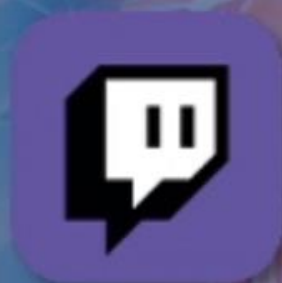


FORMES GRAVES DE COVID-19

QUELLE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES ?

LE 18 MAI 2021 A 18H EN ACCÈS LIBRE SUR
[WWW.TWITCH.TV/URGENCEBORDEAUX](https://www.twitch.tv/urgencebordeaux)



PLUS
D'INFOS
SUR

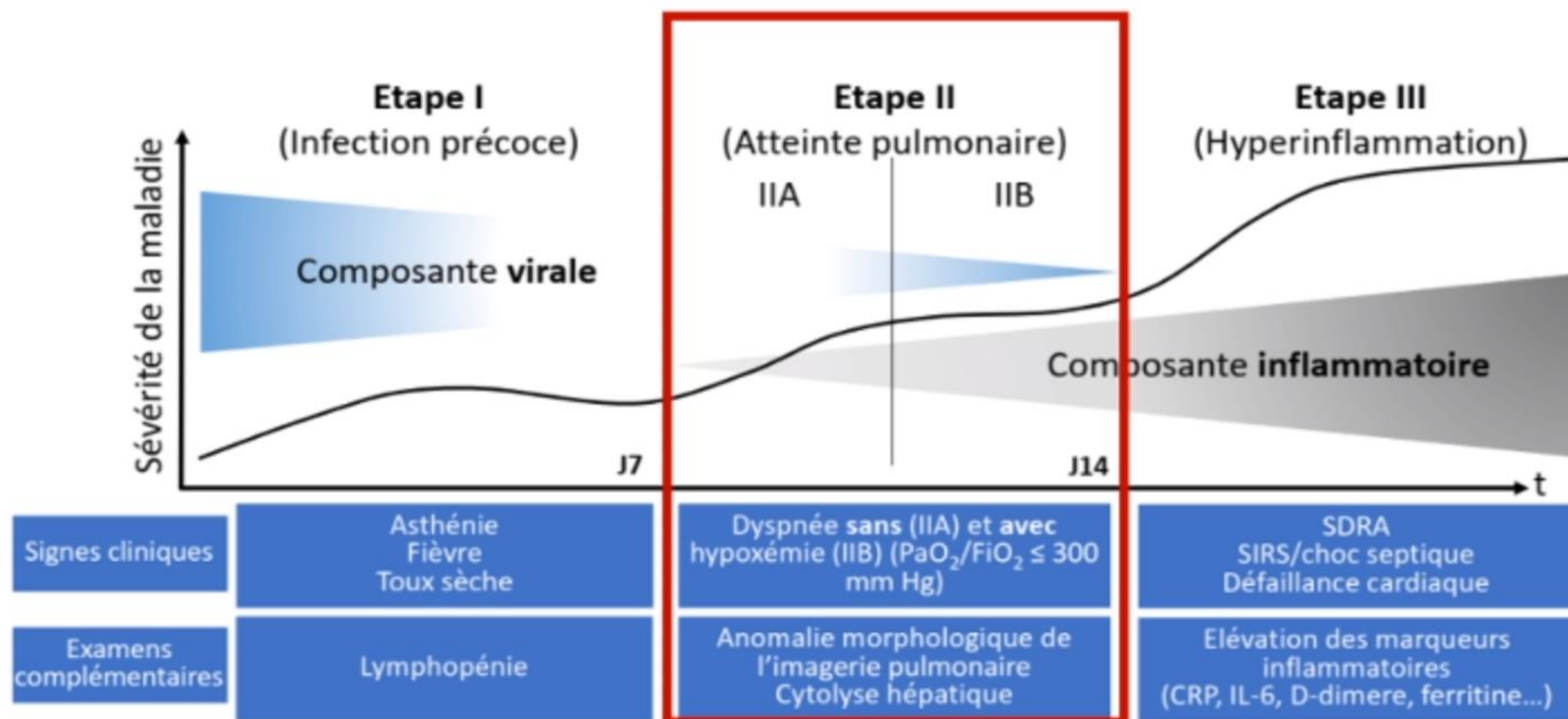
-  [FB.COM/SAJUOFFICIEL](https://fb.com/sajuofficiel)
-  [@SAJUAQUITAINE](https://twitter.com/sajuaquitaine)
-  [WWW.SAJU-AQUIT AINE.ORG](https://www.saju-aquitaine.org)

