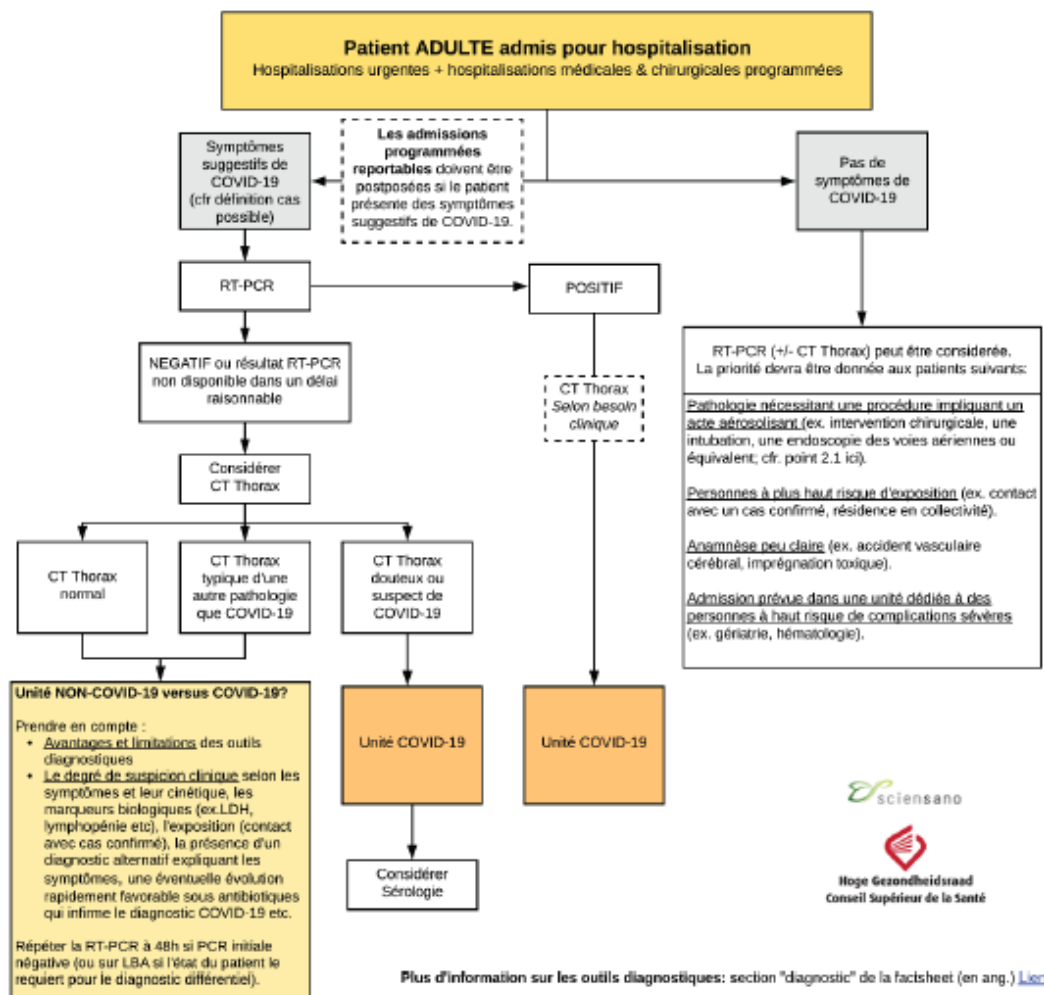


## Guide pour l'utilisation des outils diagnostiques

# ANNEXE 1 : guide pour l'utilisation des outils diagnostiques de COVID-19 les patients adultes hospitalisés

→ [Ouvrir le document en PDF](#)

Ces lignes directrices sont à appliquer en tenant compte du contexte épidémiologique, de la politique interne et de la logistique déjà mises en place localement et en fonction de la capacité de laboratoire de l'hôpital.



**TESTS DE LABORATOIRE**

**RT-PCR :**

- La sensibilité de la RT-PCR au niveau du frottis naso-pharyngé serait la plus élevée le jour précédent et les premiers jours suivants l'apparition des symptômes (période de charge virale la plus haute).
- Afin de minimiser le risque de faux négatifs, les précautions pré-analytiques doivent être respectées (procédure d'échantillonnage, matériel utilisé, conditions de transport); informations disponibles en FR et NL.
- Le test offre une excellente spécificité.

