

DIAGNOSTIQUER

Test virologique SARS-CoV-2 :

- ⇒ **Test antigénique naso-pharyngé (NP)** si symptômes de moins de 4 jours, ou **RT-PCR naso-pharyngée**.
- ⇒ Si prélèvement NP impossible, possibilité test RT-PCR sur prélèvement oropharyngé profond, ou RT-PCR sur prélèvement salivaire (attention sensibilité basse).

Un auto-test ou test antigénique positif doit être confirmé par un test PCR, test de référence pour la détection du virus SARS-CoV-2, et criblage virologique détectant les nouveaux variants.

Sérologie : uniquement si date de début des symptômes \geq 14 jours.

Aide au diagnostic : lymphopénie, éosinopénie profonde, \nearrow LDH, lésions évocatrices au scanner thoracique (notamment si PCR négative et forte suspicion clinique), angio-scanner thoracique si suspicion EP.

Si le test est réalisé au cabinet, le professionnel doit s'assurer de disposer d'un stock suffisant d'EPI (APR de type FFP2, lunettes, surblouse) ; du matériel et de consommables permettant la désinfection des surfaces en respectant la norme de virucide 14476 ; d'un circuit d'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux produits dans ce cadre.

Test positif : informer le patient et renseigner les données patient et contacts du foyer sur « contact-covid » d'AmeliPro.

Test négatif : si forte suspicion clinique et personne à risque de forme grave et date de début des symptômes $<$ 8 jours : répéter test PCR nasopharyngé. Maintien des mesures d'isolement.

Envisager systématiquement diagnostic alternatif ou associé : pneumonie bactérienne franche (pneumocoque), autres infections (voyages en zone tropicale), autres viroses respiratoires d'autant plus si RT-PCR négative, OAP, EP, etc.

PROTEGER

Les professionnels de santé libéraux veillent à constituer leurs stocks de sécurité en masques, gants, surblouses et tabliers, lunettes, auprès des opérateurs du marché.

PATIENT, SOIGNANT, CONTACTS
→ SHA + MASQUE



Dès l'entrée dans le cabinet =>

- **Patient** : frictions des mains avec une solution hydro-alcoolique (SHA) et port de **masque chirurgical** ;
- **Soignant /secrétaire** : précautions standard et complémentaires « gouttelettes » => SHA, masque chirurgical, aération des locaux.

Eviter les situations de soins à risque de générer des aérosols, notamment l'examen de gorge avec Streptotest ; envisageable à condition de disposer des EPI requis (APR de type FFP2, lunettes, surblouse).

Si patient en attente de résultat SARS-CoV-2 => prescrire et expliquer mesures d'isolement (masques à prescrire ou donner pour le domicile, arrêt de travail...) dans l'attente de la confirmation diagnostique + évaluation environnement social (précarité...) et recherche de personnes contact, personnes à risque de forme grave.

Guérison et levée de l'isolement

La **levée de l'isolement** du patient diagnostiqué COVID se fait après 48h sans fièvre ET :

- **Pour les patients sortant d'hospitalisation, durées d'isolement selon prescription du médecin hospitalier**
- En ville, **chez un patient immunodéprimé** (médicaments, greffe d'organe solide, hémopathie maligne sous traitement, VIH non contrôlé (charge virale détectable) ou CD4 $<$ 200/mm³), isolement strict jusqu'à J10 après début des symptômes, prolongé de mesures barrières strictes jusqu'à J24.
- **Pour un patient non-immunodéprimé**, isolement strict jusqu'à **J8 inclus** après début des symptômes, ou de la RT-PCR SARS-CoV-2+ prolongé de mesures barrières strictes jusqu'à **J17**.

Pas de test pour confirmer la levée d'isolement.

Personne-contact non vaccinées : isolement et test antigénique à partir du jour du contact avec un cas confirmé, suivi d'un nouveau test réalisé au 7^{ème} jour d'isolement, ou à partir du 7^{ème} jour de guérison clinique du cas au foyer. L'isolement sera poursuivi 10 jours si le test est positif.

