**PROTOCOLE THERAPEUTIQUE COVID-19**





**Cas modérés ou graves avec ou sans facteur de risque**

1. Repos au lit avec mobilisation encouragée
2. Hydratation : - Si déshydratation donner des bolus de 500 à 1000ml jusqu’à une diurèse >5ml/kg/H

Maintien : 2 à 3 litres de soluté (NS ou R/L) sur 24 heures selon les besoins du patient

1. Diète mixte
2. Instructions
3. Monitoring des signes vitaux Q 4 heures (TA, FC, FR, SaO2, T°)
4. Surveiller signes de détresse respiratoire, état neurologique, Contrôle strict ingestats et excrétats
5. Oxygénothérapie si Spo2 <95% et FR > 25 et/ou signes de détresse respiratoire : Canule nasale 1 à 5 l/mn, Masque facial simple 6 à 10 l/mn et Masque facial avec réservoir 10 à 15 l/mn.

Spo2 ˂ 90 % malgré 15 L O2 sous masque à réservoir → transfert au niveau 2 pour assistance respiratoire.

Nébulisation déconseillée, sauf indication formelle / protection des aérosols.

1. Changement de position (Décubitus ventral) q 4 heures pendant 15 min au début et augmenter progressivement.
2. Transfusion si anémie sévère ou suspicion de syndrome thoracique aigu (patient drépanocytaire)
3. Médication
4. Paracétamol 500mg 3f/jr si T° ≥ 38°C, la dose peut être doublée selon la réponse, ne pas dépasser 4 grammes par 24 heures.
5. Antibiotiques\* si : Surinfection bactérienne prouvée ou fortement suspectée, fièvre persistante malgré paracétamol

Azithromycine 500mg/j1, puis 250 mg j2 à j5 ou doxycycline 100mg 2f/jr si QTc >500ms **et**

Ceftriaxone 1g IV q12h pendant 7 jours ou amoxiclav 1g PO q12h pendant 7 jours

1. Vitamine D 1000 UI Q jour pendant 10 jours
2. Zinc élémentaire 80 mg /jour (4 co de 20 mg) correspond à 220 mg de sulfate de zinc monohydraté
3. Vitamine C 1000 mg q AM pendant l’hospitalisation
4. Antihypertenseur si Hypertension artérielle :

Si ˂ 60 ans : TA cible ˂ 140/90 Si > 60 ans : TA cible ˂ 150/90

Si AVC aigu, commencer les antihypertenseurs lorsque la TA > 220/120 mm Hg pour maintenir la TA autour de 180-220 et 100-120 mm Hg

1. Insulinothérapie si diabétique : Insuline 70/30 → 0.5 à 0.6 UI/ kg : 2/3 AM et 1/3 Soir en S/C

Et échelle d’ajustement à l’insuline R en S/C Q 4 heures

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Glycémie **mg/dl** | 151-200 | 201-250 | 251 - 300 | 301 - 350 | 351 – 400 | >400 |
| Insuline R **UI** | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 | 12 |

NB : Voir protocole FHADIMAC Si acidocétose ou syndrome hyperosmolaire

1. Inhalation de salbutamol ou de bromure d’ipratropium Q 20 mn (4 à 8 bouffées) si asthme ou BPCO. Protection contre les aerosols renforcée
2. Corticothérapie si :

* BPCO ou asthme : Prednisone 40 à 60 mg /jour ou dose équivalente pendant 3 à 5 jours
* Corticothérapie pour COVID recommandée seulement chez les patients ayant 7-14 jours depuis le début des symptômes dans le contexte de l’aggravation de la fonction respiratoire et suggestion de tempête inflammatoire (cytokinique).
* Détresse respiratoire sous oxygène et absence d’amélioration clinique et de la saturation malgré oxygénothérapie adéquate et prise en charge des comorbidités: dexaméthasone 6mg/j (IV, IM ou PO) ou dose équivalente pendant 10 jours

1. Vasopresseur si choc septique (Norépinephrine 0.01 – 3.3 mcg/kg/min IV)
2. Diazépam 5mg IV ou IM si convulsions
3. Halopéridol 5mg PO/IM si agitation
4. Héparino-propylaxie (Pendant l’hospitalisation) : Enoxaparine 40 mg s/c q24h ou héparine sodique 5000ui s/c q12h si insuffisance rénale avec MDRD<30ml/mn/1.73m2

Si suspicion d’embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde transférer dans un centre de niveau 2 : en attente du transfert faire Enoxaparine 1mg/kg s/c q 12h ou héparine sodique 8000 - 10000 UI IV en bolus puis 50-70 UI/kg IV q6h.

1. Aspirine à faible dose (81mg ou 100mg /j) si anticoagulants non disponibles
2. Paraclinique recommandée : Hémogramme complet, créatinine, glycémie, Xray-thorax :à l’admission ou si désaturation

Autres tests si disponibles au cas par cas : ECG, bandelette urinaire, Ionogramme, Gaz sanguin, D-dimères, Bilan de coagulation, Troponine (si suspicion d'infarctus du myocarde), crachats en série ou GenXpert (si suspicion de TB), Hémoculture, culture de sécrétions, bilan hépatique.

**REMARQUES**

L'antibiothérapie systématique est déconseillée car favorisant l'émergence de résistances. Les antibiotiques ne sont pas efficaces pour prévenir ou traiter la COVID-19. L’antibiothérapie est réservée aux patients qui ont une co-infection bactérienne pulmonaire prouvée ou fortement suspectée. Cette co-infection bactérienne est rare chez les patients atteints de COVID-19 nouvellement admis à l'hôpital. En cas de co-infection, et en absence d'isolement bactériologique il est recommandé d’initier une antibiothérapie probabiliste (recommandée plus haut) pour couvrir les germes communément responsables tels que le Strept Pneumoniae, Haemophilus Influenzae, Staph aureus et des germes atypiques tels Mycoplasma pneumoniae, legionella pneumophila, Coxiela burnetii, Chlamydophila pneumoniae.

En cas de suspicion de SARM (staphylococcus aureus multi-résistant) on peut utiliser la vancomycine ou la clindamycine. L’utilisation de ceftazidime, levofloxacine ou ciprofloxacine est justifiée en cas de Pseudomonas aeruginosa.