**Test Antigène rapide :**  
Si utilisation comme outil diagnostique ou de dépistage :

- Test positif -> équivaut à RT-PCR positif.
- Test négatif -> toujours faire une RT-PCR (sensibilité max. de 60%).

**Sérologie:**

- Peut être utilisée dans la démarche diagnostique en cas de RT-PCR négative et CT Thorax positif/douteux.
- La sensibilité de ces tests dans des populations pauci ou asymptomatiques est actuellement encore peu documentée.
- La corrélation entre les niveaux d'anticorps et la protection contre la réinfection ou la maladie est actuellement inconnue.

**CT THORAX**

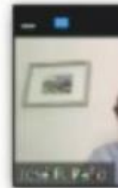
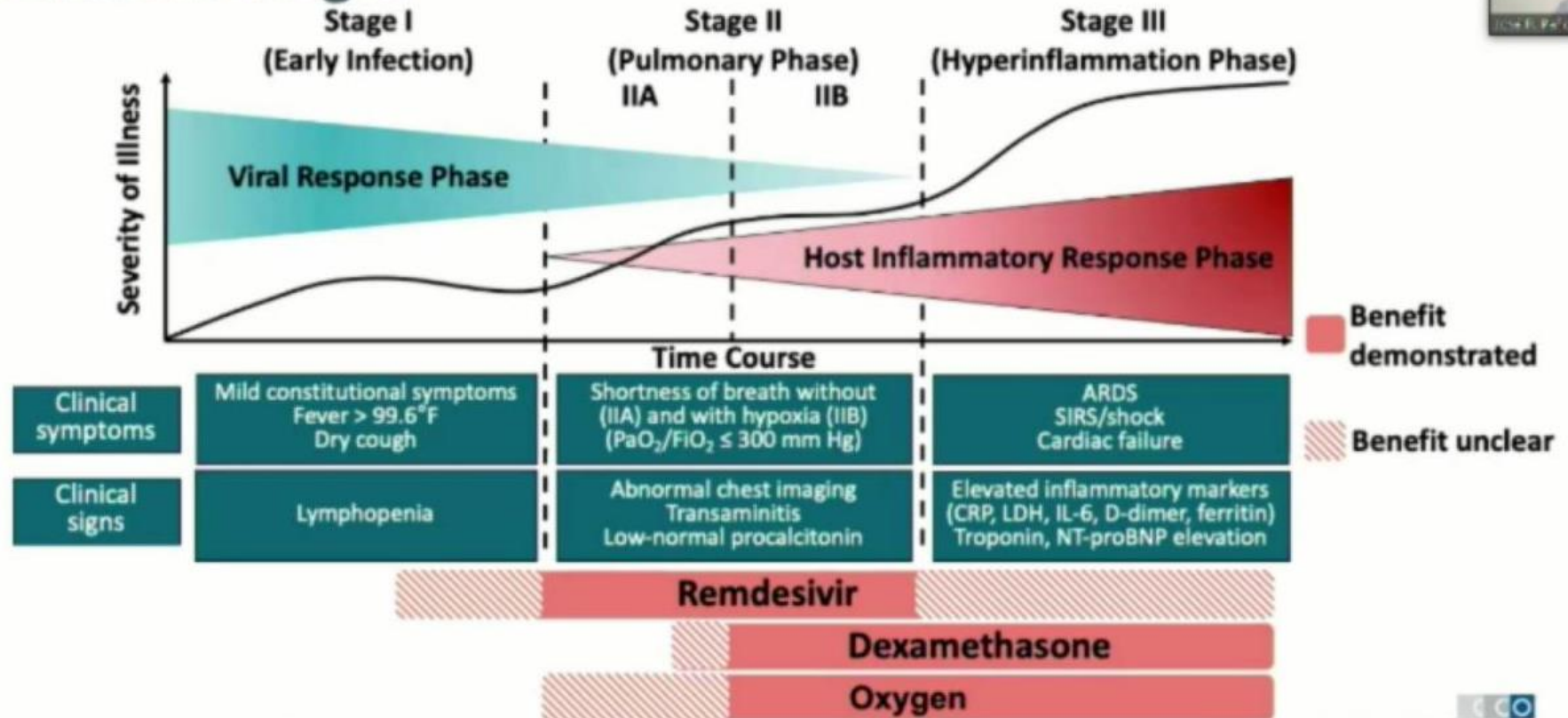
Messages clés extraits de l'avis du CSS ([lien](#)):