ORGANISE PAR :

C@MU



Présentation clinique



Qui hospitaliser?

Infection aiguë à SARS-CoV-2 **et** au moins un des critères suivants:

Hypoxie nécessitant une oxygénothérapie: saturation $\leq 94\%$ en air ambiant

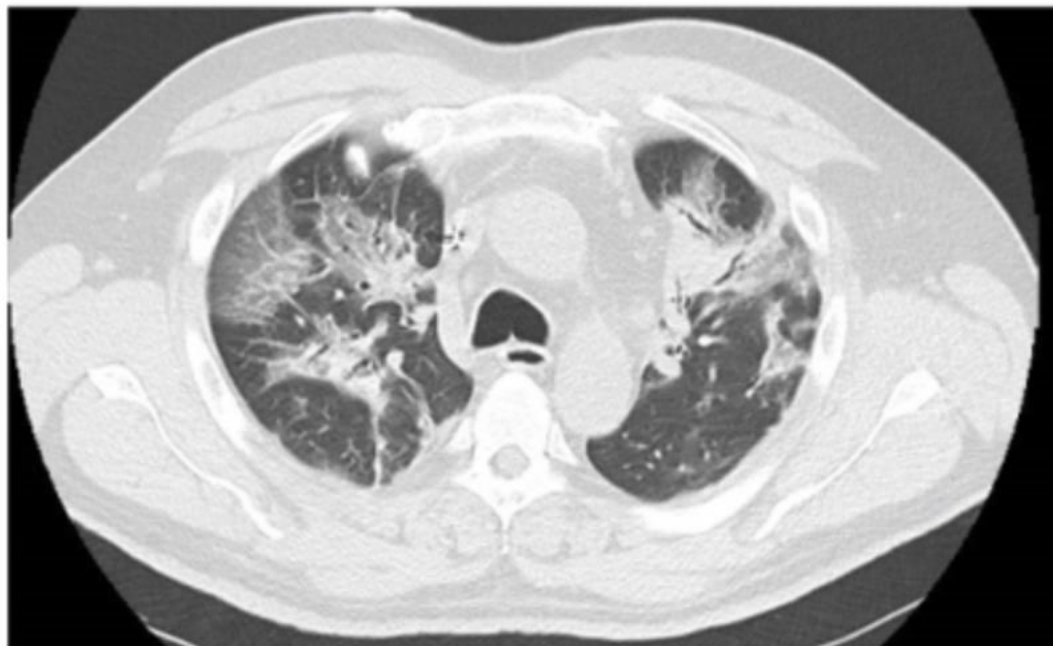
Décompensation d'une **pathologie chronique** sous-jacente

Situations sociales particulières : isolement, inobservance, précarité

Facteurs de risque de gravité

- Âge > 65 ans
- Pathologies cardio-vasculaires : HTA, antécédents AVC, SCA
- Pathologies respiratoires chroniques
- Insuffisance rénale chronique
- Cirrhose
- Obésité
- Cancer évolutif
- Immunodépression congénitale ou acquise
- Affections neuromusculaires
- Femme enceinte au troisième trimestre de grossesse

