

## Documents de la « boîte à outils » à destination des EHPAD

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

Version 23 avril 2020

**GENERALITES**

La population en EHPAD des patients âgés de plus de 75 ans Covid+ (confirmés ou possibles) est caractérisée par :

- une multimorbidité
- des comorbidités neurodégénératives connues ou méconnues de sévérité variable
- des comorbidités cardiovasculaires (HTA, diabète, FA, cardiopathie ischémique, AVC) ou respiratoires (BPCO)
- des symptômes atypiques faisant découvrir le Covid (dont nausées, vomissements, diarrhée, chute, confusion)
- la fréquence des patients déambulants pouvant poser des problèmes d'isolement

Le Covid donne une atteinte systémique, particulièrement pulmonaire, mais aussi cardiovasculaire avec un risque thrombogène important, rénale et cognitive. Il existe donc un **risque particulièrement important** de :

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

La quasi-totalité des patients âgés Covid+ (EHPAD ou non) n'ira pas en réanimation, parce que le parcours en réanimation des patients Covid+ est prolongé et lourd, et inadapté à des patients avec comorbidités ou perte d'autonomie antérieure marquée. Cependant, un patient âgé peut bénéficier d'un avis et d'une discussion collégiale sur l'indication de l'hospitalisation, voire secondairement de séjour en réanimation.

**CONDUITE A TENIR DES LE DEBUT DES SYMPTOMES**

- **Prélèvement PCR à la recherche de Covid**
- Mettre en place les **mesures d'hygiène** selon les recommandations
- L'isolement du patient et les mesures de protection représentent une difficulté supplémentaire pour examiner les patients.

**Quatre points** sont à souligner :

- Attention à **ne pas passer à côté d'autres diagnostics** dans cette période épidémique, comme l'embolie pulmonaire, la décompensation cardiaque sur pneumopathie ou sur passage en fibrillation atriale, ou d'autres types d'infection expliquant une fièvre qui peuvent en ce sens bénéficier d'une antibiothérapie probabiliste...
- Recueillir et notifier dans chaque dossier les **volontés du résident** exprimées directement ou à travers des **directives anticipées** ou grâce au témoignage de la personne de confiance ou des proches, si cela n'a pas été fait auparavant
- Discuter systématiquement et notifier une décision de **non transfert en hospitalisation par discussion collégiale** (refus du patient, obstination déraisonnable...) : fiche médicale d'orientation et de limitation de soins (LATA) avec équipe mobile gériatrique ou la hotline. Les résidents pour lesquels une hospitalisation apparaît appropriée (état clinique pré-existant et éléments de gravité) doivent être **adressés au SAU via le 15**. Cette décision peut bénéficier d'une discussion avec la hotline gériatrique qui fonctionne 24h/24, ou d'un contact direct avec une unité gériatrique Covid.
- Différencier le caractère inapproprié de la réanimation pour SDRA dans cette population, du recours approprié à une USIC pour par exemple une coronarographie dans le cadre d'un syndrome coronaire aigu ST+...

Les résidents Covid+ **pris en charge dans l'EHPAD** pourront donc être des patients :

- ne nécessitant pas d'hospitalisation en cas de formes cliniques légères. Ces patients peuvent être gardés en EHPAD tant qu'ils restent stables, mais la mise en place des mesures détaillées ci-dessous peut avoir un intérêt. Ces cas peuvent être discutés avec la hotline ou un gériatre hospitalier en charge d'un secteur Covid.
- pour lesquels l'hospitalisation est jugée non pertinente ou non souhaitée
- asymptomatiques mais Covid+ découverts dans une situation de contagie par exemple, avant l'évolution éventuelle de la maladie.

Les propositions suivantes concernent les patients pris en charge (au moins initialement) dans l'EHPAD.