- Le CT-scanner thoracique présente une grande sensibilité [...] mais sa spécificité est moins avantageuse.
- Le diagnostic Covid-19 par imagerie doit être confirmé par RT-PCR tant que la situation le permet et dans tous les cas de diagnostic douteux.
- Peut être utilisé comme outil de triage chez des patients hospitalisés sélectionnés sur base clinique (patients identifiés cliniquement comme potentiellement infectés par le SARS-CoV-2, c.-à-d. patients avec plaintes respiratoires, ainsi que dans certaines situations comme des patients incapables de communiquer ou présentant des facteurs de risque), à des fins de répartition entre zones hospitalières Covid – non-Covid [...].
- Sauf exception, le CT-scan ne doit pour l'instant pas être utilisé en première ligne pour le diagnostic de l'infection par le SARS-CoV-2 chez des personnes asymptomatiques hospitalisées ou chez les personnes suspectes de Covid mais ne nécessitant pas d'hospitalisation.

**Par ailleurs, le CT Thorax aurait une sensibilité plus basse dans les premiers jours suivant l'apparition des symptômes.**

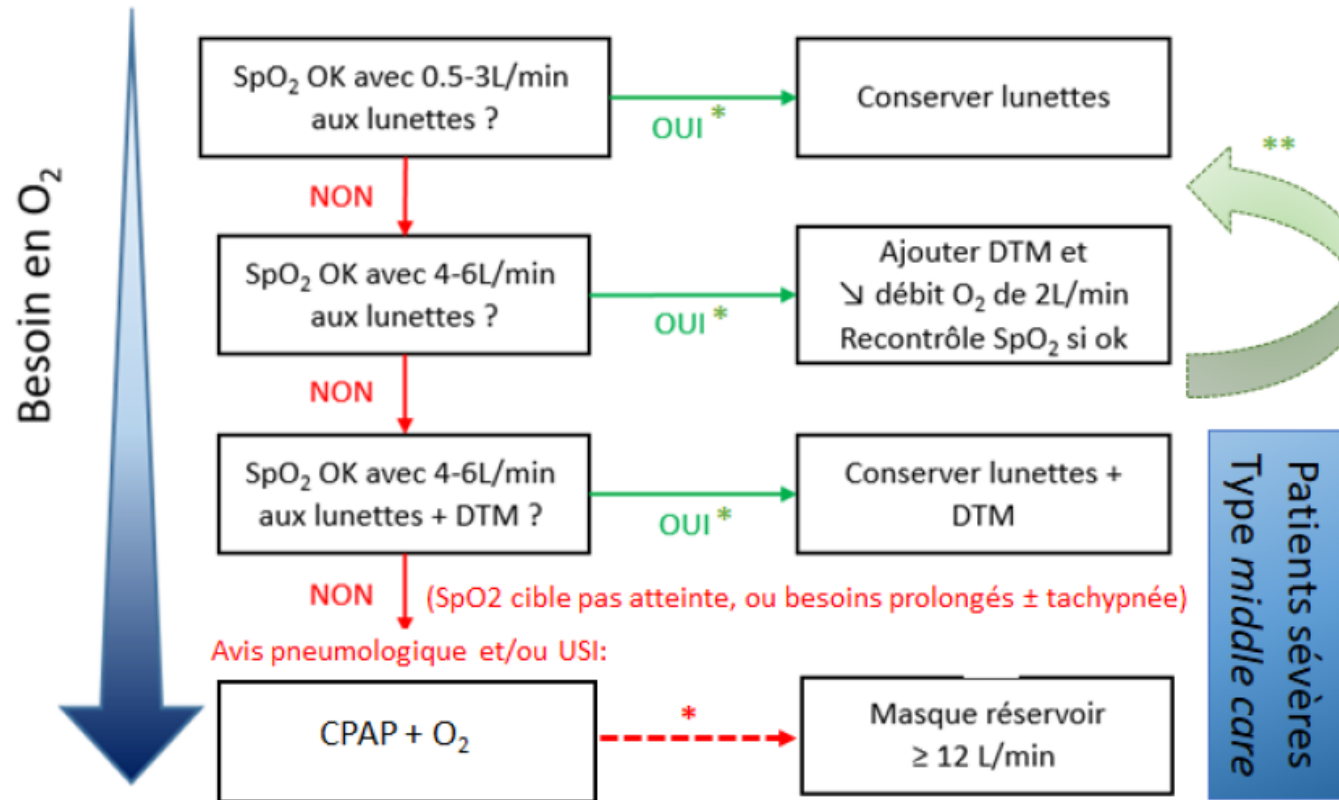
- Pour les **femmes enceintes** sans symptôme de Covid 19: privilégier les méthodes non irradiantes (RT-PCR).
- Pour les **interventions urgentes** impliquant un acte aérosolisant, la rapidité d'obtention d'un résultat du test doit être pris en compte (place potentielle du CT Thorax).