Place du TDM aux urgences



-permet de grader la sévérité
de l'atteinte respiratoire

-pas d'injection systématique
du TDM < J10

→ prévalence embolie
pulmonaire faible

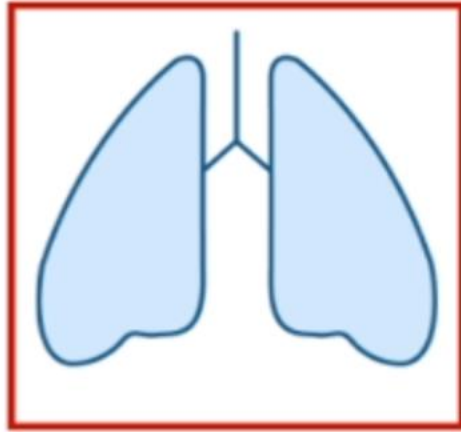
-injection préconisée si:

✓ discordance clinique et
atteinte

parenchymateuse

✓ D-Dimères > 3000 $\mu\text{g/L}$

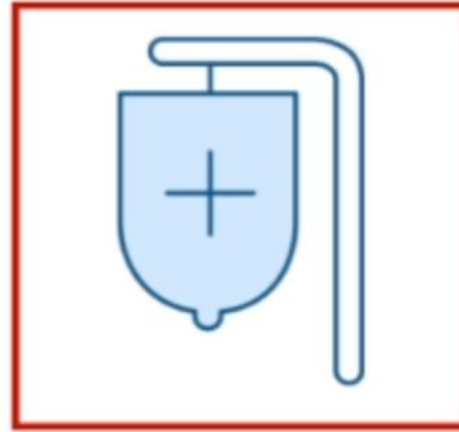
Quels traitements aux urgences ?



OXYGENOTHERAPIE



ANTICOAGULATION



CORTICOTHERAPIE



ANTIBIOTHERAPIE
(pas systématique)

Oxyénothérapie

Objectif : maintenir une saturation au repos $\geq 94\%$ au repos (et FR < 25/min)



