

GERIATRIE

Epreuve de vérification des connaissances fondamentales

Sujet :

Le patient est âgé de 79 ans et il a également un diagnostic de diabète, ce qui le rend potentiellement plus vulnérable aux complications liées au COVID-19.

Symptômes :

Fièvre persistante (38,5°C / 101.3°F) depuis les deux derniers jours

Toux sèche

Essoufflement

Antécédents médicaux :

Diabète de type 2 (non contrôlé)

Hypertension artérielle (sous traitement)

Cardiopathie ischémique

Examens complémentaires :

Prélèvement nasal pour test PCR du COVID-19 : en attente des résultats.

Questions :

A)- QCM

1. Quel est le facteur de risque le plus important pour les complications graves de la COVID-19 chez ce patient ?

- A) Âge
- B) Hypertension artérielle
- C) Diabète de type 2 non contrôlé
- D) Cardiopathie ischémique

2. Quel est le test de diagnostic standard pour confirmer l'infection par le SARS-CoV-2 ?

- A) Test sérologique
- B) Scanner thoracique
- C) Test PCR nasopharyngé
- D) Radiographie pulmonaire

3. Quels sont les symptômes classiques de la COVID-19 ?

- A) Fièvre, toux sèche, essoufflement
- B) Vomissements, éruption cutanée, maux de tête
- C) Douleurs abdominales, diarrhée, confusion
- D) Douleurs articulaires, conjonctivite, fatigue extrême

4. Quel traitement est actuellement recommandé pour un patient hospitalisé avec COVID-19 et présentant une hypoxie ?

- A) Hydroxychloroquine
- B) Antibiotiques
- C) Corticostéroïdes (dexaméthasone)
- D) Vitamine C

5. Quel est le principal mécanisme par lequel le diabète de type 2 peut aggraver le pronostic de la COVID-19 ?

- A) Augmentation de la charge virale
- B) Dysfonctionnement immunitaire
- C) Surproduction de globules rouges
- D) Réduction de la production de mucus

6. Quelle est la prise en charge initiale recommandée pour un patient présentant une fièvre persistante et une toux sèche en attendant les résultats du test PCR ?

- A) Antibiothérapie empirique
- B) Isolement et traitement symptomatique
- C) Administration de vaccins antiviraux
- D) Perfusion de plasma convalescent

7. Quel est l'impact potentiel de l'hypertension artérielle sur la gestion de la COVID-19 ?

- A) Aucun impact significatif
- B) Diminution de l'efficacité des vaccins
- C) Augmentation du risque de complications graves
- D) Réduction de la capacité pulmonaire

8. Quels sont les signes cliniques indiquant une détérioration rapide chez un patient COVID-19 ?

- A) Diminution de la toux, amélioration de l'appétit
- B) Cyanose, saturation en oxygène < 90%
- C) Éruptions cutanées, maux de tête
- D) Douleurs abdominales, diarrhée

9. Quelle mesure de prévention est la plus efficace pour réduire la transmission du COVID-19 dans un environnement hospitalier ?

- A) Lavage fréquent des mains
- B) Port de gants
- C) Utilisation de désinfectants pour les surfaces
- D) Port de masques et équipements de protection individuelle (EPI)

10. Quelle stratégie est recommandée pour gérer la glycémie chez un patient diabétique hospitalisé pour COVID-19 ?

- A) Arrêt des médicaments hypoglycémiants
- B) Surveillance intensive et ajustement des doses d'insuline
- C) Administration de diurétiques
- D) Augmentation de l'apport calorique

B) - Questions directes

1. Quel est le bilan ou examens complémentaires de la covid -19 ?
2. Quelle est la prise en charge thérapeutique chez le sujet âgé
3. Quelles sont les dernières mesures d'isolement des patients covid-19 vaccinés et non vaccinés ?
4. Citez, les Facteurs de risque de forme grave

A) - Réponses QCM :

- A) Âge
- C) Test PCR nasopharyngé
- A) Fièvre, toux sèche, essoufflement
- C) Corticostéroïdes (dexaméthasone)
- B) Dysfonctionnement immunitaire
- B) Isolement et traitement symptomatique
- C) Augmentation du risque de complications graves
- B) Cyanose, saturation en oxygène < 90%
- D) Port de masques et équipements de protection individuelle (EPI)
- B) Surveillance intensive et ajustement des doses d'insuline