# COVID-19 Therapies Predicted to Provide Benefit at Different Stages



## Oxygène

En pratique, quel débit pour quelle interface – proposition d'approche par étape :



\* Si SpO<sub>2</sub> cible atteinte et pas de signe de fatigue respiratoire (FR < 30/min, ! capnie)

\* Si CPAP mal tolérée (ou peu efficace)

\*\* Stepdown si évolution favorable de la SpO<sub>2</sub> et de la clinique (FR)

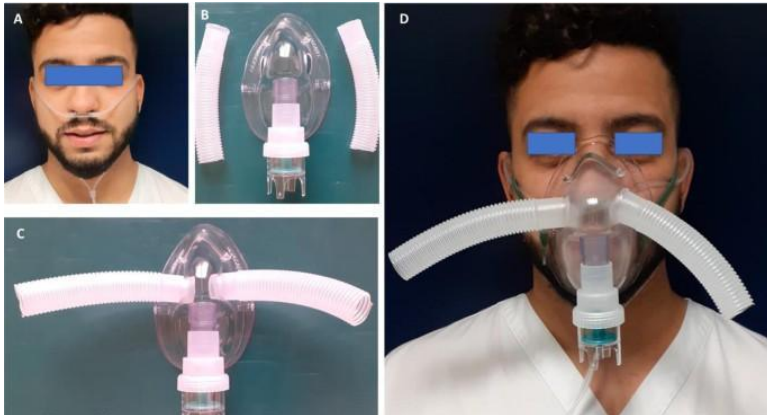
**Double Trump Mask**

### Lunettes d'O<sub>2</sub> :

- Débits : **Jusqu'à 6 L/min** (au-delà, inconfort et inefficacité)
- Avantages : Facile à porter, communication, alimentation, ...
- N.B. : entre 4-6 L/min : déjà inconfort notable

### Lunettes d'O<sub>2</sub> + DOUBLE TRUNK MASK (DTM) :

- Débits : **Entre 4-6 L/min** (O<sub>2</sub> toujours administré via lunettes donc max 6L/min)
- Avantages : le DTM permet de maximiser l'O<sub>2</sub> administré pour un débit donné<sup>3</sup>
  - Améliore donc le confort et diminue la déshydratation (retient l'humidité)



### Antibactérien

## Therapeutic management of bacterial co-infection

- ❖ Give empiric antimicrobials to treat all likely pathogens causing SARI and sepsis as soon as possible, **within 1 hour** of initial assessment for patients with sepsis

Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected:  
Interim guidance WHO March 2020

- ❖ We recommend for patients with:
  - ✗ suspected or confirmed **mild** COVID-19, against the use of antibiotic therapy or prophylaxis;
  - ✗ suspected or confirmed **moderate** COVID-19, antibiotics should not be prescribed unless there is clinical suspicion of bacterial infection;
  - ✓ suspected or confirmed **severe** COVID-19, empiric antimicrobials based on clinical judgment, patient host factors and local epidemiology, should be started **within 1 hour** of initial assessment, ideally with blood cultures obtained first. Antimicrobial therapy should be assessed daily for de-escalation.

