

Voici le récit du Pr Hubert BLAIN Chef du Pôle de Gériatrie du CHU de Montpellier

INFORMATIONS importantes concernant le covid 19 au sein d'une EHPAD

Chères Amies, chers Amis,

J'ai eu au téléphone ce matin le médecin coordonnateur de l'EHPAD qui est l'un des clusters de l'épidémie de COVID sur Montpellier. Ils ont fait hospitaliser deux patients qui sont décédés récemment.

Leur travail est exemplaire et cet EHPAD permet un retour d'expérience important car ils ont 47 résidents sur 70 infectés (tous n'ont pas eu évidemment de tests) mais ils ont tous une symptomatologie de type COVID typique (cf ci-dessous) et tous les soignants symptomatiques ont été testés positifs. Le médecin coordonnateur est lui aussi malade mais continue à travailler, comme de nombreux soignants dans la même situation.

Voici, suite à la discussion que nous avons eue ce matin avec ce médecin coordonnateur tous les retours d'expériences potentiellement utiles pour nous:

- Le premier patient qui a été adressé au CHU de Montpellier le 6 mars et qui est décédé hier a été adressé non pas pour symptôme respiratoire mais **pour diarrhée**. Les **symptômes respiratoires sont apparus 3 jours après** et le diagnostic a été confirmé le 10 mars. Sur les 47 patients infectés dans cet EHPAD, près d'une dizaine ont commencé leur "maladie" par des symptômes digestifs avant de développer des symptômes typiques.

- Le second patient qui est décédé a été adressé au CHU suite à une chute avec fracture du poignet début mars, les **chutes étant non habituelles** chez ce patient. Les symptômes respiratoires sont apparus quelques jours après avec diagnostic porté 4 jours après l'entrée au CHU. Depuis lors, plusieurs patients de cet EHPAD ont présenté des chutes inhabituelles ou ont eu des **signes hypoactifs de confusion** avant de développer des symptômes respiratoires et une fièvre. C'est ce **délai au diagnostic lié au caractère non respiratoire ni fébrile du début de la symptomatologie** qui est probablement responsable du fait que l'EHPAD a été très vite débordé avec maintenant des cas très nombreux.

- Les autres patients avaient une **lymphopénie inexpliquée sur le bilan biologique avec un syndrome inflammatoire léger (CRP < 30) et un fébricule léger** (jamais beaucoup de fièvre au début). Les **symptômes respiratoires sont apparus ensuite**, de même que des **variations de température et hémodynamiques extrêmes (avec hypothermie à certains moments)**.

- En effet, quand les patients sont atteints, ce médecin est marqué par le **caractère très labile de la symptomatologie** avec tantôt un **très grand niveau de fièvre** tantôt une **hypothermie**, tantôt des **troubles hémodynamiques majeurs avec marbrures et hypotension sévère** (nécessitant une hydratation, compliquée à mettre en place en EHPAD : seulement sous-cutanées possibles dans cet EHPAD), au point de faire suspecter le décès imminent puis retour à un état normal avant de nouveau de récidiver. Cela explique que certains patients adressés par cet EHPAD au CHU dans un état de choc avec cyanose n'ont pas été acceptés car à l'arrivée du MIT, la situation n'était pas jugée suffisamment grave mais la situation s'est ensuite re-dégradée.

De ces éléments, ce médecin s'est adapté en faisant une zone de l'EHPAD avec des patients indemnes de tous ces symptômes et tous les patients qui développent diarrhée, **ou changement brutal du comportement (confusion, chute, comportement inhabituel)**, bénéficient des mêmes

règles d'isolement que les patients infectés. Dans presque tous les cas, pour ces derniers patients apparaissent dans les 4 à 5 jours des symptômes respiratoires ou de la fièvre. Cela a permis à l'EHPAD de ralentir considérablement la progression du nombre de cas en anticipant les mesures de protection et de faire que un tiers des résidents restent indemnes malgré tout.

A mon sens, il faut informer nos EHPAD mais aussi nos services recevant des sujets âgés que **le COVID peut commencer chez le sujet âgé fragile par**

- **une diarrhée ou des vomissements**
- **une lymphopénie**
- **un changement brutal de l'état de santé par rapport à l'état habituel (avec confusion ou chutes par exemple)**
- **un fébricule avec variations de température d'un moment à l'autre avec oscillations entre hyper et hypothermie, nécessitant de prendre plusieurs fois la température dans la journée pour évoquer le diagnostic**
- **une instabilité hémodynamique**

**Indépendamment des signes plus typiques chez des patients (signes respiratoires, haut niveau de fièvre) qu'il ne faut pas attendre pour évoquer le diagnostic.**

Ces symptômes étant très fréquents chez nos patients, peut-être faut-il informer les médecins gériatres et plus généralement les médecins voyant des patients âgés fragiles qu'en présence de ces symptômes, il faut suspecter une forme débutante de COVID19 et prendre les précautions contact et gouttelettes avec ces patients pendant quelques jours (1 semaine ?) et évoquer le diagnostic dès que les symptômes respiratoires commencent, permettant de gagner du temps sur la propagation de l'épidémie en EHPAD et de confirmer le plus tôt le diagnostic des premiers cas.

Il semble que ces spécificités de présentation clinique chez les sujets âgés fragiles soient observées dans d'autres endroits.

A Paris, Mulhouse, et plus généralement dans le Grand-est, puisque nous avons un peu "d'avance" sur les autres villes, avez-vous des observations identiques de manière à ce que nous puissions communiquer en ce sens vers nos EHPAD voire remonter l'information sur la plan national ?

Bien amicalement à vous,

Hubert

Pr Hubert BLAIN

Chef du Pôle de Gériatrie du CHU de Montpellier

Coordonnateur du DES de Gériatrie pour la Région Occitanie

Centre Antonin Balmes

39, avenue Charles Flahault

34295 Montpellier Cedex 5, FRANCE