COVID-19

Prise en charge et suivi du patient en médecine de ville

N° UTILES COVID

Référent COVID :

.....

15 ou service d'urgences :

.....

CPAM :

.....

ARS (si suspicion de cluster, hébergement collectif, situation de précarité...) :

.....

Autres numéros utiles :

.....

Partenariat : Collège de la médecine générale, coronacliv.fr
Sources : ANSM, HCSP, Ministère de la Santé, HAS, SpF

Données actualisées au 10/11/2021

Suivre les mises à jour sur www.coreb.infectiologie.com

REPERER ET EVALUER

Tableau clinique évocateur : infection respiratoire aiguë avec fièvre ou sensation de fièvre, ou toute autre manifestation clinique suivante, **de survenue brutale** :

Population générale : asthénie, myalgies inexpliquées ; céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue ; anosmie sans rhinite associée ; agueusie.

> **80 ans** : altération de l'état général ; chutes ; apparition ou aggravation de troubles cognitifs ; syndrome confusionnel ; diarrhée ; décompensation d'une pathologie antérieure.

Enfants : tous les signes sus-cités en population générale ; altération de l'état général ; diarrhée ; fièvre isolée chez enfant < 3 mois.

En contexte d'urgence : troubles du rythme récents, atteintes myocardiques aiguës, évènements thrombo-emboliques graves.

Score clinique prédictif : forte suspicion si association d'un contact Covid + désaturation (mesure de SpO₂ de repos et d'effort simple si SpO₂ ≥96%) + anosmie ou agueusie

Signes de gravité = discuter hospitalisation / appel 15 :

T°>40°C, tachypnée > 22, saturation de repos SpO₂ < 95% ou < 90% si comorbidités respiratoires, PA systolique < 100 mm Hg, ou marbrures, sueurs, TRC allongé chez l'enfant ; fréquence cardiaque > 120/mn ou troubles du rythme ; altération de la conscience (confusion, ralentissement idéo-moteur...) ; déshydratation, oligurie, altération brutale de l'état général.

Patients sous O₂ à domicile : indication à hospitaliser si oxygène-requérance > 3 L/mn ou apparition d'une complication.

Surveillance renforcée pour :

=> âge ≥ 65 ans,

=> **facteurs de risque (FdR) de forme grave et de décès associés à la Covid-19** : trisomie 21 surtout > 40 ans, transplantation d'organe solide ou de CSH, insuffisance rénale chronique terminale, diabète, obésité à partir d'IMC > 30 kg/m², cancer récent et/ou en progression et/ou sous chimiothérapie, BPCO et insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, HTA compliquée, maladies hépatiques chroniques en particulier cirrrose, troubles psychiatriques, démence, ATCD d'AVC, grossesse – Par analogie aux indications Ac monoclonaux : infection VIH non contrôlée (charge virale détectable) ou au stade SIDA, lupus systémique ou vascularite avec traitement immunosuppresseur (IS), corticoïde >10 mg/jour d'équivalent prednisone > 2 semaines, traitement IS incluant rituximab

=> **présence de signes respiratoires**

PRENDRE EN CHARGE UN CAS CONFIRME

Test positif. Absence de signes de gravité (ce qui est le cas chez 85% des patients) → isolement et surveillance à domicile

Traiter les symptômes. Introduction AINS contre-indiquée mais poursuite du traitement habituel avec la plus petite dose efficace, en lien avec spécialiste référent.

Pas d'antibiotique systématique (co-infections bactériennes exceptionnelles).

Pas de traitement antiviral validé (recherche clinique en cours).

Prophylaxie thrombo-embolique chez les patients à risque (alitement prolongé) ou sous O₂ :

- Enoxaparine 4000 UI x 1/j, Daltéparine 5000 UI x 1/j, Nadroparine 2800 UI x 1/j, Tinzaparine 4500 UI x 1/j, Fondaparinux 2,5 mg x 1/j.
- Si obésité avec IMC > 30 kg/ m² : enoxaparine 6000 UI x 1/j, si > 40 kg/ m² : 4000 UI x 2/j
- Si insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/mn) → HNF 5000 UI x 2 à 3/j ou 200 UI/kg/j => durée de 7 à 10j.