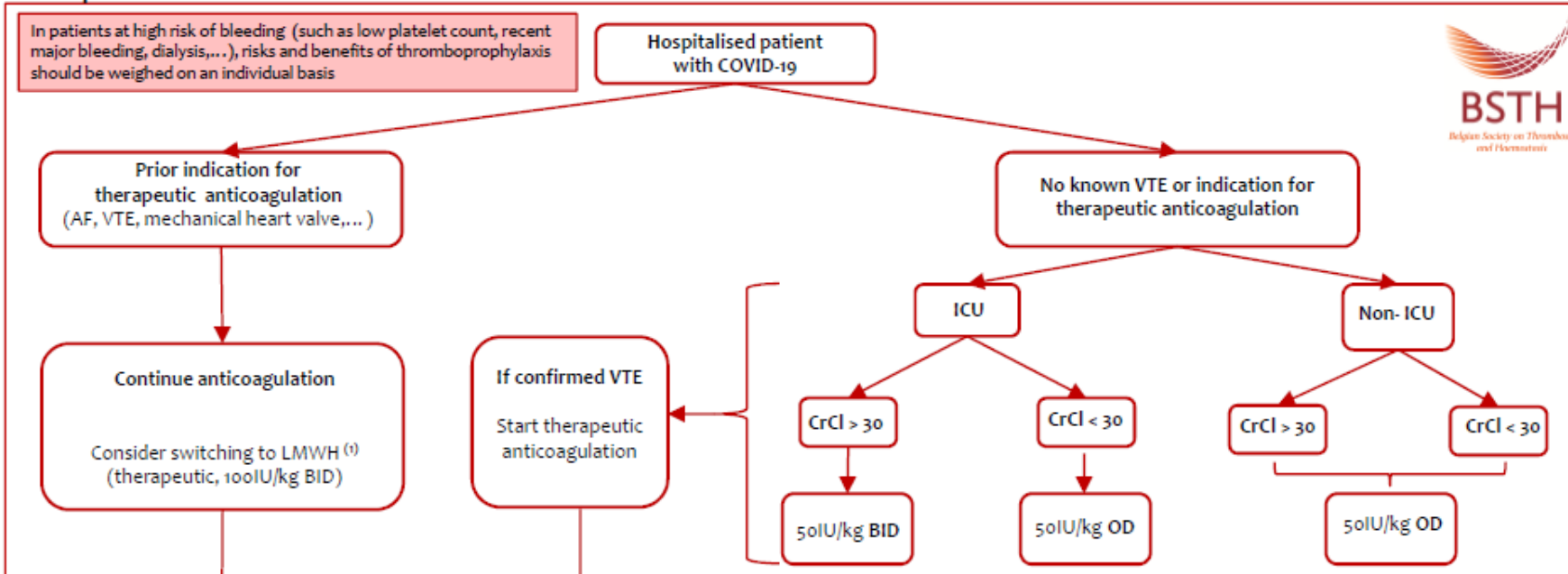
Clinical management of COVID-19:  
Interim guidance WHO 27 May 2020



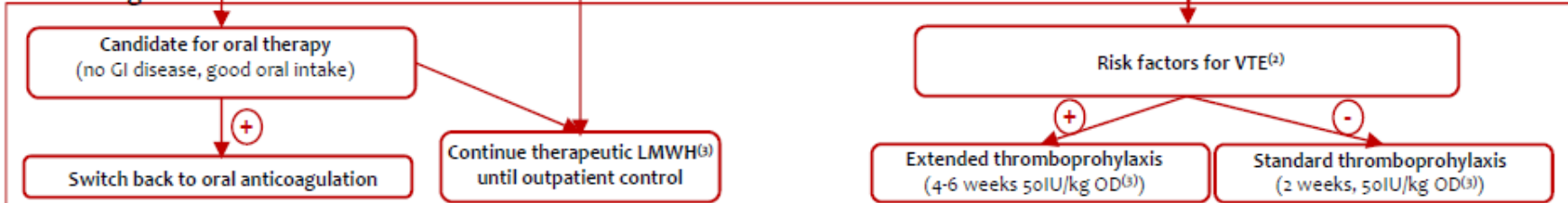
ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

[Antithrombotiques](#)