## SURVEILLANCE

- Il est très important de **noter systématiquement la date de début et le type des symptômes**, ainsi que la date de la PCR, car ces éléments ont un impact sur la surveillance en EHPAD et sur la durée d'une éventuelle hospitalisation
- **Minimum 1 fois/j** : **pouls, TA et T°** associée si possible à la mesure de la **fréquence respiratoire (FR)** voire de la Sat O2
- **Renforcement** de ces mêmes éléments de surveillance au minimum 2 fois/j dans la **période de 7 à 10 jours** après le diagnostic

## BILAN INITIAL

Pour les patients pris en charge en EHPAD, en dehors d'une situation palliative d'emblée, et adapté à chaque patient :

- NFS
- CRP
- TP, TCA, Fibrinogène
- albumine
- ionogramme sanguin, créatinine, protides sériques
- transaminases, gamma-GT, phosphatases alcalines, bilirubine

**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
- ECG si possible avec mesure du QT (allongement de QT : > 450 ms)

## MESURES THERAPEUTIQUES

### • Mesures générales

- **confinement** dans la chambre si ce n'était pas déjà le cas + règles habillage des personnels
- **mobilisation** du patient : tant que possible, recommander la marche dans la chambre
- **contention veineuse** : recommandée le port en prophylaxie de maladie veineuse thrombo-embolique ; attention à la surveillance des points d'appui et de l'apparition de marbrures
- **dépistage des troubles de déglutition** : interrogatoire et réalisation d'un test à l'eau pour prévenir les risques de fausses routes qui peuvent représenter un facteur aggravant de l'atteinte pulmonaire Covid
- **préventions de déshydratation et de dénutrition**
- mettre en place un **soutien psychologique** : prévenir l'anxiété et la dépression (isolement, gravité potentielle de l'infection...)
- **maintien d'un contact** avec le monde extérieur au minimum téléphonique
- **information à la famille** : dès le début préciser le risque de dégradation très brutale avec engagement possible du pronostic vital; info si possible quotidiennement sur l'évolution de l'état de santé du résident

### • Eléments spécifiques de prise en charge thérapeutique

- **oxygénothérapie** si dyspnée et/ou satO2 < 92% avec pour objectif 95% sauf pour les insuffisants respiratoires chroniques. En situation de **fin de vie**, **pas d'indication à maintenir O2** avec importance des traitements symptomatiques associés
- **pas d'aérosols** sauf pour patients asthmatiques vrais ; si aérosols, port de masque FFP2 pour les soignants dans la pièce
- **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, pour la durée de la phase infectieuse et au maximum un mois. Pas d'indication à faire un relais par héparine curative en cas de traitement par anticoagulant oral sauf déséquilibre important des INR pour les AVK. Mais prendre en compte le risque hémorragique rapporté dans l'infection Covid
- **traitements cardiovasculaires habituels** :
  - évaluer au mieux le rapport risque bénéfique du maintien ou de l'adaptation de posologie ou du sevrage.
  - dès le diagnostic de Covid 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, polygnée ou somnolence, en raison du **risque de déshydratation** : suspendre diurétiques / IEC / sartans et discuter une hydratation sous cutanée nocturne (type G5 avec 4 g de NaCl/L la nuit) selon l'état du patient.
  - **hypokaliémie fréquente** : les apports en potassium (contre indiqués par voie SC) doivent tenir compte de la fonction rénale.
- **si douleur ou fièvre mal tolérée** : utilisation du paracétamol à 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. Traitement symptomatique d'une diarrhée (antidiarrhéique type smecta®)
- en raison des atteintes digestives rapportées, de la fréquence des traitements anticoagulants, une prophylaxie probabiliste par inhibiteur de la pompe à protons peut être mise en place, le temps de l'infection Covid
- **polypnée** : mécanisme d'adaptation à la dyspnée, à respecter dans une prise en soins à visée curative poursuivie. **Recours à des morphiniques** envisagé :
  - o transitoirement et à visée symptomatique à petites doses (morphine SC 0,3-0,4 mg à renouveler /4-6h)
  - 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 d'un protocole de surveillance HGT et d'insulinothérapie. Suspension de la metformine et poursuite des antidiabétiques oraux évaluée au cas par cas (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 Covid. Test de lever de jambes en chambre pour évaluer si le patient est réellement hypovolémique. Justifie une hospitalisation mais si décision de gestion sur place, si possible solutés de remplissage nécessitant une voie IV : NaCl 9/1000 250 à 500 mL à adapter ponctuellement selon état cardiovasculaire du patient.
- surveillance ECG régulière si possible
- prévention / prise en charge de la confusion (cf encadré)

