

# **Prise en charge aux urgences de l'adulte atteint de COVID-19 en milieux à faibles ressources**



# Prise en charge urgente des patients adultes atteints de COVID-19 en milieux à faibles ressources

## OBJECTIF

L'objectif de ce document est de servir de guide aux cliniciens travaillant en milieux à faibles ressources durant l'épidémie de COVID-19. Cette première édition de recommandations est basée sur l'expérience et les connaissances actuelles sur la prise en charge urgente des détresses respiratoires aiguës.

Avant d'envisager le traitement des patients, il est essentiel d'établir dans chaque structure/établissement des procédures de protection du personnel de santé, de dépister les cas et d'isoler les patients potentiellement infectés. Ce document n'offre pas de détails mais plutôt un aperçu général de ces enjeux.

Lorsqu'un patient se présente dans un établissement de santé, un dépistage doit être réalisé sur base des symptômes, permettant son orientation vers le secteur le plus approprié du service d'urgence. Un score de gravité permet ensuite de définir le traitement adéquat. Il n'existe pas de traitement antiviral spécifique. La prise en charge est donc basée sur l'évaluation des symptômes et du statut respiratoire.

Ce guide est destiné aux milieux à faibles ressources, en supposant qu'il n'existe pas d'accès facile à des tests sophistiqués tels que la troponine ou la tomodynamométrie.

Certains médicaments sont actuellement testés pour une utilisation hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), y compris l'hydroxychloroquine. Leur utilisation reste expérimentale. Pour plus d'informations, des recommandations de prise en charge en réanimation aux conseils au public, veuillez consulter: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

Pour des recommandations supplémentaires sur la prise en charge des cas sévères, référez-vous au document de l'OMS intitulé « *Prise en charge clinique de l'infection respiratoire aiguë sévère lorsqu'une infection par le nouveau coronavirus (2019-nCoV) est soupçonnée* » ([https://www.who.int/fr/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/fr/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)).

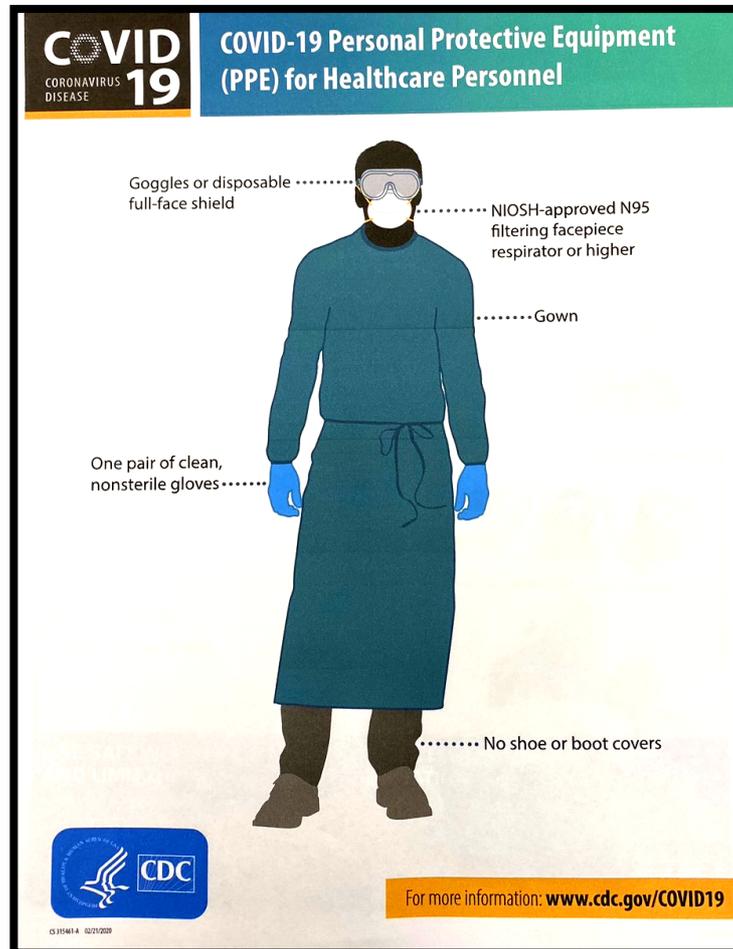
Notez que certaines parties de ce guide mentionnent le recours à la ventilation mécanique. L'AFEM est bien consciente que cette option thérapeutique est inexistante dans de nombreux établissements et que, dans d'autres, le nombre de patients dépassera largement le nombre de ventilateurs disponibles. Nous vous fournissons ici des outils d'aide à la prise en charge mais ne pouvons remplacer la prise de décision clinique au chevet du patient.

