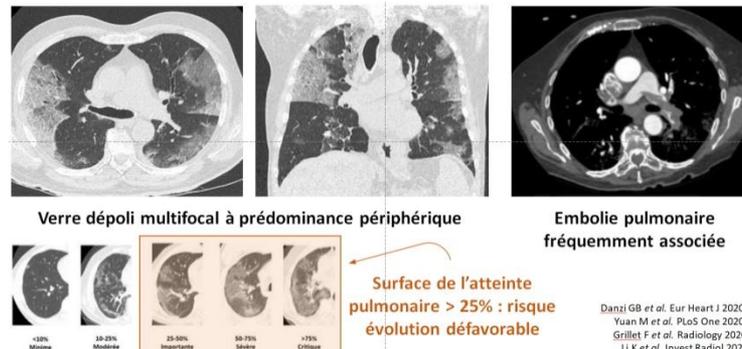
- 48h avant mutation en EHPAD ou SSR Sauf si RT-PCR + dans les 14 jours précédents
- 48h - 72h avant acte chirurgical ORL, dentaire, thoracique, ou tout acte chirurgical pour lequel une prise en charge USC/Réa est à prévoir en post opératoire

4 Critères de sévérité

- O₂ \geq 6L/min pour saturation \geq 92% et/ou FR \geq 30
- Qsofa \geq 2
- Défaillance d'organe associée

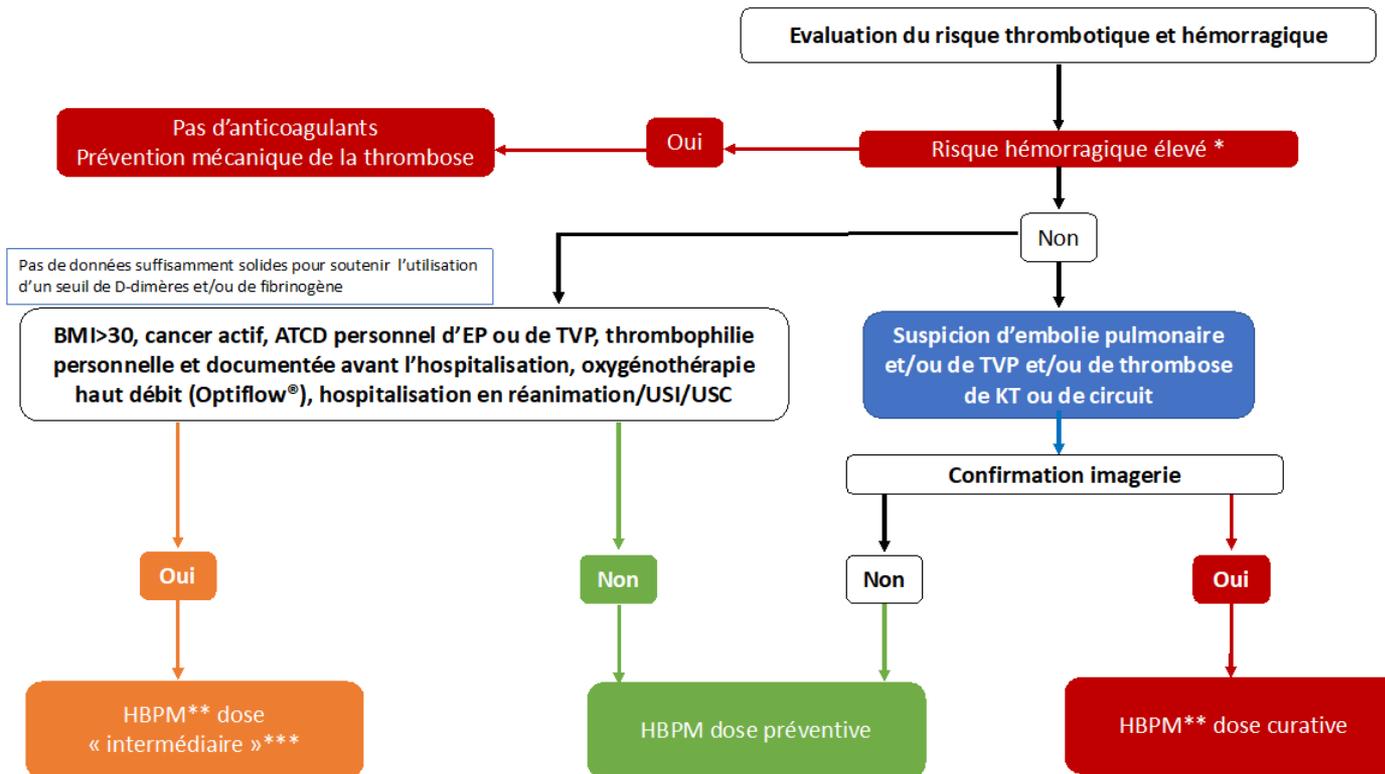


- PAS SYSTEMATIQUE (RP suffisante la plupart du temps)
- Indications du scanner
 - **Forte suspicion clinique avec PCR -**
 - Sensibilité 95%, spécificité 25%
 - **(Evaluation de la gravité)**
 - **Recherche d'EP**
 - Dégradation respiratoire à distance de l'épisode aigu +++