#### Prévention de la confusion

- 1- pas de sevrage en hypnotiques et benzodiazépines si prise quotidienne depuis longtemps et pas de problème d'hypovigilance.
- 2- éviter médicaments anticholinergiques (par ex hydroxyzine) et associés à allongement du QT (> 450 ms)\*.
- 3- si manifestations d'anxiété, utilisation des benzodiazépines ponctuelle en privilégiant les demi-vies courtes: oxazepam 10 mg commencer par ½ cp soit 5 mg ponctuellement.
- 4- si troubles du sommeil, 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 absence 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 anxiété prédominante, privilégier benzodiazépines telle que oxazepam 5 mg matin et soir voire 3 fois par jour.
- 4- si tristesse et items dépressifs IRS classiquement indiqués mais attention au risque significatif d'allongement du QT > 450 ms (particulièrement pour citalopram escitalopram), et rapport risque-bénéfice de leur introduction à évaluer.
- 5- si éléments délirants (hallucinations, interprétation), recours aux neuroleptiques classiquement indiqués mais attention risque significatif d'allongement du QT > 450 ms, et le rapport risque-bénéfice de leur introduction doit être évalué. Utiliser risperidone 0.5 mg po (à privilégier) ou olanzapine 2.5 mg IM.

#### • Focus sur antibiothérapie

Prendre en compte :

- les allergies
- les antibiothérapies récentes ou semi-récentes
- l'existence d'un foyer clinique et radiologique
- la chronologie de l'infection : attendre pour l'introduction chez un patient contact positif asymptomatique, et **débuter quand fièvre et/ou signes fonctionnels ou cliniques pulmonaires**
- exemple amoxicilline – acide clavulanique 1 g x 3/j ou ceftriaxone 1 g/j SC + azithromycine 500mg J1 puis 250 mg/j
- durée 3 à 5 jours
- choix de l'**azithromycine** fait en tenant compte du **risque associé d'allongement du QT (> 450 ms)**

#### AVIS SUR LES TRAITEMENTS SPECIFIQUES

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

Quelques éléments importants à noter pour la population gériatrique :

- les **données 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 l'hydroxychloroquine : prendre en compte l'alerte lancée par la SFGG le 27 mars 2020.**

*En raison de l'emballement médiatique concernant l'utilisation de la chloroquine chez les patients atteints d'infection covid19, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) tient à rappeler les risques potentiels de la prescription de chloroquine dans la population des patients âgés. Les données dont nous disposons montrent chez les patients âgés infectés COVID-19 se caractérisent par une fréquence très élevée de pathologies cardiovasculaires, souvent contre-indication à son utilisation, et par une polymédication associée au risque d'interactions médicamenteuses et de cumul de traitements allongeant le QT (inhibiteur de recapture de la sérotonine par exemple). Par ailleurs, l'infection COVID-19 se caractérise par une fréquence importante des complications cardiovasculaires, témoin d'une agression cardiaque directe probable et de conditions thrombogènes (déshydratation, inflammation) favorisant les troubles du rythme.*

*De plus, certaines antibiothérapies proposées dans ce cadre comme l'azithromycine, ont un risque identique d'allongement de QT et leur association représente une situation potentiellement menaçante. Enfin, l'utilisation de la chloroquine, maintenant clairement encadrée, ne doit se faire que dans une structure où peut se faire la surveillance de l'ECG et par une équipe capable d'interpréter les variations du QT.*

*Ainsi, en raison du risque cardiovasculaire très important chez les patients âgés infectés COVID-19, la SFGG ne recommande pas l'utilisation de la chloroquine sans données issues d'études de bonne qualité méthodologique montrant qu'elle n'augmente pas le risque de décès en particulier liés à des arythmies ventriculaires ou mort subites. Si pour des raisons particulières vous êtes dans une obligation morale de vous poser la question d'un éventuel traitement compassionnel, ces contre-indications et précautions d'emploi doivent faire partie de votre discernement éthique.*

---

**Coordonnateur et rédaction :** Jacques Boddaert, Marc Verny

**Contributeurs :** Catherine Bayle, Judith Cohen-Bittan, Tristan Cudennec, Rebecca Haddad, Julien Leguen, Claire Patry, Eric Pautas, Pauline Rabier Lebrun, Claire Roy, Caroline Thomas, Charlotte Toméo, Hélène Vallet

---