



Instruction N° 09 / DGSSRH DU 16 Avril 2020
relative à la **démarche diagnostique et thérapeutique** du Covid-19

Destinataires :	
- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population En communication avec	Pour information et suivi
- Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers (EH)	Pour exécution
- Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS)	Pour exécution
- Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Publics et privés	Pour exécution
- Les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP)	
- Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran	Pour exécution
- Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	Pour exécution

Référence :

- Note n° 12 du 23 Mars 2020 relative à la mise en place du dispositif de prise en charge d'un patient Covid-19
- Instruction n°6 du 06 Avril 2020 relative au traitement spécifique des cas Covid-19

Cette instruction vient, en complément à la note n°12 et l'instruction n°06, sus référencées, préciser la démarche diagnostique et thérapeutique devant tout cas suspect de Covid-19, conformément aux algorithmes joints en annexe.

1. En matière de démarche diagnostique

Cette démarche diagnostique (**annexe 1**) repose sur un faisceau d'arguments basés sur :

- des critères épidémiologiques qu'il importe de rechercher systématiquement ;
- des critères cliniques associant fièvre, toux et/ou dyspnée +/- asthénie – myalgies, troubles digestifs, anosmie – agueusie sachant que cette symptomatologie peut être variable d'un patient à l'autre ;
- des critères biologiques se traduisant par une leucopénie et / ou une lymphopénie - une CRP élevée – une VS accélérée.

A ce faisceau d'arguments s'associe un critère radiologique de forte présomption basé sur les images typiques du scanner thoracique :

- Opacités en verre dépoli avec aspect en plage /nodulaire,
- Condensations avec aspect en bande /nodulaire,
- Crazy paving : réticulations au sein du verre dépoli.

L'absence d'anomalies parenchymateuses, n'exclut pas une infection COVID-19 dans les 3 premiers jours d'apparition des symptômes.

La certitude diagnostique est apportée par la positivité :

- de la RT-PCR qui reste l'examen de référence
- des tests sérologiques (anticorps) validés à partir du 7^{ème} jour du début des symptômes.



2. En matière de démarche thérapeutique

- **Concernant le traitement spécifique selon le protocole Hydroxychloroquine + Azythromycine**

Dans ce cadre, et à titre de rappel, sont éligibles au traitement spécifique basé sur le protocole associant hydroxychloroquine + azythromycine (**annexe 2**) :

- les cas confirmés et
- en cas d'indisponibilité momentanée du test RT-PCR, les cas symptomatiques présentant les critères de présomption sus cités associés aux images typiques du Covid-19 à l'examen tomодensitométrique thoracique.

- **Concernant la place du traitement cortisonique**

Il est clairement établi que l'infection COVID-19 comprend deux phases : une première phase d'invasion virale et une deuxième phase d'agression inflammatoire liée à la libération de cytokine (médiateurs pro inflammatoires) qui se traduit par une aggravation à partir du 6^{ème} jour après l'apparition des symptômes.

Les critères suivants témoignent d'une aggravation qui justifie l'indication d'une corticothérapie :

- critères cliniques : apparition de la dyspnée avec une fréquence respiratoire (FR) supérieure à 30 cycles/mn,
- critère oxymétrique : saturation partielle en oxygène (SpO2) inférieure ou égale à 90% sous 6l d'oxygène/mn (par voie nasale)
- critères biologiques : CRP supérieure à 10
- critères radiologiques :
 - Scanner thoracique: passage de l'étendue des lésions de 25 à 50% ou plus,
 - Radiographie du thorax : aggravation rapide des lésions radiologiques (opacités alvéolo-interstitielles).

L'apparition d'un ou de plusieurs des critères, ci-dessus, justifie la prescription immédiate de la Méthylprédnisolone à raison de 1 à 2 mg/kg/j sans dépasser 80 mg/j en une seule prise par voie Intra-Veineuse ou par bolus. La durée de cette corticothérapie ne doit pas dépasser 5 jours.

- **Concernant la place du traitement anticoagulant**

Considérant que les médiateurs pro inflammatoires sont à l'origine de la perturbation de la viscosité plasmatique et du ralentissement circulatoire favorisant la survenue disséminée de microthrombi, un traitement anticoagulant peut être envisagé dans les situations suivantes :

- Ne sont PAS ELIGIBLES au traitement anticoagulant, les patients suivants :
 - Patients asymptomatiques, symptomatiques bénins (sans dyspnée et sans atteinte radiologique)
- Seront ELIGIBLES au traitement anticoagulant les patients suivants :
 - Patients hospitalisés, en stade modéré avec présence d'un foyer pulmonaire peu étendu (ou limité) ou qui a évolué vers ce stade, à doses prophylactiques : ajouter une héparine à bas poids moléculaire (HBPM) à doses iso coagulantes le plus précocement possible, exemple :
 - Enoxaparine 4000 UI/jour pour un IMC inférieur à 30/kg/m² et 6000 UI /jour pour un IMC supérieur à 30/kg/m²
 - OU
 - Tinzaparine 3500 UI/24h pour un IMC inférieur à 30/kg/m² et 7000 UI/24h pour un IMC supérieur à 30/kg/m²

Chez les insuffisants rénaux, il faudra tenir compte de la clearance à la créatinine
 La durée de traitement sera de dix jours conformément au protocole.
 Ce traitement sera surveillé et modulé en fonction de l'évolution clinique, du taux de plaquettes sanguines et du dosage des D- dimères.

- Patient au stade sévère avec lésions pulmonaires étendues et signes d'insuffisance respiratoire et/ou risque thrombo-embolique élevé : à doses curatives : prescrire, sous surveillance clinique et dosage des D-Dimères, une HBPM :
 - Enoxaparine à 100 UI/ kg/12 H par voie sous-cutanée
 - OU
 - Tinzaparine 175 UI/kg/24h par voie sous-cutanée.

Une importance particulière doit être accordée à la stricte application des directives édictées dans la présente note qui est téléchargeable sur le site www.sante.gov.dz et qui doit faire l'objet d'une large diffusion.

Le Directeur Général



عن الوزير و بتفويض منه
 المدير العام لمصالح الصحة
 و اصلاح المستشفيات
 الأستاذ محمد الحاج

COVID 19 : DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

Diagnostic de présomption : repose sur un faisceau d'arguments

1

Critères épidémiologiques

Contact direct dans les 14 jours avec un cas confirmé ou suspect de Covid-19

2

Critères cliniques :

Fièvre, toux et/ou dyspnée +/-
Asthénie – myalgies
Troubles digestifs
Anosmie – Agueusie

3

Critère biologiques

Leucopénie et / ou lymphopénie
CRP élevée - VS accélérée



42

Facteurs de forte présomption

4

Critères radiologiques :

Radiographie du thorax
Scanner thoracique à la recherche de lésions pulmonaires typiques :
Opacités en verre dépoli avec aspect en plage /nodulaire
Condensations avec aspect en bande /nodulaire
Crazy paving : réticulations au sein du verre dépoli

Critères de certitude :

Symptômes : moins d'une semaine

Test RT-PCR positif

Symptômes : plus d'une semaine

Test RT-PCR positif et/ou
Test rapide sérologique validé positif

En se basant soit sur le diagnostic de présomption ou sur le diagnostic de certitude,
le patient doit être pris en charge pour le traitement et considéré comme un cas de COVID-19.



Arbre décisionnel COVID-19

