

DIAGNOSTIQUER

Test virologique SARS-CoV-2 :

- ⇒ **Test antigénique (TAG) naso-pharyngé (NP) ou RT-PCR naso-pharyngée.**
- ⇒ Si prélèvement NP compliqué, notamment enfants < 12ans, possibilité de prélever au niveau nasal ou salivaire (même si moins sensibles que RT-PCR en NP).

Un auto-test (salivaire ou nasal) doit être confirmé par un TAG NP ou par un test PCR NP (reste le test de référence pour la détection du virus SARS-CoV-2, et pour le criblage virologique détectant les nouveaux variants).

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

Aide au diagnostic : lymphopénie, éosinopénie profonde, ↗ 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. Maintien des mesures barrières.

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. Si personnel à risque de forme grave : port d'APR de type FFP2

Éviter 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 d'absence de fièvre **ET** :

- En ville, **schéma vaccinal complet** (= 3 doses de vaccin = 2 doses et une infection) **et enfant < 12 ans**: test à J5 : si négatif levée d'isolement, et si positif, rester isolé jusqu'à J7.
- **Pour un patient non-vacciné ou schéma incomplet, test à J7** : si négatif levée d'isolement, et si positif, rester isolé jusqu'à J10.

Pour les patients sortant d'hospitalisation, durées d'isolement selon prescription du médecin hospitalier

Personnes contact vaccinées et enfant < 12 ans : pas d'isolement mais limiter les contacts en particulier avec les personnes à risque de formes graves. TAG ou PCR immédiat puis autotest à J2 et J4 après dernier contact.

Personnes contact non vaccinées : isolement pendant 7 jours et TAG ou PCR à J7.

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 10/02/2022

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 ; céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue ; anosmie sans rhinite associée - agueusie (moins fréquent avec omicron).

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

Enfants : signes cités en population générale ; AEG ; diarrhée ; fièvre isolée chez < 3 mois. Δ PIMS en post covid (4-6 sem)

En contexte d'urgence : troubles du rythme récents, myocardites 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

Forme clinique Omicron : symptômes ORL et digestifs plus fréquents, si aggravation : J4-J5

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 : ATCD cardiovasculaire : HTA compliquée, AVC, coronaropathie, chir cardiaque - Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV - Diabète chronique non équilibré ou avec complications -

Pathologie respiratoire chronique susceptible de décompenser - Insuffisance rénale chronique dialysée - Cancer sous traitement (hors hormonothérapie) - Immunodépression :

Médicamenteuse, Infection à VIH non contrôlée ou avec CD4 < 200/mm3, Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques, Hémopathie maligne en cours de traitement -

Cirrhose ≥ stade B - Obésité IMC > 30 - Grossesse à partir du 3ème trimestre

=> présence de signes respiratoires

PRENDRE EN CHARGE UN CAS CONFIRME

Test positif. Absence de signes de gravité (le plus fréquent : 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).

Traitement antiviral : Paxlovid® (nirmatrelvir + ritonavir PO) patient à risque de forme grave < 5 jours DDS, vigilance interactions médicamenteuses : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/reco458_fiche_rr_paxlovid_mel.pdf

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 bénéfique/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 (modification des molécules pour le variant Omicron) => Validation des indications et de l'organisation (hôpital de jour, hospitalisation, HAD à venir) par le médecin hospitalier référent, du patient ou COVID/centre 15

Curatif : Sotrovimab 500 mg IV à l'hôpital, dans les 5 j du début des symptômes, chez les patients > 12 ans (poids > 40kg), non-oxygénorequérant à risque de forme grave : patients > 80 ans ;

ou déficit de l'immunité : Chimiothérapie en cours, transplantation d'organe solide, allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, lupus systémique ou vasculaire avec traitement immunosuppresseur, traitement par corticoïde > 10 mg/jour d'équivalent prednisone pendant plus de 2 semaines, traitement immunosuppresseur incluant rituximab ; **ou patients à risque de complications** : Obèse (IMC > 30 kg/m²), BPCO et insuffisance respiratoire chronique, Hypertension artérielle compliquée, Insuffisance cardiaque, Diabète

(de type 1 et de type 2), Insuffisance rénale chronique, Autres pathologies chroniques

Prophylactiques en pré-exposition : Autorisation d'accès précoce pré-AMM bithérapie tixagévimab/cilgavimab Evusheld® Patients éligibles (âge ≥ 18 ans), faiblement ou non-répondeur ou non-éligible à la vaccination, et à haut risque de forme grave 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, J4-J6 avec variant omicron, 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.