



INFECTION A COVID-19 ET ANTICOAGULATION

Version du 14 avril 2020

Mme Dr A Ballerie, Mme Dr I Gouin, Dr P Gueret, Pr G Mahé, Dr A Mansour, Dr N Nessler,
Pr P Jégo, Dr Y. Launey, Dr F Reizine au nom du GRHEMO.
Mme I Cardier, Pr Y Mallédant au nom du Comedims

Certaines données laissent à penser qu'il pourrait exister une augmentation du risque thromboembolique chez les patients infectés par le Covid 19 sans qu'il ne soit possible de préciser la part respective du rôle propre du virus, de l'hypercoagulabilité, de l'état inflammatoire, du surpoids, de l'alitement, de la ventilation prolongée le cas échéant, dans la genèse de ces événements. De nombreuses propositions ont été avancées.

Au CHU de Rennes, une réflexion sur l'anticoagulation chez ces patients a conduit à une première ligne de recommandations (3 avril 2020). Actuellement, vingt événements thromboemboliques ont été identifiés au CHU chez des patients Covid + : 6 embolies pulmonaires et 14 thromboses veineuses. On retient une seule embolie pulmonaire proximale et une seule thrombose veineuse proximale des membres inférieurs. Il s'agit, avant tout, de thromboses veineuses surales. Aucun décès n'a été attribué à la maladie veineuse thrombo-embolique.

Dans les unités COVID+ non Réa (UMIP, Pneumo,...)

Une anticoagulation prophylactique doit être envisagée pour tous les patients hospitalisés en dehors de tout syndrome hémorragique :

- BMI < 30 kg/m² : Enoxaparine 4000 unités par jour par voie sous-cutanée
- BMI 30 à 40 kg/m² Enoxaparine 6000 unités par jour par voie sous-cutanée
- BMI > 40 kg/m² Enoxaparine BMI x 2 (ex : BMI 42 - Enoxaparine 4000U matin et soir)

Si DFG < 15 ml/mn Tinzaparine 3500 unités par jour par voie sous-cutanée

Si le DFG < 15ml/min, nous ne préconisons pas la Calciparine 0,2 ml x 3 par jour et nous proposons un traitement par Tinzaparine 3500 unités par jour. Afin de s'assurer de l'absence d'accumulation, il est possible de réaliser un dosage de l'activité anti-Xa 4 h après l'injection à J3 et J7 puis, une fois par semaine.

Lorsqu'un patient quitte une unité Covid + pour rejoindre son domicile, un SSR ou son EHPAD, le traitement prophylactique ne doit pas être maintenu de façon systématique. Il le sera, pour une durée totale de 14 jours (AMM), chez les patients ayant une néoplasie active ou un antécédent de maladie veineuse thromboembolique. Il se discutera chez des patients ayant un ou plusieurs facteurs de risque (âge > 75 ans et/ou BMI > 30 kg/m²) présentant une réduction significative de l'autonomie. La poursuite du traitement au-delà de 14 jours sera à discuter au cas par cas.

Chez les patients diagnostiqués Covid + et non hospitalisés (domicile, EHPAD), le même schéma est appliqué.

Dans les unités Réa

Le schéma proposé dans les unités Covid + non réa (cf ci-dessus) sera appliqué en réanimation chez les patients sans insuffisance rénale sévère, ni profil inflammatoire. Ce dernier est défini, arbitrairement, par un taux de D-dimères > 3000 ng/ml et/ou un taux de fibrinogène > 8 g/l.

Si le patient a une insuffisance rénale sévère et n'a pas de profil inflammatoire -> HNF IVSE :

- . bolus initial HNF de 80 U / kg
- . objectif : activité anti-Xa entre 0,2 et 0,3 U/ml
- . ne pas dépasser 0,5 U/ml

Si le patient a un profil inflammatoire et/ou si l'on note une élévation des paramètres biologiques :

- . BMI < 30 kg/m² : enoxaparine 4000 unités par voie sous-cutanée x 2
- . BMI 30 à 40 kg/m² : enoxaparine 6000 unités par voie sous-cutanée x 2
- . BMI > 40 kg/m² : enoxaparine 100 U/kg/12 heures sans dépasser 10000 U / 12h
mesure de l'activité anti-Xa, 4 à 5 heures après l'injection
deux fois par semaine
objectif : < 1,4 U/ml

EHPAD ou SSR COVID

L'anticoagulation prophylactique repose sur une injection systématique d'enoxyaparine 4000 unités par jour.

Ne pas oublier d'arrêter le traitement dès que la phase aiguë sera terminée.

Lorsqu'un patient quitte une unité Covid + pour rejoindre un SSR ou son EHPAD, le traitement prophylactique ne doit pas être maintenu de façon systématique. Il le sera, pour une durée totale de 14 jours (AMM), chez les patients ayant une néoplasie active ou un antécédent de maladie veineuse thromboembolique. Il se discutera chez des patients ayant un ou plusieurs facteurs de risque (âge > 75 ans et/ou BMI > 30) présentant une réduction significative de l'autonomie. La poursuite du traitement au-delà de 14 jours sera à discuter au cas par cas.

Chez les patients diagnostiqués Covid + et non hospitalisés (domicile, EHPAD), le même schéma est appliqué.

Il n'y a pas d'intérêt de faire un dosage des D-Dimères.

Chez les patients en EHPAD qui seront dépistés Covid + bien qu'étant totalement asymptomatiques, il n'y aura pas lieu de proposer une anticoagulation prophylactique systémique.

D-dimères et Fibrinogène

En réanimation et dans les unités Covid, il faut faire un dosage à l'admission.

Ce jour, nous préconisons une surveillance des D-dimères et du fibrinogène chez les patients en réa recevant une HBPM ou de l'HNF à doses prophylactiques. Il est proposé de doser les D-Dimères et le fibrinogène à J1, J3 et J5. En cas d'élévation du taux, il faudra se poser la question d'un traitement à posologies curatives.

AOD

Aucune place pour les AOD à la phase aiguë en prophylaxie

Angio-Scanner

Intérêt de réaliser un angio-scanner injecté en cas d'aggravation : extension de pneumopathie virale, foyer de condensation, embolie pulmonaire, ...

Echo-doppler veineux

Pas d'examen systématique chez les patients Covid +. L'indication doit être clinique.

ECMO

La mise en place d'une ECMO (veino-veineuse ou veino-artérielle) expose à un risque thrombotique élevé. Il est donc proposé de prescrire une anticoagulation curative par HNF dès l'implantation et de façon indépendante du débit d'ECMO, en associant un bolus initial et l'utilisation d'un nomogramme basé sur le poids.

Dialyse

en attente

Traitement d'une EP

En réa : HNF IVSE avec adaptation sur activité anti-Xa - Ne pas oublier le bolus initial

Dans les autres unités : HBPM avec relais AVK si le Covid est à risque d'aggravation c'est-à-dire chez les patient(e)s présentant des symptômes depuis moins de dix jours. Un relais AOD pourra s'envisager. Un AOD pourra être proposé en première intention en l'absence d'interaction médicamenteuse et après 10 jours d'évolution du Covid.

Grossesse et COVID

<https://sfar.org/download/preconisations-caro-sfar-cngof-sur-hemostase-et-thrombose/?wpdmdl=25979&refresh=5e9044bd404611586513085>

Modification du traitement anticoagulant à l'admission (AVK, AOD)

Si on pense que le patient risque d'être transféré en réa : oui. Si non, plutôt ne pas changer.

Pour les autres situations ou pour toutes les autres questions, il est possible de contacter le 86722.