Pour toute suggestion ou commentaire relatifs à ce document, contactez-nous à [scientific@afem.info](mailto:scientific@afem.info).

## Prise en charge urgente des patients adultes atteints de COVID-19 en milieu à faibles ressources

### ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI)

Suivez les directives actuelles de l'OMS sur les EPI pour le personnel de santé. Lavez-vous fréquemment les mains conformément aux directives.



#### EPI appropriés contre le COVID-19 pour les professionnels de santé.

De haut en bas :

- Lunettes de protection ou écran facial jetable
- Respirateur/masque N95 certifié par le NIOSH ou autre masque de qualité supérieure
- Blouse
- Une paire de gants propres non stériles
- Pas de couvre-chaussures

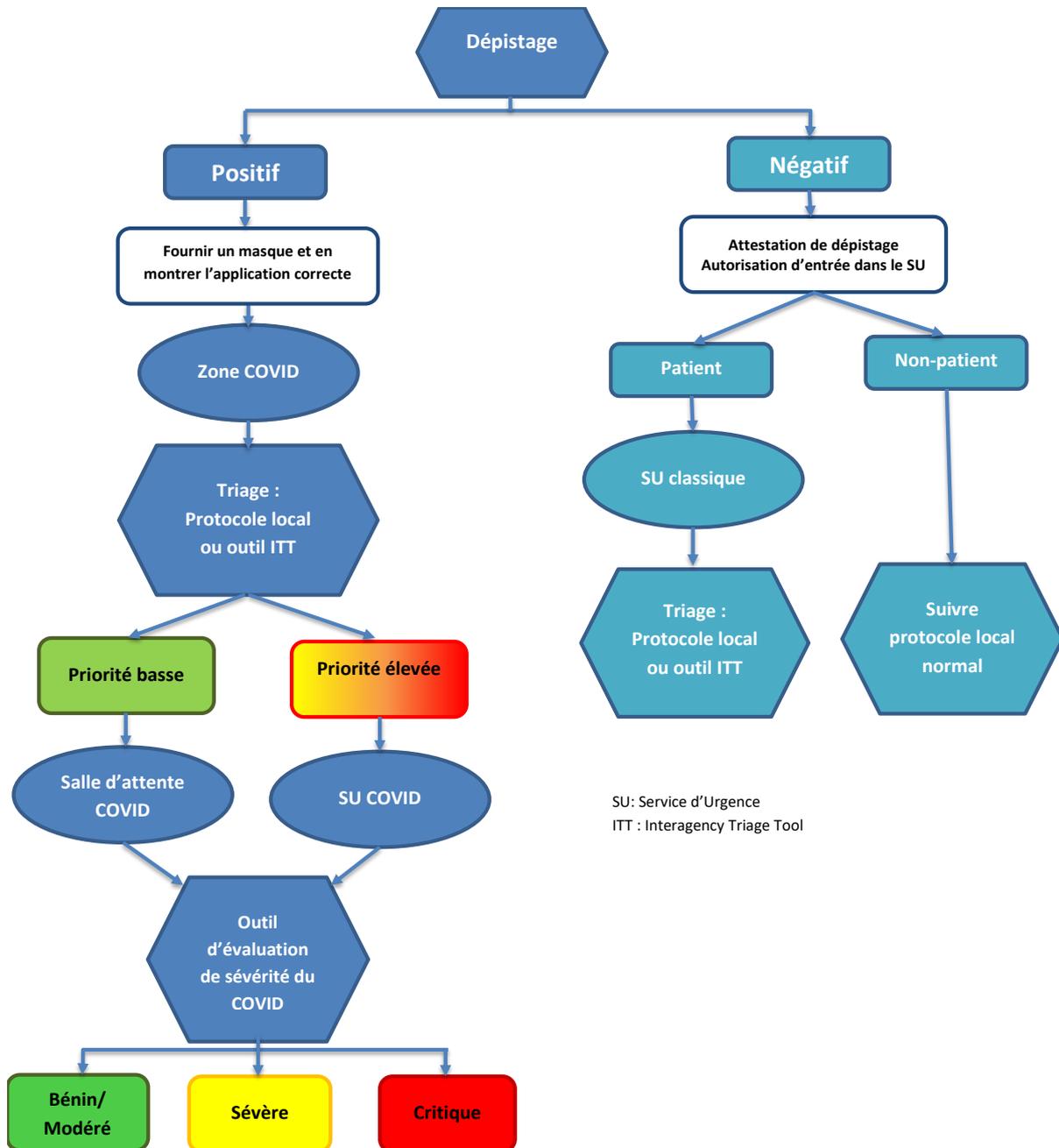
Ces vidéos peuvent vous aider avec la technique d'enfilage et de retrait des EPI:

Enfilage de l'EPI : <https://www.youtube.com/watch?v=I94IIH8xXg8>

Retrait de l'EPI : <https://www.youtube.com/watch?v=oPLdi15YL3g>

# Prise en charge urgente des patients adultes atteints de COVID-19 en milieux à faibles ressources

## FLUX DE PATIENTS AU SEIN D'UNE STRUCTURE DE SANTE



## Prise en charge urgente des patients adultes atteints de COVID-19 en milieux à faibles ressources

### DEPISTAGE

Toute personne se présentant au sein d'un service d'urgence doit être soumise à un dépistage utilisant la définition de cas de l'OMS (régulièrement mise à jour et disponible sur <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>):

Symptômes pseudo-grippaux (mal de gorge, fièvre, toux et dyspnée) ET l'un des antécédents suivants au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes:

- Patient en contact étroit avec un cas confirmé ou probable, OU
- Patient ayant voyagé dans des zones présentant des cas de transmission locale, OU
- Patient ayant travaillé ou fréquenté un établissement de soins de santé où des patients infectés par le SRAS-CoV-2 étaient traités, OU
- Patient présentant une pneumonie sévère d'étiologie inconnue.

Tout patient présentant des symptômes suspects de COVID-19 doit être pris en charge dans une zone isolée, uniquement dédiée à accueillir ces patients. Si possible, aucun accompagnant ne doit être admis à l'intérieur de l'hôpital.

### TRIAGE

Dans la zone désignée COVID au sein du service d'urgence, les patients sont soumis à un triage conformément aux protocoles locaux ou à l'aide de l'outil « *Interagency Triage Tool* ».

### EVALUATION DE LA SÉVÉRITÉ

L'OMS classe les cas de COVID-19 en 4 catégories de sévérité comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Bénin</b>    | Infection des voies respiratoires supérieures non compliquée  |
| <b>Modéré</b>   | Pneumonie ne requérant pas d'oxygénothérapie ( $SpO_2 > 93\%$ à l'air ambiant)  |
| <b>Sévère</b>   | Fièvre ou infection respiratoire soupçonnée, associée à l'un des facteurs suivants: fréquence respiratoire $> 30/l'$ ; détresse respiratoire sévère; $SpO_2 \leq 93\%$ à l'air ambiant. |
| <b>Critique</b> | Insuffisance respiratoire aigüe et/ou choc  |

L'AFEM a produit un outil très fiable d'évaluation clinique de la sévérité, à destination des services d'urgence. Une version mobile (App) est disponible en ligne sur <https://www.surgisphere.com/research-tools/severity.php>. Une version papier de l'outil peut également être téléchargée depuis le site de l'AFEM ([www.afem.africa](http://www.afem.africa)).

Cet outil d'évaluation de la sévérité est un guide créé pour assister la prise en charge. Il n'est pas destiné à remplacer la prise de décision clinique ou la réalisation d'investigations diagnostiques. Par exemple, il ne permettra pas de distinguer parmi plusieurs patients critiques celui qui devrait bénéficier en priorité d'un éventuel unique ventilateur disponible. Notez également que les saturations habituelles en  $O_2$  peuvent être plus basses chez les patients atteints d'une maladie pulmonaire chronique; l'appréciation clinique s'avèrera d'autant plus nécessaire dans ces circonstances.