Lunettes simples



MHC



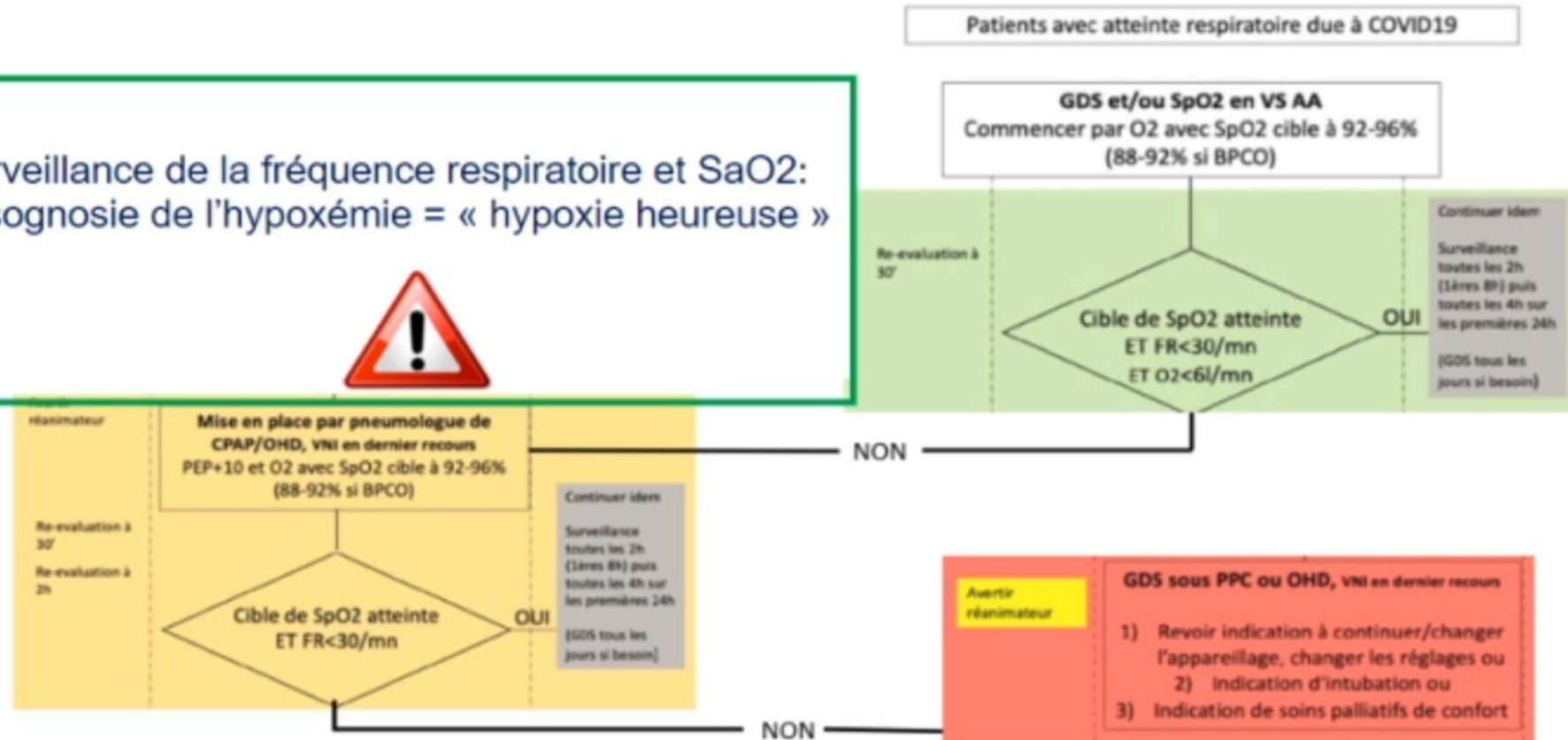
VNI



OHD

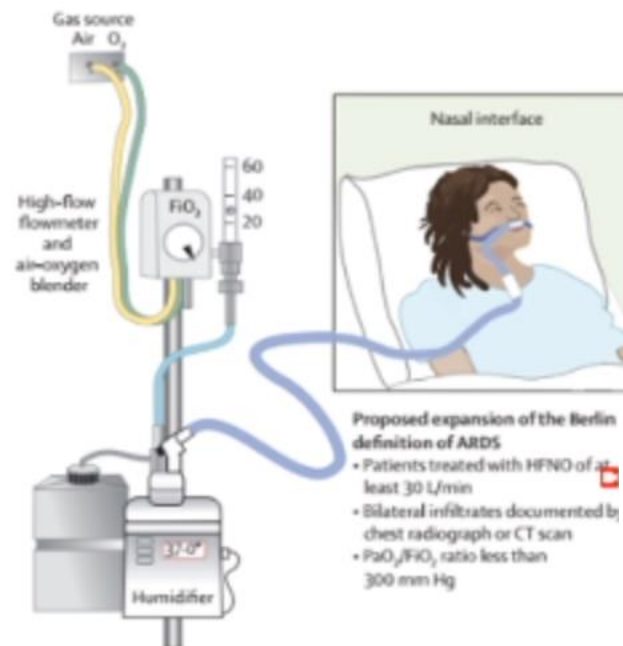
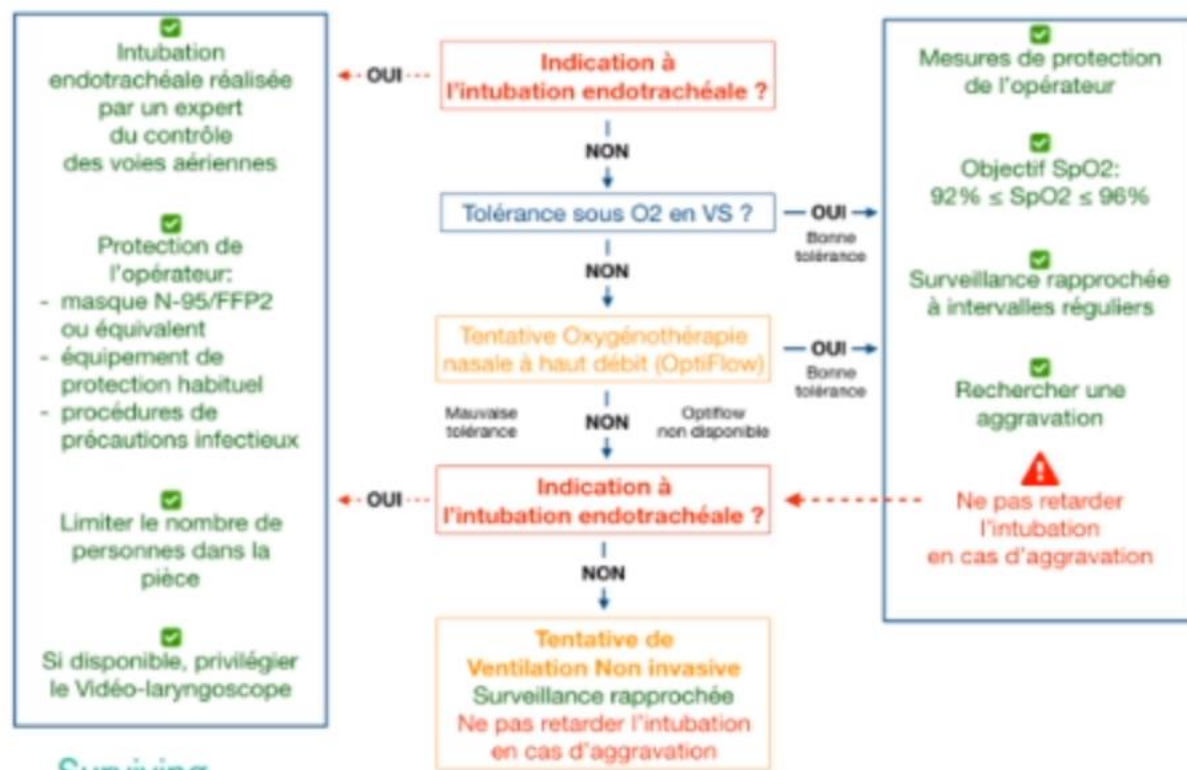
Objectifs de l'oxygénothérapie

