

# 4<sup>ème</sup> WEBINAR – COVID 19 Néphrologique

Le 07/04/2020

Modérateurs :

Luc Frimat et Thomas Robert

## SOMMAIRE :

1. COVID-19 et Rein : épisode 3. **Pr Stéphane BURTEY (25 minutes)**

### DIALYSE CHRONIQUE

2. Retour d'expérience du service de Néphrologie du CHU de Reims après plus de 3 semaines d'épidémie. **Dr Antoine BRACONNIER (25 minutes)**

### TRANSPLANTATION RENALE

3. Aspects pratiques et utiles de la prise en charge des patients transplantés rénaux. **Pr Maryvonne HOURMANT (25 minutes)**
4. Foire aux Questions **(15 minutes)**

## 1. Introduction

Ce webinar est destiné à fluidifier les échanges entre les néphrologues de France pour faciliter la préparation de la prise en charge de patients COVID positif, grâce au précieux retour d'expérience de ceux qui y sont déjà confrontés.

Ce webinar n'est pas fait pour élaborer des recommandations.

## 2. Retour d'expérience du service de Néphrologie du CHU de Reims après plus de 3 semaines d'épidémie. Dr Antoine BRACONNIER (25 minutes)

### Photographie

- Reims située entre 2 zones épidémiques majeures entre le grand Est et l'île de France.
- Centre lourd prenant en charge 175 patients et centre de repli pour 400 patients dans la région (Saint Dizier, Epernay, Châlons-en-Champagne)
- Flexibilité dans l'organisation avec une unité de soins intensifs néphrologiques COVID négatif.

### Evolution dans le temps

- 1<sup>ère</sup> semaine
  - 1er cas le 14/03 : diagnostic uniquement fait sur la PCR, toutes les PCR sont revenues + avec des patients probablement atteint depuis quelques jours.
  - Diagnostic par PCR uniquement
  - Patients peu symptomatiques
  - Apparition de Cluster par manque de masque :
    - Dans les associations (4 dans une salle en UDM)
    - Contamination croisée par les transporteurs avec les patients / Co-infection de 3 patients

- Mesure mise en place : sensibilisation des transporteurs au port de masques et formation des équipes.
- Gestion initiale des patients en externe par manque de place en hospitalisation.
- En fin de première semaine : 11 patients COVID+
- 2<sup>ème</sup> semaine
  - Diagnostic par PCR **ET TDM thoracique** qui a permis de rattraper quelques cas avec PCR négative avec évaluation de la gravité radiologique. Il y a une dissociation clinico-radiologique inversée : des TDM positifs avec des patients peu ou pas symptomatiques.
  - Les patients dialysés COVID+ sont hospitalisés dans les différentes unités COVID+ de l'hôpital qui ne sont pas gérées par la néphrologie. Problèmes rencontrés :
    - Organisationnel avec 20 patients dialysés COVID+,
    - Logistique avec brancardage en dialyse des patients venant des différentes unités Covid+ de l'établissement,
    - Thérapeutique des patients pris en charge par des non néphrologues avec des prescriptions de traitements inadaptées, multiplicité des unités.
- 3ème semaine :
  - phase de plateau avec stabilisation du nombre de cas.
  - Certains patients négativent leur PCR nasopharyngée
- Début de 4ème semaine :
  - apparition de maladie COVID+ nosocomiale chez des patients résidents en EHPAD ou hospitalisés en SSR ou en service hospitalier avec 7 cas supplémentaires.
  - Les nombres de cas venant du domicile sont stables.

### Caractéristiques de l'épidémie :

- Certains patients cachent leurs symptômes au moment du questionnaire de triage à l'arrivée en dialyse par peur d'être branché en retard ou d'être hospitalisé. Il faut insister sur l'interrogatoire. Rattrapage lors de la visite du médecin.
- Se méfier des confusions fébriles
- Si patient suspect :
  - Isolement dans un box de consultation dans l'attente de la PCR et du TDM thoracique.
  - Prélèvement Nasopharyngé et TDM Thoracique
  - Biologie => NFS, CRP, PCT, Ionogramme Sg, Mg++, BHC, CPK, LDH, Troponine, NT-proBNP, D-Dimère, 1 série d'hémoculture, Gaz du Sang
  - ECG
- Patients COVID+ :
  - Au total : 31 patients COVID+
    - 1/3 des patients venant des UAD et UDM et 2/3 du centre lourd
    - Age moyen 75 ans – BMI 27 - 50% de diabétique, 1/3 avec antécédent de cancer – 2/3 avec HTA – 20 à 25% sous anticoagulant
    - 60% issu du domicile et 40% de structure EHPAD/SSR
    - Sur 12 patients initialement en ambulatoire :
      - 7 hospitalisés dans un délai de 48h dont 6 sortis d'hospitalisation,
      - 5 patients restés ambulatoire
    - Sur 18 patients initialement hospitalisés :
      - 5 sont passés en réanimation
      - 4 décès (dont 1 patient en DP),
      - 2 patients en soins palliatifs,