Prolongation de la thrombo-prophylaxie au-delà du 10^{ème} jour chez des patients à haut risque thrombotique et faible risque hémorragique. Dans tous les cas, réévaluer régulièrement la balance bénéfice/risque.

Les patients nécessitant une surveillance renforcée doivent avoir une **mesure de saturation en O₂ toutes les 8h** par IDE ou auto-surveillance jusqu'à J14 début des symptômes ou test.

Anticorps monoclonaux Indications => Validation de l'indication et de l'organisation (hôpital de jour, hospitalisation) par le médecin hospitalier référent COVID/centre 15

Curatifs : bithérapie Casirivimab/Imdevimab possible dans le cadre d'une ATU de cohorte. Patients éligibles (âge ≥ 12 ans) : **Phase précoce** ; délai maximum de 5 jours après le début des symptômes, risque élevé d'évolution vers une forme grave de la maladie (patients immunodéprimés, à risque de complications ou âgés de plus de 80 ans).

Prophylactiques : Autorisation d'accès précoce pré-AMM bithérapie casirivimab/imdevimab. Patients éligibles (âge ≥ 12 ans) :

- **Pré exposition** : Absence de réponse vaccinale satisfaisante (immunodépression) après schéma complet (patients non répondeurs ou non éligibles à la vaccination) et appartenant à l'un des sous-groupes à risque*

- **Post exposition** : Administration chez les personnes cas contact sans réponse vaccinale après schéma complet (patients non ou faiblement répondeurs) ou incomplet (exposés dans les 7 jours après la dernière dose), après le résultat négatif d'un test RT-PCR et appartenant à l'un des sous-groupes à risque*

*Receveurs d'une greffe d'organe solide, greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques, hémopathie lymphoïde, traitement par anticorps anti-CD20 ou inhibiteurs de BTK ou azathioprine, cyclophosphamide et mycophénolate mofétil, déficit immunitaire primitif.

Patient oxygène-requérant à domicile => prise en charge à adapter dans le cadre d'une discussion tripartite avec médecin hospitalier et patient :

Possibilité d'oxygénothérapie, uniquement si besoins O₂ < 4 L/mn :

- **En sortie d'hospitalisation**, avec surveillance ad-hoc à domicile : infirmiers, kiné, médecin, incitation à télésurveillance par applications ;
- **ou de façon exceptionnelle, en amont de l'hôpital**, peut être proposée chez des patients stables, entourés et observants, sans FdR, avec discussion préalable et décision partagée avec le médecin hospitalier référent COVID permettant de définir la surveillance nécessaire (IDE, HAD...).

Une attention particulière sera portée à ces patients en raison de la rapidité de la dégradation lorsqu'elle survient. Dans cette situation, possibilité de **corticothérapie par dexaméthasone**, si > J5 début symptômes. PO chaque fois que possible (pas de troubles de la déglutition, ni troubles digestifs, ou troubles de la conscience), à la posologie de 6 mg/j pour 5 à 10 jours (arrêter après 24h de sevrage en O₂). En cas de tension d'approvisionnement : méthylprednisolone 32 mg/j, ou prednisone 40 mg/j, avec décroissance progressive les 3-4 derniers jours.

Réévaluer cliniquement notamment entre J6-J12 d'autant plus si patient à risque de forme grave. Coordonner les professionnels de santé (pharmacien, kiné, infirmier...). Un saturomètre à domicile est obligatoire chez les patients sous oxygénothérapie.

Vigilance sur l'évolution de l'état général et respiratoire. Dépister et prévenir les complications vitales (cardio-respiratoires, thrombo-emboliques notamment), évaluer les conséquences fonctionnelles.