



TRAITEMENT ANTICOAGULANT CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS AVEC COVID-19 AUX HOSPICES CIVILS DE LYON

Auteurs : Dr Arnaud ADRAIT (Gériatrie)
Pr Yesim DARGAUD (Unité d'Hémostase Clinique)
Dr Hélène DESMURS-CLAVEL (Médecine Interne & Médecine Vasculaire)
Dr Claire GRANGE (Médecine Interne & Médecine Vasculaire)
Pr Jean Christophe LEGA (Thérapeutique- Médecine Interne & Médecine Vasculaire)
Dr Marie SIMON (Anesthésie Réanimation)

au nom du réseau GEMMAT-HCL

Version 2

Approuvée par la COMEDIMS le 12-Nov-2020

Ce protocole a été rédigé selon les ressources et le livret de médicaments disponibles aux HCL. Son utilisation dans d'autres établissements de santé ne peut être effectuée qu'après une réflexion médicale et une éventuelle adaptation en fonction des molécules et des ressources disponibles dans chaque établissement de santé

PROPHYLAXIE ANTI-THROMBOTIQUE CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISES POUR COVID-19

Patients Covid-19 sans Oxygénothérapie ou sous Oxygénothérapie < 4 L/min

- Prophylaxie standard : **ENOXAPARINE 4000 UI /j (SC)**
- Si patient avec un BMI>30 kg/m² ou poids >120 kg: **ENOXAPARINE 6000 UI /j (SC)**
- Si patient ayant une insuffisance rénale sévère (CC =30 à 15 mL/min) :
Tinzaparine 3500 UI/j ou Calciparine doses préventives 5000 UI anti-Xa/12h
- Si patient ayant une insuffisance rénale terminale (CC < 15 mL/min) :
Calciparine doses préventives 5000 UI anti-Xa/12h

Patients Covid-19 sous Oxygénothérapie ≥ 4 L/min

- Prescription **systematique d'une prophylaxie majorée « dose intermédiaire» ENOXAPARINE 4000 UI x2/j (SC)**
- Si patient avec un BMI>30 kg/m² ou poids >120 kg: **ENOXAPARINE 6000 UI x2/j (SC)**
- Si patient ayant une insuffisance rénale sévère (CC =30 à 15 mL/min) :
Tinzaparine 4500 UI/j ou Calciparine doses préventives intermédiaires 5000 UI anti-Xa/8h
- Si patient ayant une insuffisance rénale terminale (CC < 15 mL/min) :
Calciparine doses préventives intermédiaires 5000 UI anti-Xa/8h



COMMENTAIRES GENERAUX SUR LA PROPHYLAXIE

- **Place des HNF en prophylaxie** : les réserver aux insuffisances rénales terminales (CC < 15 mL/min)
- **Surveillance biologique** des HBPM avec des doses préventives majorées: pas d'intérêt à la surveillance systématique de l'anti-Xa, sauf chez les insuffisants rénaux (CC<30mL/min) et les patients en sous poids majeur
- **A la sortie de Réanimation**, après la phase inflammatoire sévère de l'infection Covid-19, la posologie de prophylaxie HBPM standard est le traitement de choix
- **Discuter la prescription d'IPP** chez les patients âgés à risque d'hémorragie digestive
- **Concernant les patients sous traitement anticoagulant au long cours par AVK ou AOD et hospitalisés pour une infection Covid-19**, il serait judicieux de remplacer l'anticoagulant oral par une HBPM à doses curatives surtout chez les cas sévères de Covid-19, en cas de difficultés à maintenir un INR stable, en fonction des interactions médicamenteuses (antiviraux, antibiotiques, immunomodulateurs...) ou de lésions digestives à risque hémorragiques connues.
- **Rechercher les MTEV au moindre doute clinique**, et passer en anticoagulation curative si nécessaire.

TROMBOPROPHYLAXIE AU RETOUR A DOMICILE

La prescription d'une prophylaxie anti-thrombotique systématique à la sortie d'hospitalisation ne semble pas être justifiée chez les patients qui ne nécessitent pas d'oxygénothérapie et qui ont une mobilité satisfaisante.

Elle doit être mise en place pour les patients ayant des facteurs de risque thrombotiques avec la posologie prophylactique standard, sans dépasser une durée de 6 semaines.