Surveillance de la fréquence respiratoire et SaO₂:
anosognosie de l'hypoxémie = « hypoxie heureuse »



Oxygénothérapie à haut débit

COVID-19 en Hypoxémie



Anticoagulation

Prévention et traitement des complications thrombotiques en cas d'infection par le COVID-19 hospitalisé

	Pas d'oxygénothérapie	Oxygénothérapie	Oxygénothérapie nasale à haut débit ou ventilation artificielle	Monitoring de l'anticoagulant
IMC <30 kg/m ²	HBPM dose prophylactique standard ou fondaparinux <i>(par ex : enoxaparine 4000 UI/24h SC; enoxaparine 2000 UI/24h SC si Clcr entre 15 et 30 ml/min; tinzaparine 3500 UI/24h SC si Clcr >20 ml/min; fondaparinux 2,5 mg/24h si Clcr >50 ml/min)</i>			Surveillance de l'activité anti-Xa: - HBPM : éviter le surdosage <i>(> 1,2 UI/ml pour l'enoaxaparine)</i>
IMC ≥30 kg/m ² sans FDR*	enoxaparine 4000 UI/12h SC enoxaparine 6000 UI/12h SC si poids >120 kg HNF: 200 UI/kg/24h, si Clcr < 30 ml/min			- HNF : objectif 0,3-0,5 UI/ml
IMC ≥30kg/m ² avec FDR*				
Thromboses itératives de cathéter ou de filtre d'EER			HBPM à dose curative par ex. enoxaparine 100 UI/kg/12h SC (poids réel), sans dépasser 10 000 UI/12h. HNF 500 UI/kg/24h si Clcr <30 ml/min Réévaluer la dose en cas de défaillance multiviscérale ou de coagulopathie de consommation.	Surveillance de l'activité anti-Xa: - HBPM : éviter le surdosage <i>(> 1,2 UI/ml pour l'enoaxaparine)</i> - HNF : objectif 0,5-0,7 UI/ml
Syndrome inflammatoire marqué (par ex: fibrinogène >8 g/L)				
Hypercoagulabilité (par ex: D-dimères >3 µg/ml)				
ECMO				
Traitement anticoagulant au long cours				

