

TRAITEMENTS SPECIFIQUES COVID-19

Population

This recommendation applies only to people with these characteristics:



Interventions

Strong recommendations in favour

Weak or conditional recommendations in favour

For those with highest risk of hospital admission

Disease severity

Non-severe

Severe

Critical

Absence of signs of severe or critical disease

Oxygen saturation <90% on room air

Signs of pneumonia

Signs of severe respiratory distress

Requires life sustaining treatment

Acute respiratory distress syndrome

Sepsis

Septic shock

Corticosteroids

IL-6 receptor blockers

or

Baricitinib

Depending on availability as well as clinical and contextual factors

Nirmatrelvir and ritonavir



Sotrovimab

Remdesivir

Qualité des évidences pour tous ces traitements :

<https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3379>

<https://www.covid19nma.com>

Recommandations OFSP / SSI : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/information-fuer-die-aerzteschaft/covid19_vo_2.html#573914566

AMBULATOIRE

Les critères ci-dessous s'appliquent également en hospitalier si le patient est au début d'une infection à SARS-CoV-2, non-oxygénodépendant.

Adultes et adolescents ≥ 12 ans et pesant ≥ 40 kg.

1. ET infection confirmée par test Ag ou PCR.
2. ET une forme légère de COVID-19 (pas oxygénodépendant)
3. ET de préférence dans les 5 jours après les premiers symptômes
4. ET avec une sérologie négative (CAVE: pas fiable pour patient sous IVIG) ou un titre d'anticorps anti-S < 250 UI .
5. **ET faisant partie du groupe de patients fortement immunosupprimés défini ci-dessous :**

Infection par le VIH avec un nombre de cellules T CD4+ < 200 par μ l

Immunodéficiences héréditaires

Traitement par anticorps monoclonal anti-CD20 ou anti-CD19 ou autres thérapies de déplétion des cellules B, inhibiteurs de la tyrosine kinase de Bruton, y compris les traitements immuno- supprimeurs combinés (notamment en cas d'utilisation prolongée de glucocorticoïdes > 20 mg d'équivalent prednisone/j)

Hémopathies malignes (par exemple, leucémie, lymphome, GVHD; y compris HSCT autologue et allogénique et CAR-T, myélome multiple, maladies myéloprolifératives) avec neutropénie ($< 1'000$ neutrophiles/ μ l pendant ≥ 1 semaine) ou sous traitement actif ou après HSCT

Drépanocytose

Personnes ayant reçu une transplantation d'organe solide

1. Nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid®)

—> 300 mg nirmatrelvir (2 x comprimés à 150 mg) avec 100 mg de ritonavir (1 x comprimé à 100 mg). Les trois comprimés devant être pris ensemble, deux fois par jour par voie orale pendant 5 jours, sauf contre-indication. Cave : non remboursé en hospitalier

Contre-indications pour nirmatrelvir/ritonavir:

- Insuffisance rénale (DFG < 30 ml/min).

Chez les patients présentant une insuffisance rénale modérée (DFG <60 ml/min), la dose doit

être réduite à 150 mg de nirmatrelvir et 100 mg de ritonavir deux fois par jour pendant 5 jours.

- Insuffisance hépatique (Child Pugh classe C)

- Co-médication avec des médicaments métabolisés par le CYP3A. Utiliser le [drug interactions checker](#) dans toutes les situations où Paxlovid est prescrit. Une liste des médicaments contre-indiqués est disponible sur : [Paxlovid Drug-Drug Interactions | COVID-19 Treatment Guidelines \(nih.gov\)](#)

Ordonnance OFSP : [Paxlovid ordo ambulatoire](#)

2. Si le Paxlovid® est contre-indiqué:

- **mAbs - Sotrovimab (Xevudy®) 1000 mg i.v. si anti-S négatifs ou <250 (cf critères)**
- **Antiviral - Remdesivir (Veklury®) 200 mg le jour 1, puis 100 mg le jour 2 et le jour 3.** REF: Gottlieb - NEJM 2022 [Contre-indications](#) : insuffisance rénale avec Clcréat <30 ml/min, hépatite avec ALAT >5x N, hypersensibilité connue.

PROPHYLAXIE PRE-EXPOSITION :

Vaccins mRNA (ou protéiniques) reconnus en Suisse

Continuer à promouvoir la vaccination complète contre le SARS-COV 2 avec primo-vaccination (2 doses ou 3 doses si immunosuppression) et une dose de booster (L'infection confirmé compte comme une dose), qui reste la mesure de prévention encore la plus efficace et cost-effective.