- Attention aux diagnostics différentiels : 2 pneumopathies, 1 septicémie à S. Aureus sur cathéter de dialyse, 1 choc septique.
- Hospitalisation en fonction de la clinique. Patients de plus en plus hospitalisés avec insistance auprès des médecins responsables des unités COVID+. Patients peu ou pas hypoxique le jour de l'hospitalisation, mais se dégradant très vite à J7-J10
- La surveillance de la capnie peut être un outil pour dépister l'aggravation des cas (témoignant de l'hyperventilation)
- En séance :
  - Perte de poids
  - Mesure du poids pas toujours possible (Unité COVID, Patient)
  - UF à l'aide des courbes de volume plasmatique, Hémocontrolé
  - Attention patient sévère (Coeur pulmonaire aigu si EP)
- Ne pas hésiter à refaire POC et TDM chez des patients ayant déjà été testés négatifs (POC + TDM) mais qui gardent des symptômes évocateurs. Si dissociation (TDM normal et Oxygénorequérance importante) => rechercher une embolie pulmonaire
- Le patient dialysé n'est pas vraiment confiné : Transport en dialyse, Aide à domicile, famille, IDE libérale.
- Attention aux IRC stades IV et V qui basculent au stade de la dialyse

#### **Gestion des équipes en dialyse :**

- En dialyse : 43 IDE, 3 PH, 1 interne
  - 7 arrêts de travail avant COVID
  - Jusqu'à 19 arrêts il y a 10 jours :
    - 10 consultations à la Médecine du Travail (à stimuler++)
      - 2 IDEs COVID +
    - 6 évictions pour risque médical
    - Externes formés au montage de machine

### **3. Aspects pratiques et utiles de la prise en charge des patients transplantés rénaux. Pr Maryvonne HOURMANT (25 minutes)**

#### **Préparation**

- Mise en place de réunion bi-hebdomadaire présidentielle avec élaboration des protocoles à l'aide des infectiologues.
- Tous les patients COVID+ iront dans des unités Covid+ pris en charge par les infectiologues.
- Le néphrologue doit être appelé systématiquement dès qu'un patient greffé rénal est hospitalisé en unité COVID+ ou dès qu'il est vu en Cs dédiée COVID+ en ambulatoire par un infectiologue pour adapter l'immunosuppression.

#### **Organisation du service**

- Activité de greffe : arrêt de l'activité des donneurs vivants depuis le 05/03
- Hospitalisation :
  - Unité de soins intensifs : peu de patients mais patients lourds en post réanimation
  - Unité conventionnelle pleine.
- Hôpital de jour :
  - activité modifiée avec arrêt des biopsies de greffon programmés, des injections non indispensables (eculizimab conservé, rituximab d'entretien discuté au cas par cas).

- Concernant le nulojix : relais de 11 patients sur 55 par anticalcineurines, autorisation pour le faire à domicile en cours d'organisation.
- Consultation de greffe : uniquement en téléconsultation sauf pour les greffés de moins de 1 mois.
- Discussion au cas par cas au préalable pour diminuer l'immunosuppression des patients à fort risque : plus de 70 ans, lymphopénie >800G/L et CD4 > 200
- Annulation des consultations pré greffées.

Une vraie réflexion doit être menée pour ne pas être submergé de travail en prévision de la fin d'épidémie.