## In-hospital



## At discharge

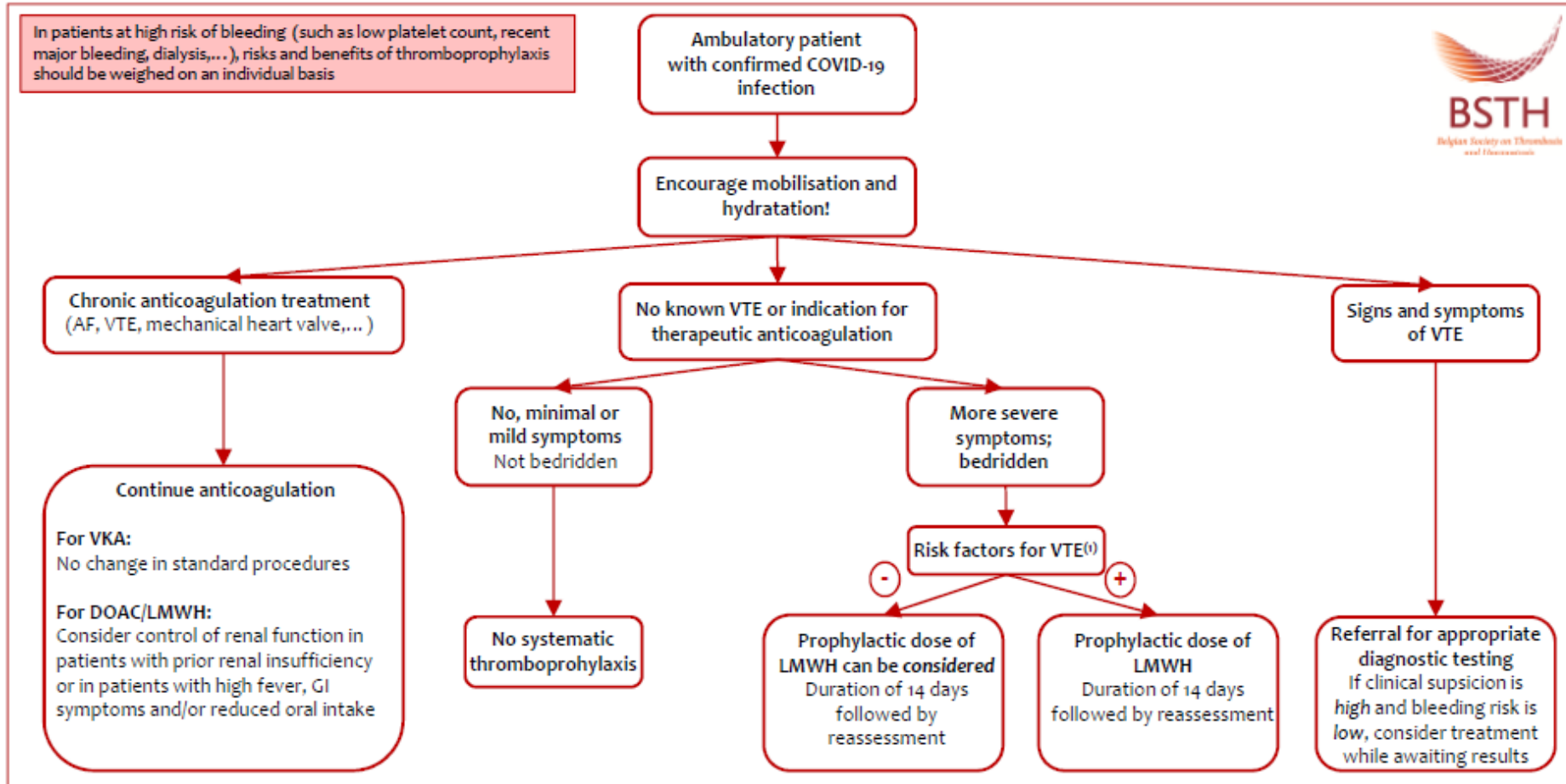


(1) Consider switching to LMWH in following conditions: severely ill patient, GI symptoms, planned invasive procedures, unstable INR and/or presence of drug-drug interactions

(2) ICU stay, known thrombophilia, obesity, immobilisation, heart failure, respiratory failure, age >70, personal or familial history of VTE, active cancer and/or major surgery in the last 3 months

