

## Propositions de prise en charge thérapeutique des patients âgés Covid+

### (hors unités de réanimation)

Version 28 mars 2020

#### GENERALITES

La population des patients âgés de plus de 75 ans Covid-19+ est caractérisée par :

- une multimorbidité
- des comorbidités cardiovasculaires (HTA, diabète, fibrillation atriale, cardiopathie ischémique, AVC) ou respiratoires (BPCO)
- des formes atypiques (dont nausées, vomissements, diarrhée, chute, confusion)

Ces patients âgés sont caractérisés par un risque particulièrement important de:

- décès
- détresse respiratoire/SDRA
- complications cardiovasculaires, arythmie, myocardite, complications thrombotiques veineuses et artérielles
- déshydratation et dénutrition
- perte d'autonomie.

Le délai par rapport au début des symptômes doit être relevé et les patients âgés relevant d'une hospitalisation doivent sans doute rester en secteur de médecine aiguë jusqu'à J7-J10 (aggravation de la symptomatologie fréquemment observée à J7-J8), voire jusqu'à 48 heures sans aggravation après cette date. (*Cf fiche APHP : levée de confinement pour patients âgés covid19*)

Malgré leur gravité, la plupart des patients âgés Covid+ seront pris en charge en dehors des secteurs de réanimation, en raison d'une part d'un pronostic très défavorable de cette population face au SDRA Covid+, et d'autre part de la saturation des lits de réanimation imposant une sélection très contrainte des patients éligibles en faveur de ceux qui en bénéficieront le plus.

Quatre points doivent cependant être soulignés :

- il ne faut pas se limiter dans l'appel au réanimateur pour proposer le patient en l'absence de comorbidités majeures, voire pour discuter de la prise en charge
- il faut différencier la réanimation pour SDRA, dont le pronostic dans cette population est sombre, et le recours à une USIC pour par exemple une coronarographie dans le cadre d'un SCA qui représente un facteur améliorable
- il faut recueillir et notifier dans chaque dossier les volontés du patient exprimées directement ou à travers des directives anticipées ou grâce au témoignage de la personne de confiance ou des proches
- Il faut notifier et justifier dans chaque dossier la décision de non transfert en réanimation ou de non réanimation, décision prise par discussion collégiale (refus du patient, pas de critère de gravité, obstination déraisonnable)

Par ailleurs, face à l'afflux important de patients se rendant aux urgences et devant la saturation rapide des possibilités d'accueil dans les services de réanimation, il est à prévoir des difficultés d'accueil en hospitalisation pour les patients en provenance d'EHPAD. Il faut rappeler le manque de moyens en EHPAD pour gérer ces patients, et retenir que tous les patients en EHPAD ne sont pas multimorbides. Il est nécessaire de travailler dès à présent sur les modalités de prise en charge dans ces structures.

#### BILAN INITIAL

Un bilan initial peut être proposé et adapté à chaque patient :

- NFS
- CRP
- TP, TCA, Fibrinogène
- ferritine, albumine
- ionogramme sanguin, urée, créatinine, magnésium, protides sériques
- transaminases, gamma-GT, phosphatases alcalines, bilirubine
- CPK, LDH
- ECG avec mesure du QT

Selon l'évaluation clinique, seront potentiellement ajoutés :

- gaz du sang selon contexte : BPCO, discordance SatO2-clinique, signes d'hypercapnie (confusion, HTA, astérisis...)
- hémoculture et ECBU si fièvre
- radiographie pulmonaire ou TDM thoracique sans injection
- angioTDM thoracique si suspicion EP
- autres PCR multiplex respiratoires, antigénurie (notamment si suspicion clinique Covid+ mais PCR SARS-Cov-2 négative)
- procalcitonine
- troponine selon ECG
- BNP/NT proBNP

**A visée pré-thérapeutique**, penser aussi systématiquement à :

- analyser l'ordonnance des traitements habituels ; lister entre autres les traitements allongeant le QT
- recueillir les directives anticipées du patient si elles existent
- vérifier la désignation par le patient de sa personne de confiance
- évaluer la clairance de créatinine
- mesurer le QT sur l'ECG