# Prise en charge urgente des patients adultes atteints de COVID-19 en milieux à faibles ressources

## OUTIL D'ÉVALUATION DE SEVERITE DU COVID-19

|              |                    |           |
|--------------|--------------------|-----------|
| Nom complet: | Date de naissance: | Sexe: M F |
|--------------|--------------------|-----------|

**DEBUT**

|                     |  |  |
|---------------------|--|--|
| <b>Comorbidités</b> | >2 comorbidités<br>ou<br>Immunodépression<br>ou<br>Maladie cardio-vasculaire | <b>Score – encercler la réponse adéquate</b> |
|                     |  | 2  |

**COMORBIDITÉS:**

- Hypertension
- Diabète
- BPCO/Asthme
- Tuberculose
- Fumeur actif

**IMMUNODÉPRESSION:**

- HIV/SIDA
- Malnutrition sévère
- Corticothérapie chronique
- Traitement immunosuppresseur
- Traitement oncologique

**EVALUER**

|                               |                              |   |
|-------------------------------|------------------------------|---|
|                               |                              | <b>Score – encercler les réponses adéquates</b> |
| <b>Mobilité</b>               | Avec assistance              | 1   |
|                               | Civière                      | 2   |
| <b>Etat général</b>           | Dyspnée ou Ne répond pas (U) | 3   |
| <b>Température</b>            | ≤ 35                         | 2   |
|                               | ≥ 38.5                       | 3   |
| <b>Fréquence cardiaque</b>    | ≤ 45                         | 2   |
|                               | ≥ 110                        | 3   |
| <b>Fréquence respiratoire</b> | ≤ 9                          | 2   |
|                               | 20 - 27                      | 2   |
| <b>PA systolique</b>          | ≥ 28                         | 4   |
|                               | ≤ 90                         | 4   |
|                               | ≥ 160                        | 2   |

**SCORER**

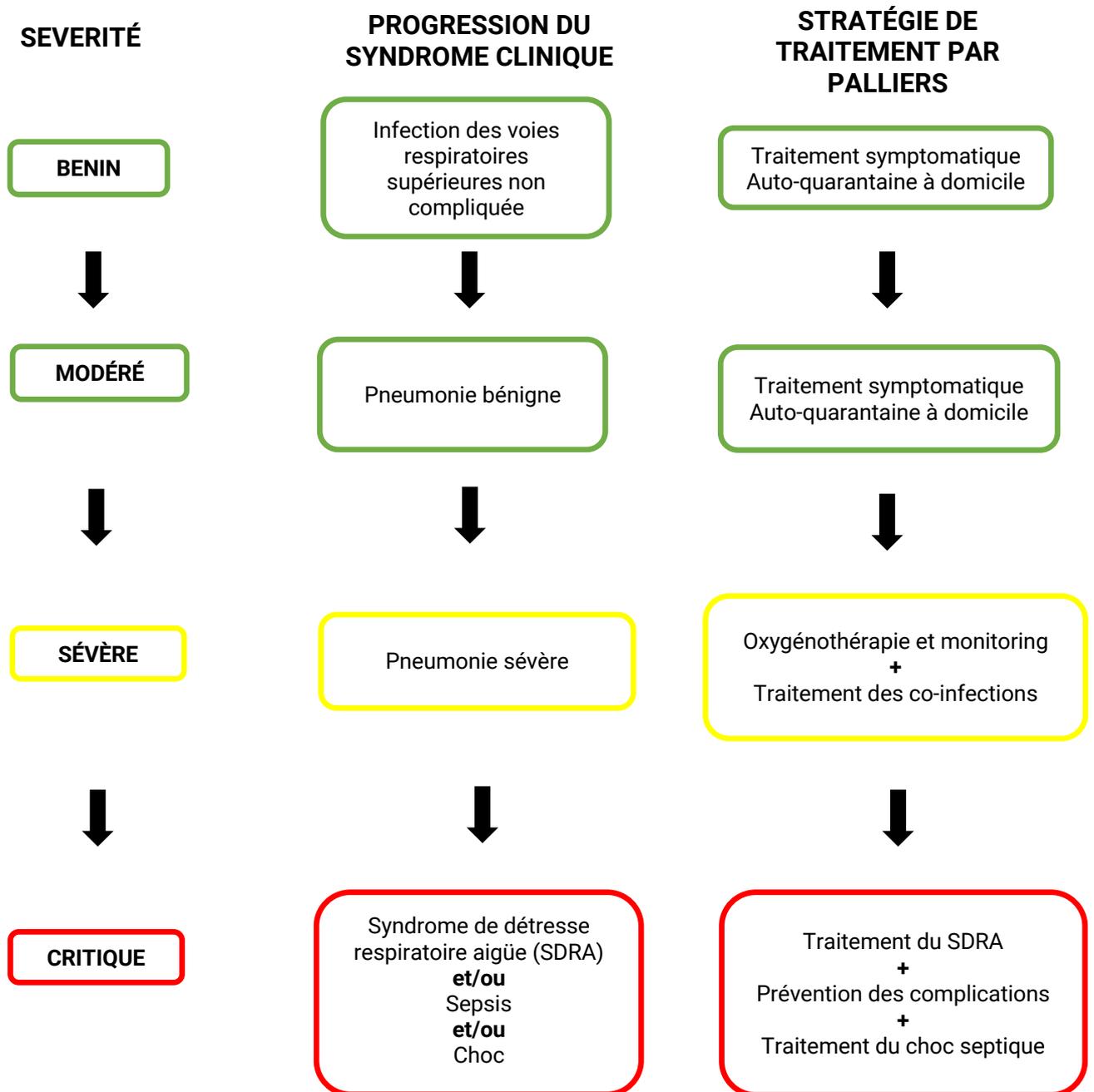
**Total (somme des réponses encerclées)**