B) - Réponses questions directes

1. Quel est le bilan ou examens complémentaires de la covid -19 ?

D)- Examens complémentaires
1. Biologie :
- NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, D-dimères. Iono sanguin, calcémie, urée, créatinine, bilan hépatique complet, CPK, LDH, albumine, CRP, Troponine. BNP si clinique évocatrice +/- autres selon situation.
2. Virologie
- RT-PCR SARS-CoV-2 sur prélèvement NP avec rendu en positif/négatif et si positif, variant et nombre de Ct. RT-PCR SARS-CoV-2 avec CT sur prélèvement respiratoire profond, et sérologie SARS-CoV-2 avec IgM/IgG.
3. Autres :
- ECG,
- TDM thoracique d'entrée sans injection et en mode basse dose (50-100mGy.cm) ;
- Angioscanner pulmonaire si suspicion d'une embolie pulmonaire

2. Quelle est la prise en charge thérapeutique chez le sujet âgé ?

1. Prévention des troubles ventilatoires :

Kinésithérapie respiratoire par exercices de mobilisation diaphragmatique pour lutter contre le collapsus alvéolaire.
Proposer le décubitus ventral : nocturne si habituel ou tolérable, ou diurne avec séances d'1 heure si difficile pendant les périodes de sommeil.

2. Oxygénothérapie :

- Si $SpO_2 \leq 94\%$ (ou $\leq 90\%$ BPCO / IRCO) => lunettes nasales jusqu'à 4-6L puis masque simple jusqu'à 9 L/mn, puis masque haute concentration (avec réservoir). SpO_2 cible 92-96% (88-92% si BPCO), réévaluation à 30 mn.
- Si cible SpO_2 atteinte ET $FR < 30/mn$ ET $O_2 < 6 L/mn$, continuer. Surveillance toutes les 2h (1ères 8h) puis toutes les 4h pdt 24h, GDS si besoin. Pression positive continue, ventilation non invasive ou oxygénothérapie haut débit : après avis réanimateur, Si pas d'indication urgente d'intubation ou en solution d'attente.

3. Anticoagulation

1. Préventif patient chez O2requérant

Prophylaxie par HBPM ou fondaparinux dose préventive

Enoxaparine 4000 UI x 1/j,

Daltéparine 5000 UI x 1/j,

Nadroparine 2800 UI x 1/j,

Tinzaparine 4500 UI x 1/j,

Fondaparinux 2,5 mg x 1/j.

- Si IMC > 30 à Enoxaparine 6000 UI x 1/j.

- Si IMC > 40, cancer actif, ATCD personnel d'EP ou de TVP, thrombophilie, O2 à haut débit à Prophylaxie par HBPM à dose intermédiaire : Enoxaparine 4000 UI x 2/j.

- Si Insuffisance rénale sévère ($DFG < 30 ml/mn$) à Prophylaxie par HNF 5000 UI x 2 à 3/j par voie sous-cutanée ou 200 UI/kg/j par voie intraveineuse (IV).

La durée de la prophylaxie

- Durée de 7 à 10j. Prolongation de la thromboprophylaxie > 10ème jour chez des patients à haut risque thrombotique et faible risque hémorragique.

- Prévenir l'accumulation : dosage de l'activité anti-Xa 4h après l'injection à J3 et J7 puis, une fois par semaine. Dans tous les cas, réévaluer régulièrement la balance bénéfice/risque.

HYDRATATION de la personne âgée (IV ou hypodermoclyse/SC) :

• Envisager perfusion sous-cutanée si apport PO < 1 L/24h.

• G5 + 4 g de NaCl /L (sans apport potassique), 1000 cc.

• Surveillance/adaptation des doses de diurétiques.

• Surveillance accrue si insuffisance cardiaque.

• Attention : toute hypernatrémie >150 mmol/L nécessite une réhydratation intraveineuse.

III.a TRAITEMENTS SPECIFIQUES Validation de l'indication par le médecin référent COVID

A) -Traitement antiviral :

Nirmatrelvir 300mg + ritonavir 100mg /PAXLOVID® par voie orale : deux fois par jour pendant 5 jours : patient ≥ 18 ans non oxygéo-requérant, < 5 jours du début des symptômes, pour patients immunodéprimés quel que soit le statut vaccinal, et patients avec facteurs de risque de formes graves (hors immunodépression) si schéma vaccinal incomplet.

30 < DFG < 60 : nirmatrelvir 150mg + ritonavir 100mg deux fois par jour pendant 5 jours

Vigilance interactions médicamenteuses.