Risque intermédiaire

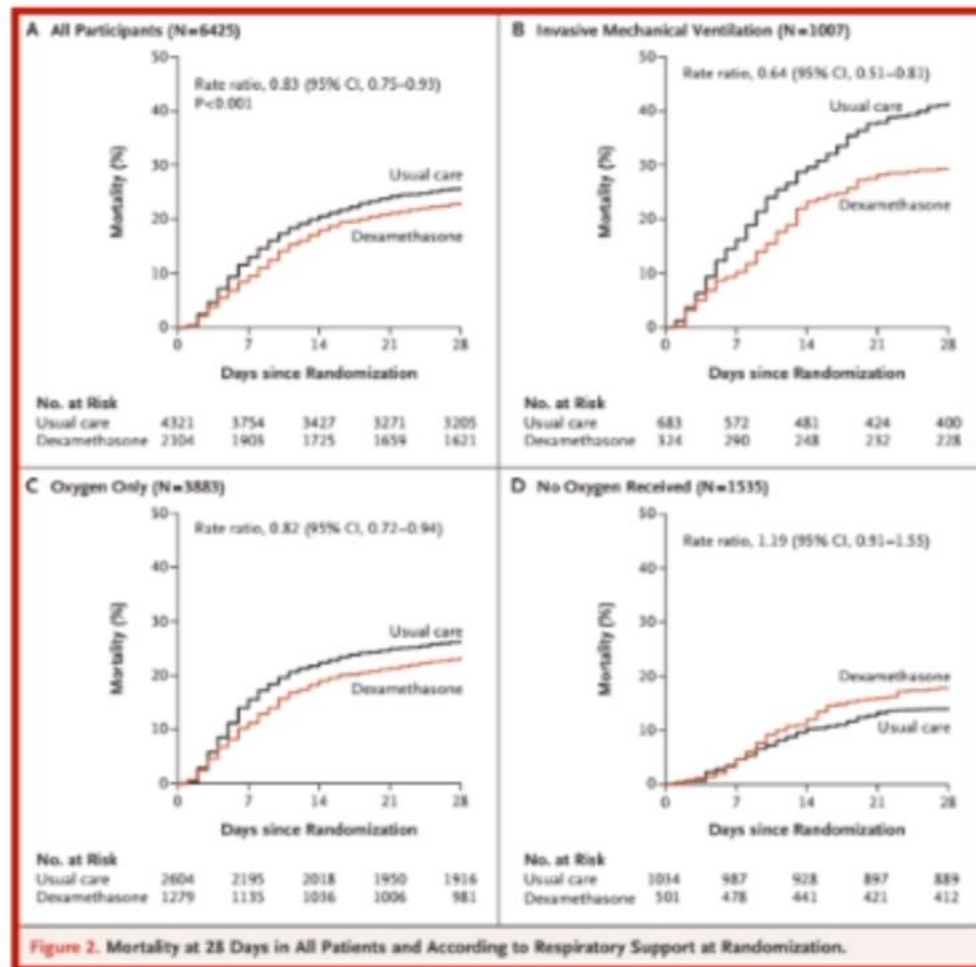
Risque élevé

Risque très élevé

NB: le risque faible n'est pas représenté

*Facteurs De Risque (FDR) thromboemboliques : cancer actif, antécédent personnel de thrombose...
Clcr : Clearance de la créatinine; HBPM : héparine de bas poids moléculaire; HNF : héparine non fractionnée

