

1^{er} WEBINAR – COVID 19 Néphrologique

Le 17/3/2020

CE DOCUMENT EST DESTINE AUX NEPHROLOGUES ET IL EST DECONSEILLE DE LE DIFFUSER SUR LES RESEAUX SOCIAUX

Sommaire :

1. Covid-19 et Rein. Présentation Pr S. Burtey (en copie)
2. Retour d'expérience CH de Mulhouse. Dr Francois Chantrel
3. Retour d'expérience CHU de Strasbourg. Dr Thierry Krummel et Dr Peggy Perrin
4. Commentaire marseillais

1. Retour d'expérience CH de Mulhouse (Dr François Chantrel)

a. Covid-19 et patients hémodialysés

-Symptômes identiques aux patients non dialysés avec fièvre élevée jusqu'à 40° et désaturation. Evolution du nombre de cas semblant plus lente que dans la population générale (patients reclus chez eux et isolés ?)

-Deux typologies de cas symptomatiques semblent exister :

1^{ère} forme : Evolution rapidement défavorable en 12 à 24h et nécessité d'une intubation orotrachéale

2^{ème} Forme plus « light » avec une « gripette » pendant 8 jours puis dégradation secondaire ou non

-Hospitalisation : Uniquement si le patient le nécessite (par manque de place)

-Traitement :

C3G + macrolide d'emblée

Augmentation de l'ultrafiltration pour éliminer toute part de surcharge,

Si pneumopathie interstitielle associée ajout du KALETRA (lopinavir+ritonavir)

-Amélioration clinique transitoire lors de la dialyse avec la baisse de la température, l'ultrafiltration peut parfois être difficile du fait du sepsis.

-Orientation de la prise en charge en réanimation :

Le service de néphrologie statue très tôt, dès le début de la prise en charge d'un patient COVID+ sur l'indication d'une réanimation au vu du dossier du patient. Si la RCP de néphrologie conclut à une indication, appel des réanimateurs pour discuter et valider l'indication de réanimation si le patient venait à se dégrader ultérieurement durant la prise en charge. Cette discussion anticipée de chaque patient avec les réanimateurs permet d'avoir les idées claires,

de partager les indications néphrologiques de réanimation pour certains patients difficiles avec les réanimateurs et de fluidifier les soins.

-Pas de contamination entre voisins de dialyse décrits.

-Port de masque systématique pour les patients covid+ pour diminuer le risque de contamination du personnel soignant

-Actuellement :

- 10 patients dialysés Covid+ :
 - o 3 décès de sujets âgés secondaire à des limitations des soins
 - o 2 hospitalisés depuis 10 jours oxygéo-dépendant
 - o 1 à domicile en train de se dégrader
 - o 1 à domicile en train de guérir
- 2 personnels Covid+ :
 - o 1 IDE exclue des soins, confinée à domicile
 - o 1 secrétaire hospitalisée dans l'unité Covid+

b. Organisation du centre de dialyse

-Température à l'arrivée de tous les patients et triage par questionnaire systématique : si suspect, envoi dans la zone Covid+ avec un masque jusqu'au résultat biologique.

-1 zone Covid+ de 5 box isolés :

- Masque systématique pour le patient.
- Soignant paramédicaux : équipe renforcée avec une IDE et une AS qui restent dans la zone toute la journée et font la série du matin et du soir. Soignant médicaux : un médecin jeune, pas toujours le même
- Conseil de limiter le nombre de contacts et le temps passé près du patient, s'approcher uniquement s'il le nécessite
- Pas d'examen clinique physique systématique à chaque séance du patient (surveillance = saturation pré et post séance et interrogatoire).

-Repli des patients Covid+ des centres associatifs au CH pour le moment.

- Il est envisagé de créer des zones Covid+ dans les unités d'auto-dialyse

c. Organisation du CH de Mulhouse

-150 lits dédiés Covid+ qui vont augmenter jusqu'à 200

-Réanimation déjà saturée avec choix difficile de sélection de patients à faire (prévision de 3 semaines de ventilation en réanimation et sevrage ventilatoire difficile)

-Privilège des soignants jeunes avec de la rotation pour limiter la charge d'exposition virale.

d. Soignants

-Conseil de prise en charge psychologique les soignants.

-Pour le moment, aucune défection d'IDE dans leur service.

-Pour les zones où la première vague de COVID n'est pas encore arrivée, conseil de déjà faire tourner les effectifs pour avoir des réserves avec des soignants en forme pour la suite

2. Retour d'expérience du CHU de Strasbourg (Dr Thierry Krummel et Dr Peggy Perrin)

-10 patients du service :

- 6 transplantés rénaux Covid+ dont 1 en réanimation
- 4 suspects,
- 1 patient hémodialysé décédé non réanimé car 80 ans

-Présentation clinique à type de diarrhée uniquement observée chez un patient.

-On peut observer une évolution initiale favorable puis aggravation secondaire après 7 jours.

-Arrêt des traitements immunosuppresseurs à discuter: l'arrêt des antimétabolites a été systématique, l'arrêt des anticalcineurines ou du Belatacept se fait au cas par cas.

- Chez les soignants au sens large (médecin, IDE, AS, ASH, etc) du secteur (CHU + médecine libérale) : de 60 à 90 dépistages / demi-journée, 25% sont positifs.

- Pas de cas positif en néphrologie.

-Du fait de la saturation des réanimations on constate une augmentation de la lourdeur des patients non covid hospitalisés dans les autres services. En effet, les patients soit ne vont pas en réa soit en sortent prématurément.

Au vu de la charge de travail que représenterait la prise en charge de 4 patients hémodialysés chronique covid+ et pour limiter au maximum le risque pour le personnel paramédical, il serait nécessaire et indispensable de d'augmenter très significativement les ratios IDE et AS à savoir, 1 IDE pour 2 patients et 1 AS pour 4 patients.

3. Commentaire marseillais

Ce retour d'expérience montre que nos patients sont fragiles soit du fait des comorbidités soit du fait de l'immunosuppression.

Nous devons nous préparer à des choix qui seront difficiles pour n'orienter vers les réanimations que les patients qui peuvent en tirer bénéfice. Pour les dialysés, une base discussion avec les réanimateurs pourra être l'inscription ou non sur liste de transplantation. Nous devons savoir être raisonnables.

Un point majeur est la protection des soignants aussi bien physique - en ayant les bons réflexes barrières dans des environnements très contaminés - que psychologique. Il faut peut-être envisager des groupes de paroles que ce soit formel ou informel. Nous pourrions peut-être demander en fonction de l'évolution, une aide d'une cellule de soutien psychologique.

Concernant les traitements :

Nous semblons tous convaincus de la nécessité d'une antibiothérapie à discuter dans ses modalités (ajout d'un macrolide à la ceftriaxone?).

Pour les antiviraux :

- chez les transplantés, le kaletra précoce pourrait être une stratégie intéressante en prenant garde à l'interaction majeure avec les anticalcineurines. L'hydroxychloroquine associé à l'azithromycine en particulier au début de l'évolution pourrait être un plus et diminuer la durée de contagiosité vis-à-vis du personnel soignant. Nous devons bien réfléchir et affiner cette stratégie thérapeutique.

Enfin, nous devons discuter avec les réanimateurs très en amont sur l'admissibilité d'un patient donné, et envisager un transfert dès que le patient commence à augmenter ses besoins en O₂ (au-dessus de 5 l/min).

Il faudra probablement renouveler ce type de visioconférence durant l'évolution de l'épidémie dans les prochaines semaines.