## MESURES THERAPEUTIQUES

---

### • Mesures générales

- **mobilisation du patient** : tant que le patient peut se lever et être mobilisé, recommander la marche quotidienne dans la chambre, en prévenant l'hypotension orthostatique
- **contention veineuse** : recommander le port d'une contention en prophylaxie de maladie veineuse thrombo-embolique ; cette contention ne doit pas être un obstacle à la surveillance des points d'appui et de l'apparition de marbrures.
- **dépistage des troubles de déglutition** par l'interrogatoire et la réalisation d'un test à l'eau pour prévenir les risques de fausses routes qui peuvent représenter une complication gravissime dans le contexte de dyspnée, et adapter les prises médicamenteuses, l'hydratation per os et l'alimentation.
- **soutien psychologique** : prévenir l'anxiété et la dépression et mettre en place un soutien psychologique par les soignants du fait de l'isolement, et de la gravité potentielle annoncée de l'infection.
- **maintien d'un contact avec le monde extérieur** en aidant à la mise en place d'une ligne téléphonique (portable avec le chargeur ou fixe de l'hôpital).
- **information à la famille** en l'absence de visite autorisée : dès l'admission en présentant l'engagement du pronostic vital et le risque de dégradation très brutale ; puis si possible quotidiennement sur l'évolution de l'état de santé du patient ; le numéro du référent familial ou de la personne de confiance doit être recueilli et facilement accessible.

### • Eléments spécifiques de prise en charge thérapeutique

- **oxygénothérapie** si dyspnée et/ou  $\text{satO}_2 < 92\%$  avec pour objectif  $95\%$  sauf pour les insuffisants respiratoires chroniques. Si  $\text{O}_2 > 9\text{l/min}$  mettre masque à haute concentration. En situation de fin de vie, peu d'indication à maintenir  $\text{O}_2 > 4\text{l/min}$  grâce aux traitements symptomatiques associés.
- **pas d'aérosols** sauf pour patients asthmatiques vrais requérants ; le port de masque FFP2 pour les soignants présents dans la pièce est alors indiqué.
- dans ce **contexte thrombogène**, éviter les sevrages en traitement anti-thrombotique habituel, et mettre en place une prophylaxie systématique par HBPM préventive (type enoxaparine 4000 UI SC) en l'absence de traitement anticoagulant curatif habituel.
- **traitements cardiovasculaires habituels** :
  - o évaluer au mieux le rapport risque bénéfique du maintien ou de l'adaptation de posologie ou du sevrage.
  - o dès l'admission ou lorsque les valeurs de pression artérielle diminuent, discuter la suspension des traitements antihypertenseurs et particulièrement les IEC et les sartans.
- en cas de fièvre, polypnée ou somnolence, en raison du **risque de déshydratation** :
  - o suspendre diurétiques / IEC / sartans
  - o si l'état cognitif du patient le permet, mettre en place une hydratation intraveineuse continue (type B26 1500 cc/24 h à adapter) voire une hydratation sous cutanée nocturne (type G5 avec 4 g de NaCl 1000 cc la nuit) en cas d'opposition.
  - o les apports en potassium (contre indiqué par voie SC) doivent tenir compte de la fonction rénale.
- **si douleur ou fièvre mal tolérée** : utilisation du paracétamol à la dose de 3 g/24h. Contre-indication absolue à la prescription d'AINS.
- **surveillance du transit** et utilisation si besoin de laxatifs type Movicol 2-0-0 ou suppositoire Eductyl 1 x/j si prise orale compliquée ou inefficace.
- la polypnée est un mécanisme d'adaptation à la dyspnée, et doit être respectée. Le **recours à des morphiniques** doit s'envisager :
  - o transitoirement dans le cadre d'un traitement symptomatique à petites doses (morphine IV 0,2 à 0,4 mg/h)
  - o dans le cadre d'une prise en charge palliative en plus des autres thérapeutiques nécessaires
  - o et doit alors s'accompagner de la prescription de 2 types de laxatifs (par exemple Movicol et Eductyl).
- le **déséquilibre d'un diabète** peut justifier la prescription anticipée d'un protocole de surveillance HGT et d'insulinothérapie. La suspension de la metformine doit être discutée, et la poursuite de l'ensemble des antidiabétiques oraux doit être évaluée au cas par cas, considérant le risque important d'insuffisance rénale aiguë, de déshydratation voire d'instabilité hémodynamique.
- en **période d'instabilité hémodynamique**, avec fluctuations hémodynamiques et marbrures, il convient de rechercher une autre étiologie que le covid19. L'utilisation de solutés de remplissage peut être recommandée selon l'état cardiovasculaire du patient (NaCl 9/1000 - 250 à 500 ml ponctuellement à adapter). Le test de lever de jambes peut être utilisé simplement en chambre pour évaluer si le patient est réellement hypovolémique.
- la surveillance par ECG doit être régulière
- la prévention et la prise en charge de la confusion font l'objet de l'encadré suivant

### Prévention de la confusion

- 1- chez tous les patients, éviter les sevrages en hypnotiques et benzodiazépines donc les traquer +++ à l'interrogatoire ; le renouvellement est indispensable en cas de prise quotidienne en particulier depuis longtemps, reconduire à l'identique.
- 2- de manière générale, éviter les médicaments classiquement donnés alors qu'ils sont anticholinergiques de type hydroxyzine (et associés à allongement du QT\*).
- 3- sur terrain anxieux, avec manifestations d'anxiété à l'admission, l'utilisation des benzodiazépines doit être ponctuelle en privilégiant les demi-vies courtes: oxazépam 10 mg commencer par ½ cp soit 5 mg ponctuellement.
- 4- sur les troubles du sommeil liés, commencer par mélatonine 3 mg le soir au coucher à doubler sous 7 jours. Possible recours à la miansérine 10 mg le soir.