Corticothérapie



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

-2104 patients

-Evaluation: DXM 6mg/j

-Mortalité J28

Urgences

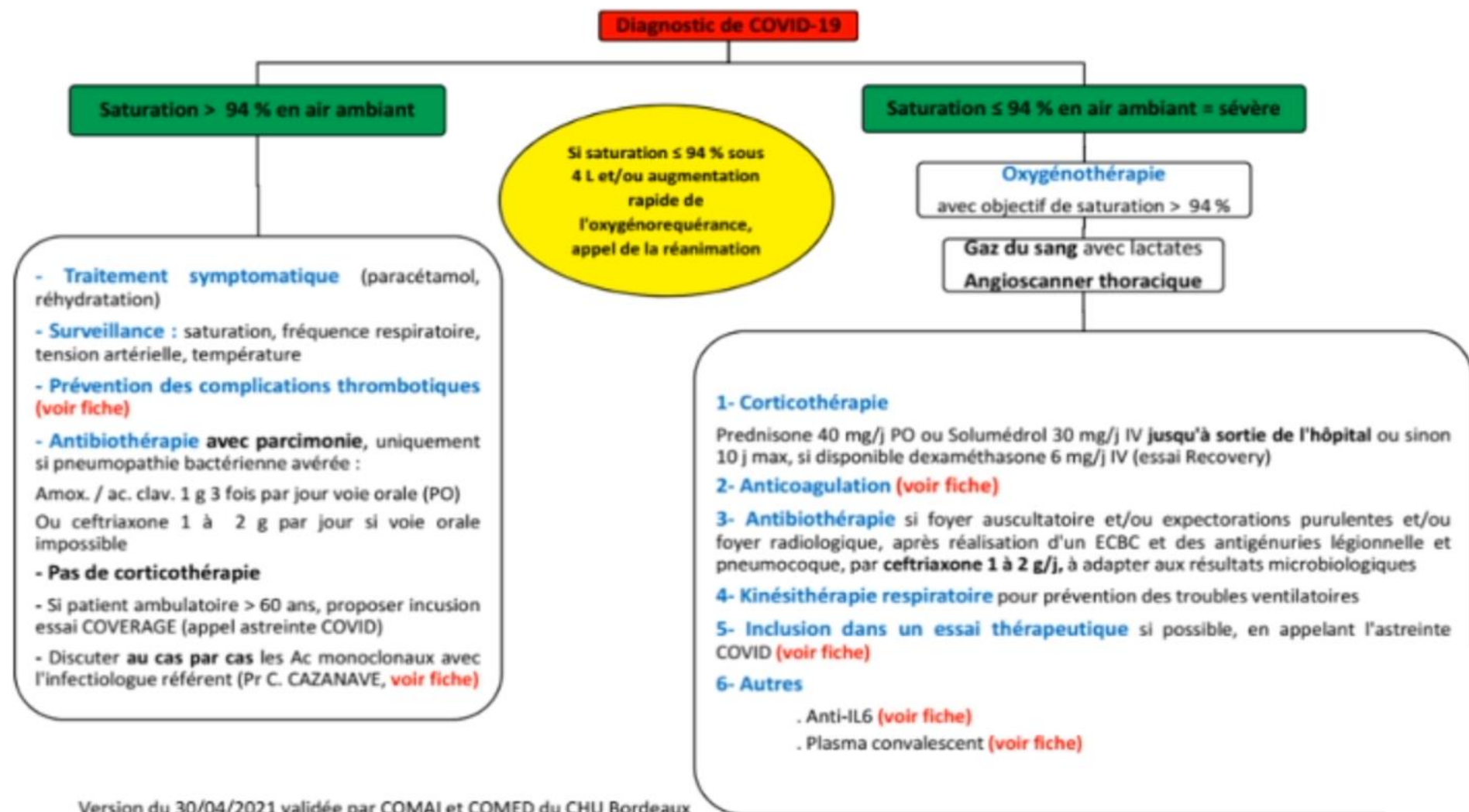
✓ Ventilation invasive : 29,3 %vs 41,1%

✓ Oxygénothérapie seule : 23,3% vs 26,2%

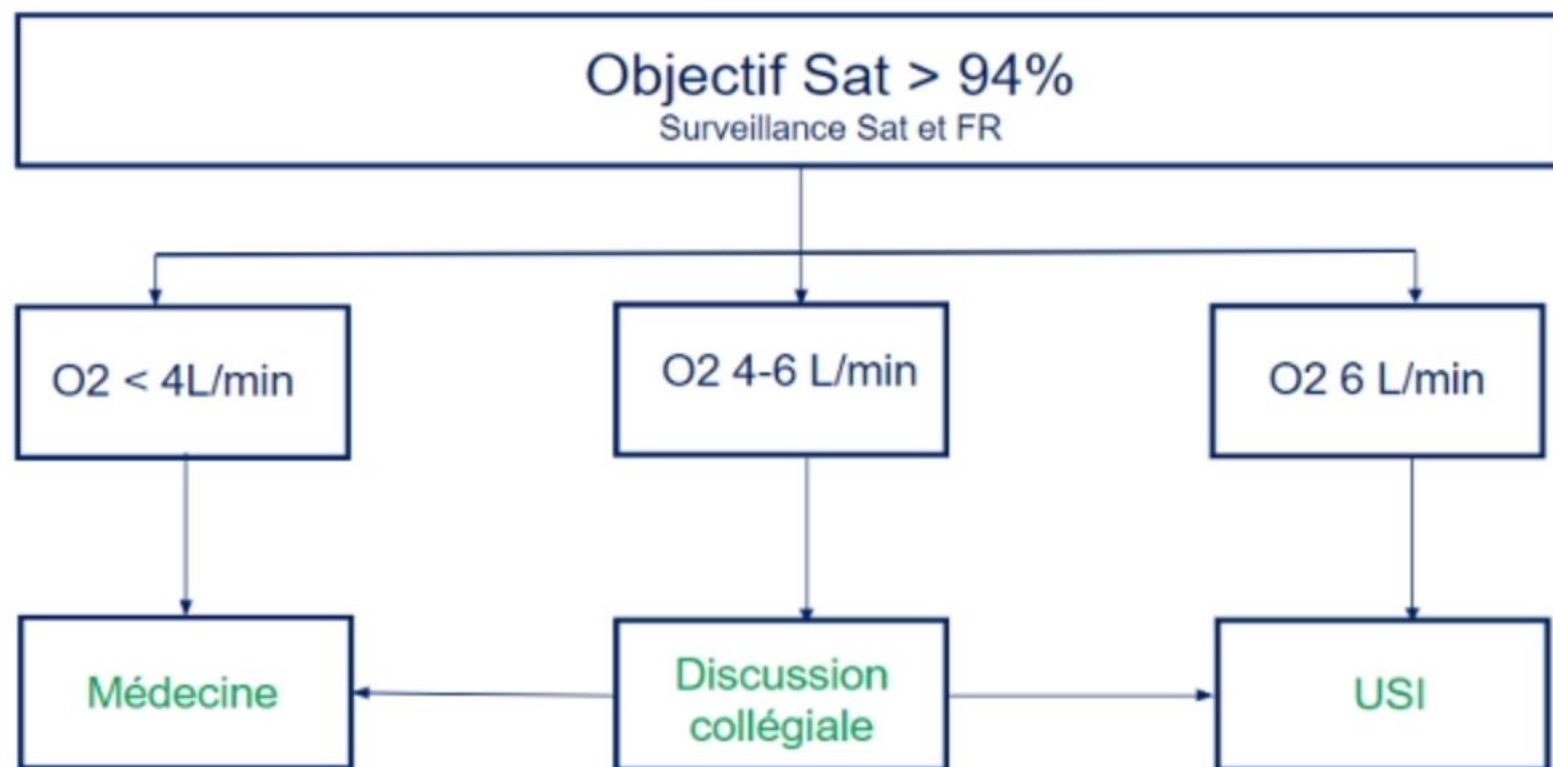


Formes graves de COVID-19 : quelle prise en charge aux urgences ?

Recommandations COMAI COVID-19 pour les patients vus au CHU



Où hospitaliser ?



Augmentation rapide des besoins en O2 = critères de gravité



En réanimation: le malade COVID intubé



Réfléchir avant toute intubation:

- Risque d'aérosolisation
- Recours fréquent DV après IOT
- Durée d'intubation longue
- Co-infections fréquentes: bactériennes, fongiques
- Dénutrition
- Mortalité importante >75 ans + comorbidités
→ réflexion éthique

Conclusion



Importance d'une collaboration entre les différentes filières :
URGENCES – MEDECINE- REANIMATION