#### 4. Foire aux Questions dont les réponses sont dans le texte

DR ANNE WUILLAI, AIDER SANTE ANTENNE ALES

#### Anticoagulation systématique chez ces patients ?

Suivre les recommandations du Groupe d'Intérêt en Hémostasie Périopératoire (GIHP) et du groupe Français d'Etudes sur l'Hémostasie et la Thrombose (GFHT)

([https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewivlu-yn9boAhXSuHEKHRjOA2gQFjABegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.portailvasculaire.fr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocs%2Fccovid-19\\_gihp-gfht-3\\_avril\\_final.pdf&usq=AOvVaw0q5zNL9xXJwn94nIGH8ely](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewivlu-yn9boAhXSuHEKHRjOA2gQFjABegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.portailvasculaire.fr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocs%2Fccovid-19_gihp-gfht-3_avril_final.pdf&usq=AOvVaw0q5zNL9xXJwn94nIGH8ely))

#### Prévention et traitement des complications thrombotiques en cas d'infection par le COVID-19 hospitalisé

	Pas d'oxygénothérapie	Oxygénothérapie	Oxygénothérapie nasale à haut débit ou ventilation artificielle	Monitoring de l'anticoagulant
IMC <30 kg/m <sup>2</sup>	HBPM dose prophylactique standard ou fondaparinux (par ex : enoxaparine 4000 UI/24h SC; enoxaparine 2000 UI/24h SC si Clcr entre 15 et 30 ml/min; enoxaparine 3500 UI/24h SC si Clcr >30 ml/min; fondaparinux 2,5 mg/24h si Clcr >60 ml/min)			Surveillance de l'activité anti-Xa: - HBPM : éviter le surdosage (> 1,2 UI/ml pour l'énoxaparine)
IMC ≥30 kg/m <sup>2</sup> sans FDR*	enoxaparine 4000 UI/12h SC enoxaparine 6000 UI/12h SC si poids >120 kg HNF : 200 UI/kg/24h, si Clcr < 30 ml/min			- HNF : objectif 0,3-0,5 UI/ml
IMC ≥30kg/m <sup>2</sup> avec FDR*				
Thromboses itératives de cathéter ou de filtre d'essai Syndrome inflammatoire marqué (par ex: fibrinogène >6 g/L) Hypocoagulabilité (par ex: D-dimères >3 µg/ml) ECMO Traitement anticoagulant au long cours	HBPM à dose curative par ex. enoxaparine 100 UI/kg/12h SC (poids réel), sans dépasser 10 000 UI/12h.  HNF 600 UI/kg/24h si Clcr <30 ml/min si ECMO  Réévaluer la dose en cas de défaillance multiviscérale ou de coagulopathie de consommation.			Surveillance de l'activité anti-Xa: - HBPM : éviter le surdosage (> 1,2 UI/ml pour l'énoxaparine)  - HNF : objectif 0,5-0,7 UI/ml

\*Facteurs De Risque (FDR) thromboemboliques : cancer actif, antécédent personnel de thrombose...  
Clcr : Clearance de la créatinine; HBPM : Héparine non fractionnée; HNF : héparine non fractionnée  
NB: le risque faible n'est pas représenté

Dr POUX JM, AURAL, LYON

#### Durée de l'infection, de la contagion ?

On ne sait pas. Les données actuelles montrent 15 à 21 jours.

#### Combien de temps garder en unité COVID les patients en voie évidente de guérison, 21 jours ?

Cela dépend des centres. A voir avec les infectiologues locaux.

Par ailleurs, la DGS a émis des recommandations ([https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19\\_fiche\\_medecin\\_v16032020finalise.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche_medecin_v16032020finalise.pdf)) et notamment les suivantes :

Les points de vigilance pour permettre un suivi à domicile des patients sont :

- Au plan clinique, absence de critères de gravité ;
- Au plan du logement et de l'environnement du patient : une pièce dédiée et aérée, où le patient pourra rester confiné, des moyens de communication possible (téléphone, ordinateur ...), un accès aux besoins de base (autonomie pour faire des courses en ligne ou possibilité de recours à une aide) ;
- Une compréhension pour le patient des règles d'hygiène (désinfection des surfaces, nettoyage des WC et salle de bain) et d'auto-surveillance ;
- L'absence de personne à risque de Covid-19 grave au domicile si les règles d'isolement ne peuvent pas être respectées

JUGANT SEBASTIEN

**Que faites-vous des patients avec une clinique très évocatrice de covid avec une 1 ère PCR négative.  
Reste-t-il suspect ?**

AGNES CAILLETTE BAUDOUIN :

**Place du scanner thoracique pour le diagnostic chez le dialysé ?**

## **5. Conclusion**

Le prochain webinar sera réalisé en collaboration avec France Rein pour permettre de répondre aux questions des patients le Mardi 14/04/2020.