- **Oxygène**
- **Corticothérapie**
 - **Pour tout patient sous oxygène**
 - **DXM 6mg x 1/j IV ou SOLUMEDROL/SOLUPRED/CORTANCYL 40mg x 1/j**
 - **Pas d'intérêt chez les patients non O2 dépendant**
- **Thromboprophylaxie**
 - **Cf diapo suivante**
- **Mesures associées**
 - **Traitements symptomatiques**
 - **Support nutritionnel (« 3 CNO/jour ») +++**

Thromboprophylaxie



- HTA non contrôlée (> 180/110) malgré un traitement anti-HTA iv, hémorragie majeure < 7j ou non résolue, thrombopénie < 50 G/L, anomalies de l'hémostase, INR > 2, autres facteurs de risque
- ** en l'absence de CI aux HBPM. Dans le cas contraire, l'héparine non fractionnée est préférée, et seulement pour l'insuffisance rénale sévère
- ***: dose intermédiaire: entre une dose préventive et thérapeutique, le plus souvent dans la littérature, dose préventive administrée matin et soir

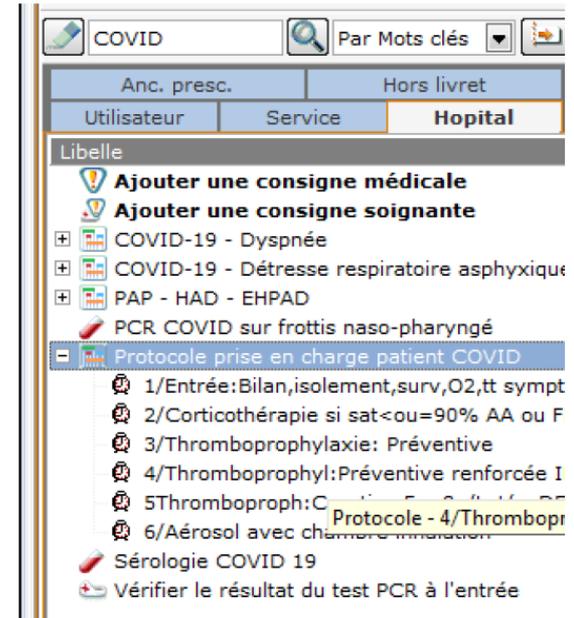
Prise en charge autre (hors réa)

Bilan biologique d'entrée :

- NFS, plaquettes
- ionogramme sanguin, urée, créatinine
- -calcémie, phosphorémie
- bilan hépatique, CPK, LDH, albumine, TP, TCA
- troponine
- CRP, fibrinogène, D. dimères
- -GDS si FR > 24 ou Saturation < 94% AA

Surveillance : toutes les 4h

- Température,
- Tension Artérielle,
- Fréquence Cardiaque
- Fréquence Respiratoire (FR)
- saturation en O2
- débit O2



COVID Par Mots clés

Anc. presc.	Hors livret
Utilisateur	Service
Hopital	
Libelle	
Ajouter une consigne médicale	
Ajouter une consigne soignante	
<input type="checkbox"/>	COVID-19 - Dyspnée
<input type="checkbox"/>	COVID-19 - Détresse respiratoire asphyxique
<input type="checkbox"/>	PAP - HAD - EHPAD
<input type="checkbox"/>	PCR COVID sur frottis naso-pharyngé
<input checked="" type="checkbox"/>	Protocole prise en charge patient COVID
<input type="checkbox"/>	1/Entrée: Bilan, isolement, surv, O2, tt sympt
<input type="checkbox"/>	2/Corticothérapie si sat < ou = 90% AA ou F
<input type="checkbox"/>	3/Thromboprophylaxie: Préventive
<input type="checkbox"/>	4/Thromboprophyl: Préventive renforcée I
<input type="checkbox"/>	5Thromboproph: C
<input type="checkbox"/>	6/Aérosol avec chambre d'inspiration
<input type="checkbox"/>	Sérologie COVID 19
<input type="checkbox"/>	Vérifier le résultat du test PCR à l'entrée

*A discuter au cas par cas.
SaO2 au doigt suffisante dans la
plupart des cas si tracé satisfaisant
(patients jamais hypercapniques)*

Prise en charge autre

- Information régulière des familles +++
- Gestion des décès
 - **Si isolement en cours**
 - Corps emballé dans une housse
 - Mise en bière immédiate
 - **Si isolement levé, pas de mesure spécifique**
- Ligne d'avis COVID: **04.79.96.55.90 (ou poste 5590)**

Prise en charge autre (CHMS)

- Codage dès l'entrée des patients COVID
 - **Code U0710, U0714**
- Contact tracing
 - **Personnes vivants sous le même toit, intervenants à domicile**
 - **Onglet Crossway**
 - **Mail:** contact.covid-tracing@ch-metropole-savoie.fr



What else?