TRAITEMENT CURATIF D'UN EVENEMENT THROMBOTIQUE AIGU CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISES POUR COVID-19

Patients atteints d'une infection Covid-19 grave

A la phase aiguë, préférer les HBPM à doses curatives (difficultés constatées à anti-coaguler efficacement certains patients très inflammatoires avec des HNF malgré des doses très élevées d'HNF) :

- Si patient ayant une insuffisance rénale sévère (CC =30 à 15 mL/min) : **Tinzaparine 175 UI/kg/j (SC) ou HNF doses curatives avec objectif d'activité anti-Xa entre 0.5-0.7 U/mL**
- Si patient ayant une insuffisance rénale terminale (CC < 15 mL/min) : **HNF doses curatives avec objectif d'activité anti-Xa entre 0.5-0.7 U/mL**

AVIS HEMOSTASE CLINIQUE (31.88.10 aux heures ouvrables 35.70.00 aux heures de garde) pour éventuelle supplémentation en antithrombine (Aclostine) et autres stratégies anticoagulantes en cas de résistance au traitement anticoagulant, TIH etc...

A la sortie de Réanimation, après la phase inflammatoire sévère de l'infection Covid-19, discuter le remplacement d'HBPM par un AOD ou AVK.

Patients atteints d'une infection Covid-19 « non-grave »

Préférer les HBPM à doses curatives (difficultés constatées à anti-coaguler efficacement certains patients très inflammatoires avec des HNF malgré de doses très élevées d'HNF) :

- Si patient ayant un poids >100kg : **Arixtra 10mg/j (SC)**
PS : penser à remplacer l'Arixtra par une HBPM à dose curative en cas d'aggravation de l'infection à Covid19 et chez les sujets polypathologiques à risque hémorragique (demi-vie du fondaparinux plus longue que les HBPM)
- Si patient ayant une insuffisance rénale sévère (CC =30 à 15 mL/min) :
Tinzaparine 175 UI/kg/j (SC)
- Si patient ayant une insuffisance rénale terminale (CC < 15 mL/min) : **HNF doses curatives avec objectif d'activité anti-Xa entre 0.5-0.7 U/mL**

AVIS HEMOSTASE CLINIQUE (31.88.10 aux heures ouvrables 35.70.00 aux heures de garde) pour éventuelle supplémentation en antithrombine (Aclotine) et autres stratégies anticoagulantes en cas de résistance au traitement anticoagulant, TIH etc...

A LA SORTIE D'HOSPITALISATION :

Après la phase inflammatoire sévère de l'infection Covid-19, remplacer HBPM par un AOD ou AVK pour une durée totale de traitement de 3 mois (thrombose avec facteur déclenchant transitoire).



COMMENTAIRES GENERAUX

THROMBOLYTIQUES

La prescription de thrombolytiques par voie IV n'est pas recommandée sauf en cas d'embolie pulmonaire grave ou de phlébite bleue.

PROPHYLAXIE ANTI-THROMBOTIQUE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES PRESENTANT UNE INFECTION COVID-19

En ante-partum :

- **Femmes enceintes COVID+ alitées sans ou avec oxygénothérapie < 4 L/min mais qui ont des facteurs de risque thrombotiques** (thrombophilie et/ou ATCD perso de MTEV, âge>35 ou diabète ou insuffisance cardiaque etc...):
Prévention HBPM classique : Enoxaparine 40mg/j
si obèses avec BMI>30 : Enoxaparine 40 mg x2/j
- **Femmes enceintes COVID+ alitées avec oxygénothérapie ≥ 4 L/min avec ou sans facteurs de risque thrombotiques** (thrombophilie et/ou ATCD perso de MTEV, âge>35 ou diabète ou insuffisance cardiaque etc...):
Prévention HBPM majorée : Enoxaparine 60mg/j
si obèses avec BMI>30 : Enoxaparine 60mg x2/j

ATTENTION : les patientes ayant un SAPL avec antécédent(s) personnel(s) de MTEV et/ou de thrombose artérielle sont à part et doivent être prises en charge selon les recommandations habituelles avec une **dose curative d'HBPM ET aspirine à dose anti-plaquettaire** (pex : Aspégic nourrisson 100mg/j)

- **Femmes enceintes COVID19+ et non alitées sans FDR thrombotique** : pas de prophylaxie HBPM systématique. Si elles sont très sédentaires du fait du confinement : compression élastique (force 2)

En post-partum :

Femmes enceintes **Covid-19+ sans ou avec oxygénothérapie <4L/min :**

Prévention HBPM classique

Enoxaparine 40mg/j pendant 6 semaines si accouchement par voie basse

Enoxaparine 40mg/j pendant 8 semaines si accouchement par césarienne

Femmes enceintes **Covid-19+ ET oxygénothérapie ≥4L/min**

Prévention HBPM majorée :

Enoxaparine 60mg/j pendant 6 semaines si accouchement par voie basse

Enoxaparine 60mg/j pendant 8 semaines si accouchement par césarienne

Si obèses avec BMI>30 préférer Enoxaparine 40mg x2/jour