Discuter remdesivir/VEKLURY® en cas de CI formelle au Paxlovid®

Contre-indications : femme enceinte, insuffisance rénale <30 DFG (comprenant les patients dialysés), insuffisance hépatique sévère (classe C de Child-Pugh)

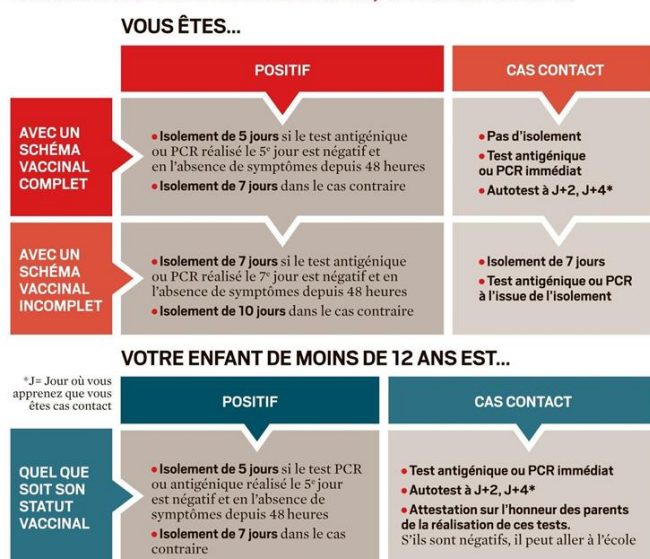
1. Plasma de convalescent :
Protocole d'utilisation thérapeutique :
- Possible si oxygénorequérance, en cas d'échec d'Evusheld®
- Contre-indication ou indisponibilité de Paxlovid® et Remdesevir®,
- En pratique réservé aux lymphopénies B documentées par immunophénotypage CD19+ et validées /RCP
2. Tocilizumab (anti IL6-R) :
Possible au cas par cas, de préférence dans des essais cliniques randomisés, chez patient sous dexaméthasone > 48h avec état hyper-inflammatoire persistant (ex : CRP > 75) et nécessité d'oxygénothérapie à haut débit.
3. Tixagévimab/cilgavimab EVUSHELD®
Prophylactique en pré-exposition :
- Autorisation d'accès précoce (AAP): Patients éligibles (≥ 12 ans, ≥ 40 kg), ayant un déficit de l'immunité lié à une pathologie ou à des traitements et faiblement ou non répondeurs après un schéma vaccinal complet; OU non éligibles à la vaccination et qui sont à haut risque de forme grave de COVID-19 : dose de 600mg (300 mg + 300 mg) à répéter tous les 6 mois
- Curatif : 600 mg IV ; indication curative (si non reçue en Prep) en cas de contre-indication formelle au Paxlovid® ou d'impossibilité d'accès au Remdesevir ; compassionnelle ce jour, AAP attendue en septembre 2022

B) - CORTICOIDES
Dexaméthasone si O2requérance, 6 mg/j PO ou IV pendant 5 à 10j (arrêt (sans décroissance) possible à 24h du sevrage de l'oxygène).
À défaut, si tension d'approvisionnement, méthylprednisolone (32 mg/j), ou prednisone (40 mg/j) ou hydrocortisone en dernière intention (160 mg/j) pendant 10j puis décroissance progressive en 3 ou 4j.
En l'absence d'évolution favorable à H48, discuter recours expertise pour envisager thérapeutique immunomodulatrice plus spécifique (anti IL6-R).

C)- ANTI-INFECTIEUX :
- Pas d'antibiothérapie systématique en face d'une pneumonie à SARS-CoV-2.
- Avant confirmation virologique, l'antibiothérapie probabiliste discutée si signes de gravité (O2 > 6 L/mn) ou présence/apparition d'expectorations purulentes.

3. Quelles sont les dernières mesures d'isolement des patients covid-19 vaccinés et non vaccinés ?

LES NOUVELLES RÈGLES D'ISOLEMENT, À PARTIR DE DEMAIN



1. Citez, les Facteurs de risque de forme grave

Les Facteurs de risque de forme grave :

- Âge ≥ 65 ans,
- Facteurs de risque (FdR) de forme grave et de décès associés à la Covid-19 :
- ATCD cardiovasculaire :
 - HTA compliquée,
 - AVC,
 - Coronaropathie, chir cardiaque*
- Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV
- Diabète chronique non équilibré ou avec complications
- Pathologie respiratoire chronique susceptible de décompenser
- Insuffisance rénale chronique dialysée
- Cancer sous traitement (hors hormonothérapie)
- Immunodépression :
- Médicamenteuse, Infection à VIH non contrôlée ou avec $CD4 < 200/mm^3$, Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques, Hémopathie maligne en cours de traitement
- Cirrhose $\geq$ stade B
- Obésité IMC > 30

Dr MADANI ALI
Gériatre et psychogériatre