### Traitement de la confusion

- 1- vérifier qu'il n'y a pas de sevrage de traitement à risque.
- 2- le plus souvent, respecter la confusion et traquer les facteurs déclenchants (douleur, dyspnée, déshydratation, globe et fécalome...) sans rien ajouter tant qu'il n'y a pas de mise en danger du patient ou d'autrui.
- 3- si au sein de la confusion, anxiété prédominante, privilégier soit les benzodiazépines oxazépam 5 mg matin et soir voire 3 fois par jour et en l'absence de voie orale, midazolam 0.2 mg en SC toutes les 4 heures.
- 4- si au sein de la confusion, tristesse et items dépressifs prédominent, le recours aux IRS classiquement indiqués doit prendre en compte le risque significatif d'allongement du QT\* (particulièrement pour citalopram escitalopram), et le rapport risque-bénéfice de leur introduction doit être évalué.
- 5- si au sein de la confusion, éléments délirants (hallucinations, interprétation), le recours aux neuroleptiques classiquement indiqués doit prendre en compte le risque significatif d'allongement du QT\*, et le rapport risque-bénéfice de leur introduction doit être évalué. Demande d'avis pour utiliser risperidone 0.5 mg po (à privilégier) ou olanzapine 2.5 mg IM.

### • Focus sur antibiothérapie

Le recours à une antibiothérapie doit prendre en compte :

- les allergies
- les antibiothérapies récentes ou semi-récentes (patient parfois hospitalisé au moment de la découverte de l'infection Covid19)
- l'existence d'un foyer clinique et radiologique
- la chronologie de l'infection : il peut être proposé d'attendre pour l'introduction chez un patient contact positif asymptomatique, tandis que l'antibiothérapie pourrait être débutée lors de l'apparition de la fièvre et/ou de signes fonctionnels ou cliniques pulmonaires
- exemple mais protocole propre à chaque centre
  - amoxicilline – acide clavulanique 1 g x 3/j ou ceftriaxone 1 g/j IV + azithromycine 500mg J1 puis 250 mg/j
  - durée 3 à 5 jours
  - le choix de l'azithromycine doit être fait en tenant compte du risque associé d'allongement du QT\*.

### AVIS SUR LES TRAITEMENTS SPECIFIQUES

**Il est indispensable de tenir compte des recommandations actualisées du HCSP.**

Quelques éléments nous paraissent importants à noter pour la population gériatrique :

- les données sont inexistantes
- la conduite d'essais thérapeutiques est tout aussi impérative pour les patients âgés, en privilégiant l'utilisation des traitements spécifiques dans le cadre d'une inclusion dans un protocole..

#### **Cas particulier de la chloroquine :**

- aucune preuve actuelle de son intérêt clinique
- les nombreuses données pré-existantes de bonne tolérance concernent peu les patients âgés de plus de 75 ans, à fortiori avec cardiopathie sous-jacente et polymédication
- les patients âgés covid+ présentent une fréquence très élevée d'affections cardiovasculaires et de polymédication source d'interactions médicamenteuses et de cumul du risque d'allongement du QT\*
- les patients âgés covid+ présentent de nombreuses complications cardiovasculaires et des troubles ioniques fréquents de type hypokaliémie
- les conditions d'isolement des patients rendent difficiles la surveillance indispensable par ECG pour la mesure du QT
- il faut commencer par considérer les contre-indications à la chloroquine :
  - o CI formelles : association à citalopram, escitalopram, hydroxyzine, domperidone, piperazine ; rétinopathie
  - o CI relatives devant faire remettre en cause l'indication dans le contexte Covid-19 en l'absence de preuve scientifique d'efficacité : cardiopathie quelle qu'elle soit, trouble du rythme quel qu'il soit, hypokaliémie ou hypomagnésémie non corrigée, allongement spontanée du QT\*, bradycardie < 50/min, déficit en G6PD connu, médicaments allongeant le QT (antiarythmique, tricycliques, neuroleptiques), ciclosporine

\* allongement de QT = supérieur à 450 ms. <https://www.rfcrpv.fr/chloroquine-point-dinformation/>

---

**Coordonnateur et rédaction** : Jacques Boddaert

**Contributeurs** : Tristan Cudennec, Hélène Vallet, Julien Leguen, Charlotte Tom  o, Caroline Thomas, Judith Cohen-Bittan, Rebecca Haddad

---