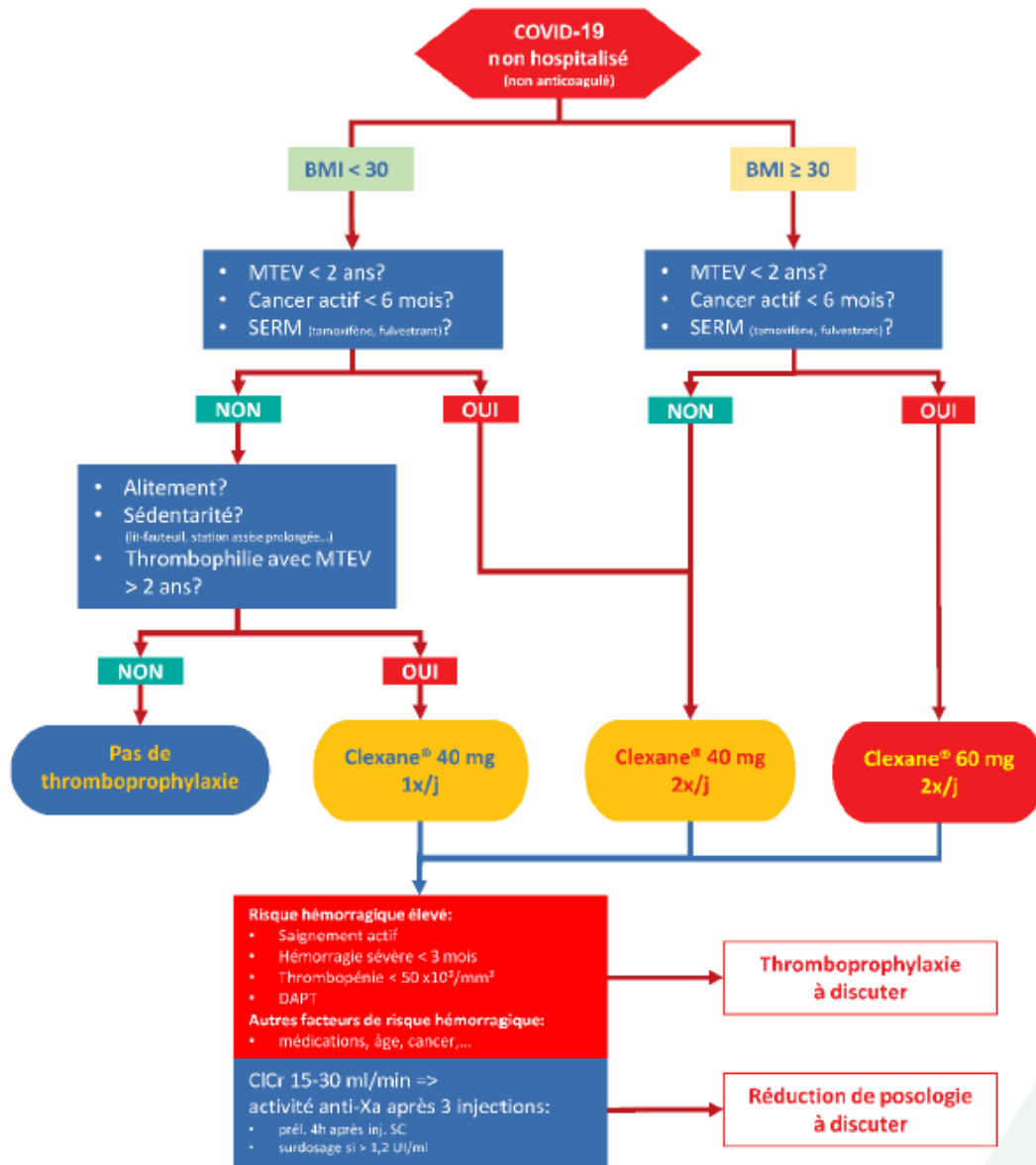
(3) If possible (eligibility, good oral intake,...) consider DOAC treatment or self-administration of LMWH

## Non-hospitalised patients



(1) Risk factors for VTE: known thrombophilia, obesity, heart failure, respiratory failure, age >70, personal or familial history of VTE, active cancer and/or major surgery in the last 3 months

## Thromboprophylaxie et anticoagulation du patient COVID-19 non hospitalisé



**À discuter:**

- Arrêt hormonothérapie substitutive de la ménopause (sauf oestradiol transcutané)
- Arrêt temporaire de la contraception oestroprogestative ou maintien sous thromboprophylaxie; maintien des progestatifs seuls
- Thromboprophylaxie si grossesse et/ou post partum chez une COVID-19 positive

**Contention élastique en journée (du lever au coucher):**

Classe 1, 2 ou 3 en fonction des antécédents et des C-I

**Durée de la thromboprophylaxie:**

- 14 jours minimum extensible à 45 jours (à réévaluer)
- À discuter en sortie d'hospitalisation au cas par cas

