

19 mars 2020

Conférence téléphonique des Pr Eric SENNEVILLE et Dr Olivier ROBINEAU
Service Universitaire Régional de Maladies Infectieuses et du Voyageur
CH Tourcoing 03 20 69 48 48

ETAT DES LIEUX

Prise en charge globale similaire à une épidémie grippale.

Les centres Ambulatoires de Dépistage de Lille et Tourcoing vont fermer car à ce stade il n'y a plus d'intérêt ni de possibilité de réaliser un dépistage généralisé. Ce n'est pas parce qu'on est négatif le lundi, qu'on le sera toujours le jeudi. Pas assez de réactif en France. Pas assez de tests pour tester les soignants. Tests actuellement réservés pour les formes graves et pour trier les patients nécessitant une hospitalisation. Mais des tests seront possiblement disponibles en ville dans les 2 à 4 semaines.

Dans les Hauts de France, malheureusement évolution similaire à celle du grand-est.

Depuis 24h-48h augmentation brutale et importante du nombre des cas en cours.

Nouvelle pas très réjouissante.

LE VIRUS

- Virus fragile. N'importe quel désinfectant est efficace. Nécessité de désinfecter les surfaces.
- Immunité acquise à long terme ? Oui. La maladie est immunisante jusqu'à preuve du contraire.
- **Virus stable pour le moment.**
- Arrêt de contamination après la fin des signes clinique plus une semaine.
- **Transmissions par gouttelettes, par les selles. Pas de contamination urinaire ni sanguine.**

LES MASQUES

- Le masque chirurgical = protecteur si bien positionné. **Se laver les mains après l'avoir enlevé.**
- Intérêt FFP2 surtout en réa, si prélèvement oro-pharyngé, si intubation.
- Contexte de pénurie de masque attendue.
- Intérêt dans ce contexte de transmettre nos masques FFP2 aux réanimateurs.
- Utilisation des masques en tissu non recommandée pour le moment. Étude en cours au CHRU.

NOTRE ENTOURAGE

Respect majeur des mesures barrières au domicile. Se changer au domicile. Pas de port de masque au domicile peu utile et contexte de pénurie de masque attendue.

Si asymptomatique on peut dormir avec son conjoint.

Essayer de limiter les contacts directs avec les nourrissons. Les nourrissons et nouveau nés peuvent faire la maladie. On ne décrit pas chez eux de complications ni de formes graves, ils peuvent faire des pneumopathies mais qui évoluent rapidement favorablement.

FEMME ENCEINTE

A priori pas de risque spécifique. Risque liée à l'hyperthermie avec MAP.

LE ROLE DE LA MEDECINE DE VILLE

- **Objectif en ville = examiner les patients pour les trier et les orienter si besoin en hospitalisation.**
- **Limiter l'afflux aux urgences en évaluant les patients en amont pour éviter tout passage inutile.**

CLINIQUE

COVID = 80% rhume = 20% hospi avec tableau de Pneumopathie interstitielle bilatérale diffuse.

Il y a des patients qui vont aller très vite très mal, avec un rebond de gravité à J10 J12 (par un phénomène inflammatoire secondaire possible de mécanisme non connu).

Suivi usuel comme toute pneumopathie **avec réévaluation à 48h et à J10-J12.**

Si foyer auscultatoire, antibioTP par amox ou macro ou augmentin, avec réévaluation à 48h, si absence d'amélioration hospitalisation. Utilisation ATB au cas où il y aurait une part bactérienne associée.

TéléCs COVID = PEC 100% = TCG = TP integral

PRISE EN CHARGE A DOMICILE

Prévisible pour les sujets âgés si système hospitalier saturé.

Soins de confort en fin de vie, reco diffusée hier par la société française de soins palliatifs. HAD.

Le risque des patients en détresse respiratoire finale est le risque de contamination qui est d'autant plus important qu'il s'agit d'une forme grave.

Certificat de décès = obligation de mise en bière immédiate sans soins de corps.

PATIENTS SOUS CORTICOTHERAPIE / IMMUNOTP

Pas d'arrêt des corticoTP inhalée des patients asthmatiques au risque de les déséquilibrer.

Ne pas modifier les traitements immunodépresseur, bioTP, ni corticoTP au long cours, au risque de faire évoluer la pathologie initiale.

Éviter toute instauration de corticoTP inhalée mais ne pas arrêter les existantes.

Prohiber toute utilisation AINS ou CorticoTP orale de courte durée = facteur de risque d'aggravation si COVID.

PATIENTS SOUS TRAITEMENT PAR IEC

IEC = facteur de risque forme grave COVID.

Réflexion en cours sur l'arrêt des IEC avec switch pour un sartan ou autre traitement anti HTA. La question se posant d'autant plus chez les patients diabétiques qui cumulent les risques. **A envisager chez tous les patients ?**

PLACE DE L'IMAGERIE EN VILLE

En ville intérêt de réaliser TDM Tho ? Si la question se pose = indication d'évaluation en hospitalisation.

En ville intérêt radio de thorax ? Non indispensable en ville, et risque de transmissions aux autres personnes non atteint.

Donc pas d'imagerie en ville. Si on pense imagerie=hospi.

PLACE DE LA BIOLOGIE EN VILLE

Stigmates Bio en phase initiale COVID =

- Lymphopénie
- CRP Basse à 5 mg/l 10 mg/l 15 mg/l
- Petite cytolysé hépatique
- **Pas d'intérêt dosage PCT**

Si bio d'emblée 18 000 leuco et 150 CRP = ce n'est pas à priori un COVID débutant.

PERSPECTIVE EVOLUTIVE

Durée épidémie prévisible ?

- On espère qu'elle sera la plus longue possible afin de pouvoir soigner au mieux tous les patients.
- Pas de fin de crise attendue **avant au mieux mi-mai fin-mai**. Mais on est incapable de dire quand on arrivera en fin d'épidémie.
- Chiffre de mortalité très difficile à donner car on ne connaît pas le dénominateur mais à priori en France 1% ou moins, si 50 % de la population est primo-infectée... On s'attend à un grand nombre de mort.

PERSPECTIVE THERAPEUTIQUE

- Pas à ce stade, donc pas d'intérêt de dépistage massif même s'il était possible -> **pas de traitement disponible.**
- Hydroxychloroquine = une étude relatant une possible action in vitro de la chloroquine par inhibition de la synthèse du virus. Mais étude de faible niveau de preuve. Et effets secondaires majeurs (allongement du QT)
- Inhibiteur protéase étude en cours.
- **Pas de vaccination à envisager avant l'année prochaine**