Tixagevimab/cilgavimab (Evusheld) si pas de réponse au vaccin

La thérapie d'immunisation passive est principalement administrée aux patients qui appartiennent au groupe fortement immunosupprimé énuméré ci-dessus et qui, en outre, remplissent l'un des critères suivants:

- (i) absence de réponse anticorps anti-Spike-IgG (c'est-à-dire test anticorps absent ou presque absent) après vaccination avec au moins trois doses d'un vaccin contre le SARS-CoV-2 autorisé en Suisse (de préférence un vaccin à ARNm), et en partant

du principe qu'une quatrième dose ne devrait pas augmenter le taux d'anticorps. Le titre d'anticorps devrait être mesuré dans les quatre semaines suivant la dernière dose de vaccin.

ou

(ii) qui ne peuvent pas être vaccinés du fait de leur incapacité à développer une protection vaccinale en raison d'une HCT allogénique, d'une thérapie CAR-T ou d'une thérapie par déplétion des cellules B au cours des < 3 derniers mois.

Prescription : administration intramusculaire (i.m.) de 300 mg tixagevimab et 300 mg cilgavimab en deux injections intramusculaires distinctes et séquentielles, avec répétition des doses tous les six mois, tant que le SARS-CoV-2 circule.

Ordonnance OFSP : [Evusheld ordo](#)

HOSPITALIER (Oxygénothérapie)

Dexaméthasone (stéroïdes)

Dexaméthasone 6mg/j po (= Méphamésone 8mg iv) pour 7-10 jours pour tout patient avec COVID + oxygénodépendant. Alternative possible avec d'autres stéroïdes (prednisone 40mg/j par exemple)

CAVE :

- Stéroïdes contre-indiqués en l'absence de besoin d'O₂ et contre-indiquée grossesse 1er trimestre.
- Dexaméthasone interactions avec nouveaux anticoagulants oraux

Tocilizumab (Actemra®)

En plus des corticoïdes et non à la place, si évolution non favorable après 24h de stéroïdes et absence d'argument pour autre cause de péjoration respiratoire (BPN bactérienne, EP), en particulier si syndrome inflammatoire important (CRP >75).

CAVE : sepsis bactérien ou fongique à écarter avant de débuter le tocilizumab.

Contre-indications : sepsis, **Traitement par anti-TNF ou autre agent biologique** (ou ATCD de TTT < 1 mois), neutropénie ou thrombopénie < 50G/l, ASAT/ALAT > 5x N, hépatopathie Child B/C, immunodéficience primaire, diverticulite, chirurgie abdominale récente, ulcère gastro-intestinal actif.

Femmes enceintes à discuter avec obstétricien et infectiologue

Bilan : dépistage HBV/HCV/HIV avant introduction traitement. Si positif, avis du SMINF. Dépistage TB par IGRA n'est plus recommandé d'office.

Dosage et voie d'administration : dose unique de 8 mg/kg (poids réel) IV sur 60 min (dose max. 800 mg) à diluer uniquement dans NaCl 0.9%. Pour simplifier vu le prix et la disponibilité (fliales de 80, 200 et 400mg) :

- 800 mg pour poids >90kg
- 600 mg pour poids >65 and ≤90 kg
- 400 mg pour poids >40 and ≤65 kg
- 8mg/kg pour poids ≤40 kg

En cas d'indisponibilité d'un dosage, arrondir à la dose la plus proche en utilisant, le cas échéant, des fioles de 80mg.

CAVE:

Suivi clinique étroit, EF CRP non fiables après traitement, PCT mieux mais pas parfait

Suivi tests hépatiques aux 48h

Poursuite des autres traitements (stéroïdes)

Interactions : <http://www.covid19-druginteractions.org/>

Remdesivir (Veklury®):

—> Indication hospitalière 5 jours : Immunosuppression sévère sans espoir de « contrôle de la charge virale »

Prescription : Remdesivir 200mg IV o.u. puis 100mg IV 1x/j pdt 5 jours au total

Contre-indications : insuffisance rénale avec Clcréat <30 ml/min, hépatite avec ALAT >5x N, hypersensibilité connue. Population spéciale : grossesse, pédiatrie, discuter avec Pharmacie

CAVE : Femmes enceintes à discuter avec obstétricien (Dr Eggel pour HVS) et infectiologue