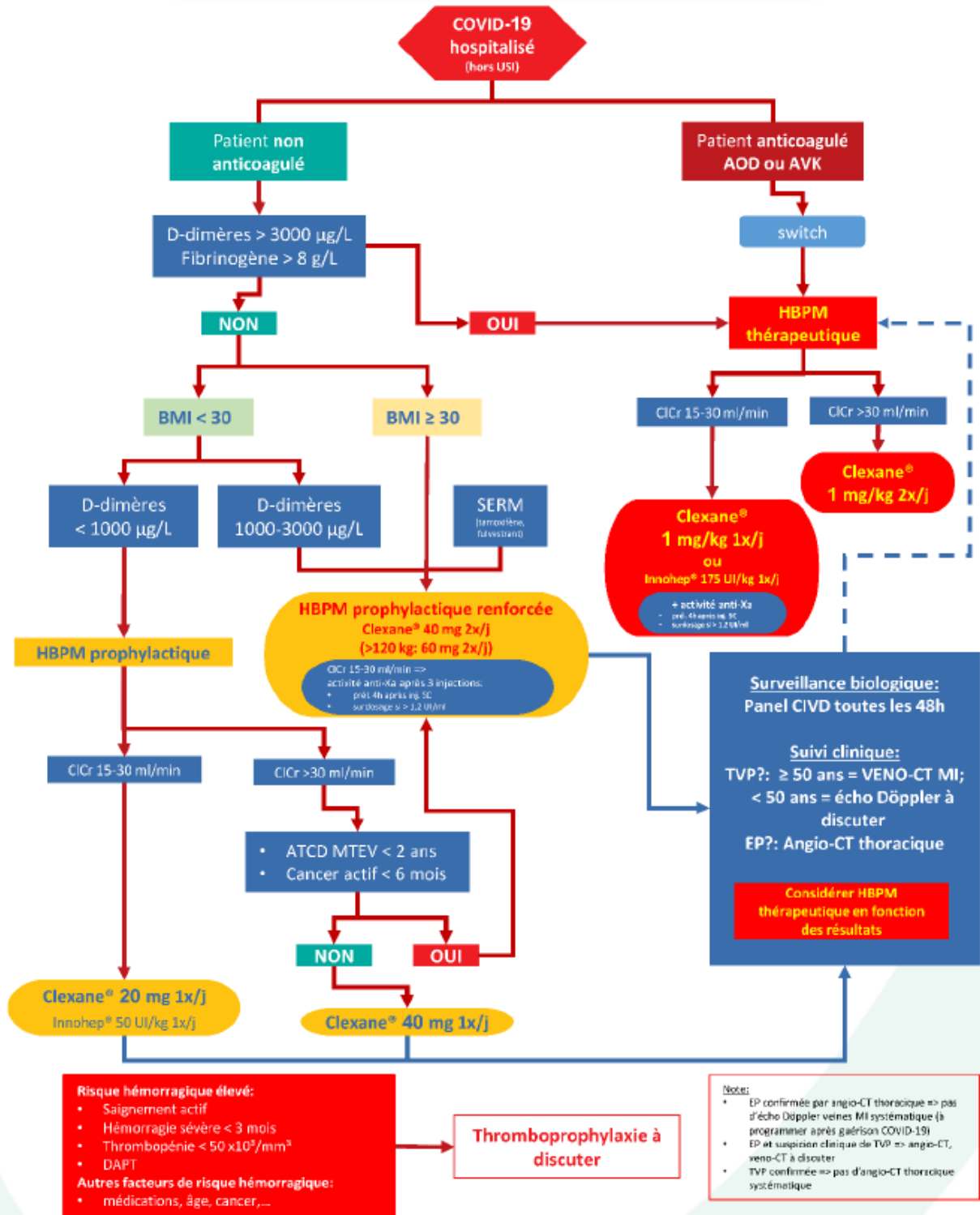
**Contact:**

Pierre Péters, MD  
Service d'Hématologie Biologique  
pierre.peters@chuliege.be

**Légende:** BMI, body mass index (kg/m<sup>2</sup>); MTEV, maladie thromboembolique veineuse; CICr, clearance de créatinine; DAPT, bithérapie antiplaquettaire



# Thromboprophylaxie et anticoagulation du patient COVID-19 hospitalisé (hors USI)



**Risque hémorragique élevé:**

- Saignement actif
- Hémorragie sévère < 3 mois
- Thrombopénie < 50 x10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>
- DAPT

**Autres facteurs de risque hémorragique:**

- médicaments, âge, cancer,...

**Thromboprophylaxie à discuter**

**Notes:**

- EP confirmée par angio-CT thoracique ⇒ pas d'écho Doppler veines MI systématique (à programmer après guérison COVID-19)
- EP et suspicion clinique de TVP ⇒ angio-CT, veno-CT à discuter
- TVP confirmée ⇒ pas d'angio-CT thoracique systématique

Thromboprophylaxie à discuter en sortie d'hospitalisation au cas par cas

**Contact:**  
Pierre Péters, MD  
Service d'Hématologie Biologique  
pierre.peters@chuliege.be

**Légende:** BMI, body mass index (kg/m<sup>2</sup>); MTEV, maladie thromboembolique veineuse; HBPM, héparine de bas poids moléculaire; CiCr, clairance de créatinine; TVP, thrombose veineuse profonde; EP, embolie pulmonaire; DAPT, lithragie antiploquettaire