

Fiche pratique pour la prophylaxie et le traitement de la maladie thrombo-embolique veineuse des patients COVID-19

Elaboré par le service de médecine vasculaire du [CHU Amiens Picardie](#)
(version du 27 mars 2020)

- Le risque thrombo-embolique des patients covid-19 paraît élevé et peut persister jusqu'à 90 jours après hospitalisation chez les patients ayant nécessité une réanimation (risque le plus important).
- Les D Dimères sont élevés (sup à 1000) voire très élevés (jusqu'à 35000) chez les patients covid-19 et seraient un facteur prédictif de mortalité en cas d'élévation majeure.
- Les interactions médicamenteuses possibles avec les antiviraux utilisés pour le traitement des patients covid-19 rendent l'utilisation des anticoagulants oraux directs (Apixaban, rivaroxaban, dabigatran) dangereuse
- Les AVK risquent d'être difficiles à équilibrer chez ces patients

On privilégiera donc l'utilisation des HBPM (Héparine non fractionnée si insuffisance rénale sévère)

Prophylaxie : patients hospitalisés

- Tous les patients hospitalisés devront recevoir une thromboprophylaxie par HBPM à doses préventives (Enoxaparine 4000 UI une injection SC/J ou daltéparine 5000 IU une injection SC/J) pendant la durée de l'hospitalisation puis à domicile jusqu'à déambulation normale (schéma valable si Clairance de créatinine > 30ml/mn)
- Si clairance de créatinine < 30 ml/mn, avis MV (envisager Calciparine 0.2 ml x 3 / jour)
- En cas de thrombopénie < 50000 ou de risque hémorragique : avis MV

Prophylaxie : patients non hospitalisés

- Pour les patients qui ne sont pas hospitalisés et ne présentent donc pas de critères de gravité du covid-19, il faut évaluer le risque thrombo embolique :
 - Immobilisation de plus de 48h (patients hospitalisés ou en réanimation mais aussi patients immobilisés chez eux avant l'hospitalisation)
 - Cancer
 - Chirurgie récente
 - Antécédent thrombo-embolique veineux
 - Obésité avec IMC supérieur à 30
 - Age supérieur à 70 ans
- Les patients présentant au moins un de ces facteurs de risque recevront une HBPM en prévention pendant 10 jours au moins (on privilégiera les auto-injections : fiche jointe)
- Les patients sans facteur de risque avec déambulation normale ne recevront pas d'HBPM

Attention ! toute modification rapide de la mobilité au cours du suivi doit faire poser la question d'une thromboprophylaxie

Traitement

Le traitement repose sur l'utilisation des HBPM à doses curatives (Tinzaparine 175/U/Kg/J une injection SC)

Il ne faut pas utiliser les anticoagulants oraux directs ou les AVK chez les patients s'ils reçoivent des antiviraux ou de l'hydroxychloroquine

Il faut doser les plaquettes une fois au moment de la prescription du traitement.

La surveillance clinique du patient devra prendre en compte la possibilité de survenue d'une Embolie Pulmonaire en cas de :

- Hypoxie brutale
- Aggravation de la détresse respiratoire
- Choc

On réalisera un scanner pulmonaire injecté dans ce cas.