**CATEGORISER**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>1-4: VERT</b><br><b>BÉNIN/MODÉRÉ</b>            | <b>5-7: JAUNE</b><br><b>SÉVÈRE</b>  | <b>8+: ROUGE</b><br><b>CRITIQUE</b>            |
| Peu susceptible de nécessiter une oxygénothérapie. | Peu susceptible de nécessiter une ventilation mécanique. Oxygénothérapie probablement nécessaire. | Ventilation mécanique probablement nécessaire. |

# Prise en charge urgente des patients adultes atteints de COVID-19 en milieu à faibles ressources

## PRISE EN CHARGE CLINIQUE



# Prise en charge urgente des patients adultes atteints de COVID-19 en milieux à faibles ressources

## 1. BENIN

### Présentation clinique:

- Symptômes tels que toux, fièvre, dyspnée, signes d'infection respiratoire haute. Symptômes gastro-intestinaux possibles.
- SpO<sub>2</sub> normale
- Faible suspicion clinique de pneumonie, auscultation pulmonaire normale, radiographie de thorax négative (quand disponible)

### Prise en charge:

- Traitement symptomatique – antipyrétiques, hydratation, repos.
- Auto-quarantaine à domicile pendant 14 jours (<https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>)
- Demander au patient de reconsulter en cas d'aggravation ou d'apparition de symptômes à haut risque, en particulier un essoufflement accru, une dyspnée, une douleur / pression dans la poitrine, de la confusion, une somnolence ou une cyanose (couleur bleutée de la peau, en particulier des lèvres et du bout des doigts).
- Au terme de la quarantaine, arranger le suivi du patient par un prestataire de soins de santé primaires.

# Prise en charge urgente des patients adultes atteints de COVID-19 en milieux à faibles ressources

## 2. MODÉRÉ

Présentation clinique:

- Plus grande suspicion clinique de pneumonie ou mise en évidence d'une pneumonie sur une radiographie de thorax (typiquement illustrée par des opacités bilatérales en verre dépoli)
- SpO<sub>2</sub> >94% à l'air ambiant

Prise en charge:

- Traitement symptomatique
- Si pas d'admission: auto-quarantaine à domicile pendant 14 jours (<https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>)
- Prescription empirique d'antibiotiques basée sur le diagnostic de pneumonie, la disponibilité en antibiotiques et les recommandations thérapeutiques locales.
- Si un traitement bronchodilatateur est nécessaire, fournir des inhalateurs et des aérosols-doseurs avec espaceur au lieu de nébuliseurs pour empêcher l'aérosolisation du virus.
- Les corticostéroïdes systémiques ne sont pas recommandés.
- Si pas d'admission: demander au patient de reconsulter en cas d'aggravation ou apparition de symptômes à haut risque (voir supra).

