

DIAGNOSTIQUER

Test virologique SARS-CoV2 :

- ⇒ **Test antigénique NP** si symptômes de moins de 4 jours, ou **RT-PCR par prélèvement nasopharyngé (NP)**.
- ⇒ Si prélèvement NP impossible, possibilité test RT-PCR sur prélèvement oropharyngé profond, ou RT-PCR sur prélèvement salivaire.

Le test RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé reste le test de référence pour la détection du virus SARS-CoV-2.

Nouveaux variants : criblage réalisé par le laboratoire de virologie.

Sérologie : uniquement si date de début des symptômes ≥ 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-CoV2 => 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 vulnérables.

Guérison et levée de l'isolement

La **levée de l'isolement** du patient diagnostiqué COVID se fait après 48h sans fièvre (sans apyrétique) 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 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 **J10 inclus** après début des symptômes, ou de la RT-PCR SARS-CoV2+ prolongé de mesures barrières strictes jusqu'à **J17**.

Pas de test pour confirmer la levée d'isolement.

Personne-contact : 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 maladies infectieuses :

.....

15 ou service d'urgences :

.....

CPAM :

.....

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

.....

Recherche clinique (nom du protocole en cours + n° attaché de recherche clinique)

.....

.....

Autres numéros utiles :

.....

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

Données actualisées au 07/04/2021

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 ou hyposmie sans rhinite associée ; agueusie ou dysgueusie.
- **Personnes âgées de 80 ans ou plus** : altération de l'état général ; chutes répétées ; 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 l'enfant de moins de 3 mois.
- **En contexte d'urgence** : troubles du rythme récents, atteintes myocardiques aiguës, événements thrombo-emboliques graves.

Signes de gravité = discuter hospitalisation / appel 15 :

T[°]>40°C, tachypnée (FR > 22), désaturation SpO₂ < 95% ou < 90% si comorbidités respiratoires (BPCO...), TA 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, somnolence ; déshydratation, oligurie, altération brutale de l'état général.

Patients sous O₂ à domicile : indication à hospitaliser, voire appeler le 15 si oxygène-requérance > 3 L/mn ou apparition d'une complication quelle qu'elle soit.

Patients à risque de forme grave : surveillance rapprochée => âge > 65 ans, hypertension artérielle compliquée, ATCD d'AVC ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, comorbidités respiratoires à risque de décompensation, insuffisance rénale chronique dialysée, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV, néoplasie évolutive sous traitement, cirrhose hépatique ≥ stade B, diabète, obésité (IMC > 30 kg/m²), immunodépression (médicamenteuse, greffe d'organe solide, hémopathie maligne sous traitement, VIH non contrôlé ou CD4 < 200/mm³), syndrome drépanocytaire majeur, asplénie, grossesse au troisième trimestre.

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 insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/mn) → HNF 5000 UI x 2 à 3/j SC => 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.

Anticorps monoclonal actif sur SARS-CoV-2 en combinaison (souche européenne et variant UK) : en ATU de cohorte et après discussion médicale au cas par cas entre référent patient et référent établissement, chez patient covid < 5j (symptômes ou PCR) et >80 ans, ou à risque de complication grave quel que soit l'âge.

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 > J7 début symptômes fonctionnels (DSF). 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 peut être un bon outil d'aide au suivi distanciel, il 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.