# Prise en charge urgente des patients adultes atteints de COVID-19 en milieux à faibles ressources

## 3. SÉVÈRE

Présentation clinique:

- Pneumonie - typiquement illustrée par des opacités bilatérales en verre dépoli sur la radiographie de thorax.
- SpO<sub>2</sub> <94% à l'air ambiant
- Les patients sont généralement en détresse respiratoire avec une fréquence et un effort respiratoires accrus. Ils éprouvent des difficultés à terminer leurs phrases et peuvent présenter une cyanose (couleur bleutée de la peau, en particulier des lèvres et du bout des doigts).

Prise en charge:

- Admission en chambre d'isolement
- Débuter une oxygénothérapie, en visant une SpO<sub>2</sub>>94%
  - Canule nasale
    - FiO<sub>2</sub>: 21-40%
    - Débit d'O<sub>2</sub> 1-5L/min
  - Masque à oxygène simple
    - FiO<sub>2</sub>: 40-60%
    - Débit d'O<sub>2</sub>: 6-10L/min
  - Masque à oxygène à haute concentration (type « non-rebreather »)
    - FiO<sub>2</sub>: 60-90%
    - Débit d'O<sub>2</sub>: 10-15L/min
    - Assurer une bonne étanchéité, afin de réduire le risque d'aérosolisation.
- Patient pouvant se détériorer rapidement: surveiller en continu la SpO<sub>2</sub> et les signes vitaux. Augmenter le débit d'oxygène et passer au dispositif d'administration plus performant si l'hypoxie persiste avec le débit maximal possible.
- Les techniques de ventilation non invasive (VNI) ne sont PAS recommandées car elles peuvent augmenter la propagation du virus par aérosolisation. Si un support respiratoire supplémentaire est nécessaire, l'intubation du patient s'impose.
- Si nécessaire, initier le transfert vers un niveau supérieur de soins.

# Prise en charge urgente des patients adultes atteints de COVID-19 en milieu à faibles ressources

## 4. CRITIQUE

Présentation clinique:

- Insuffisance respiratoire aigüe hypoxémique, syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) et / ou choc
  - Un rapport  $SpO_2 / FiO_2 < 315$  mmHg suggère un SDRA

Prise en charge:

- Intubation endotrachéale et ventilation mécanique pour prendre en charge le SDRA :
  - Intubation en séquence rapide devant être effectuée par le clinicien le plus expérimenté, porteur d'un EPI adéquat.
  - Pour pré-oxygéner le patient avant l'intubation, utiliser un masque à oxygène de type « non-rebreather » (sans réinspiration). L'utilisation d'un BAVU (insufflateur manuel) n'est PAS recommandée car elle peut augmenter la propagation du virus par aérosolisation.
  - Objectifs de ventilation mécanique:
    - $SpO_2 > 90\%$
    - Volume courant : 4 à 8 ml / kg
    - Pression inspiratoire plateau (PPlat)  $< 30$  cmH<sub>2</sub>O
- Réalisation d'ECGs et des tests de laboratoire nécessaires à surveiller l'apparition de complications (myocardite, insuffisance rénale et/ou hépatique aigüe, choc).
- Si possible, diagnostiquer et traiter les co-infections (y-compris influenza ou autre virus, paludisme).
- En cas de choc, réanimation liquidienne prudente (une attitude agressive pouvant détériorer à terme l'oxygénation)
  - 250 à 500 ml de cristalloïdes (NaCl 0,9% ou Ringer Lactate) en bolus rapide
  - Surveiller les signes de surcharge volémique avant de donner un bolus supplémentaire
  - Débuter l'administration de vasopresseurs si le choc persiste
    - Objectif : PAM  $> 65$  mmHg
    - Si une voie veineuse centrale n'est pas disponible, administrer via une voie intraveineuse périphérique, en surveillant l'apparition d'une éventuelle extravasation/nécrose tissulaire locale.
    - La noradrénaline est le vasopresseur de premier recours. L'adrénaline est le deuxième choix.
- Un triage des patients nécessitant un ventilateur sera probablement nécessaire.
  - Si les ressources sont limitées, déterminer quels patients ont une meilleure chance de survie avec ventilation
  - Si les ressources sont indisponibles ou jugées inappropriées, des discussions sur la fin de vie doivent avoir lieu avec les patients et/ou leurs familles - en particulier dans le cas des personnes âgées, des malades en phase terminale et des patients aux nombreuses co-morbidités et/ou aux capacités fonctionnelles limitées.