

PROPOSITION COLLEGE DE MG POUR CENTRE TRI CLINIQUE par les Médecins Généralistes

Préambule de la version du 22 mars 2020

- Ces recommandations sont appelées à évoluer et devront s'adapter aux éventuelles nouvelles connaissances sur le profil clinique de l'infection par COVID 19.
- Elles ne remplacent jamais votre jugement clinique.
 - En cas de doute, il est conseillé de discuter chaque situation avec le médecin coordinateur du service des urgences hospitalières dans lequel le centre de tri est implanté.
- Elles doivent être adaptées et validées, au cours d'une concertation entre le coordinateur du service des urgences hospitalières et les cercles de médecine générale, pour assurer une cohérence de la prise en charge. Cette étape est **indispensable**.
 - Ces mêmes critères pourraient être revus en fonction de la fréquentation du centre de tri de médecine générale et des urgences hospitalières.

Paramètres importants pour l'évaluation médicale par le MG

- **Fréquence respiratoire** (idéalement une mesure sur 1 minute ou minimum 30 secondes-veiller à l'équipement du cabinet de consultation pour assurer cette mesure : ex : horloge murale avec trotteuse)
 - <20/minutes : rassurant, à compléter par les autres éléments
 - > ou = 25/min, ou <10/min : référence urgente à l'hôpital
 - Entre 20 et 25/min : à confronter avec les autres éléments cliniques (voir ci-dessous)
- **Saturation en O₂ à l'air libre** (avec saturomètre)
 - Toujours à subordonner à la fréquence respiratoire et à l'état général
 - À confronter aux chiffres habituels, si connu (ex : BPCO)
 - > ou = à 93% : rassurant en fonction des limites exprimées ci-dessus
 - < 93% : nécessite une évaluation approfondie
- Evaluation de l'**état d'hydratation** et de la capacité d'hydratation
 - Signes de déshydratation : bouche sèche, yeux renfoncés, oligurie
 - Evaluer la capacité d'hydratation par soi-même ou par le biais d'un aidant proche (dont la présence est à rechercher systématiquement-rappel des mesures de protection à faire concernant ce dernier)
- Évaluation de l'**état de conscience**
 - Rechercher l'apparition récente de confusion, de somnolence et de léthargie
 - Avec un **patient gériatrique**, une confusion d'apparition aigüe doit faire envisager une infection COVID19¹ ; il faut aussi rechercher toute autre cause de confusion aigüe : constipation, rétention urinaire, autres infections, etc.

¹ Voyez aussi l'algorithme proposé par la Société Belge de Gériatrie et de Gérontologie pour les patients en MR/MRS en date du 22 mars 2020.

- **Facteurs risque d'aggravation:**
 - Age >65 ans, immunosuppression, diabète, maladie cardiovasculaire ou HTA, pathologie chronique sévère pulmonaire ou rénale, obésité/maigreur
- En l'absence de facteurs de risque d'aggravation et sur base d'une fréquence respiratoire <20/minutes, d'une saturation à l'oxygène > ou = à 93% et d'un état de conscience normal et d'un état d'hydratation satisfaisant, le patient suspect COVID peut raisonnablement être orienté vers son domicile
 - avec les mesures de prévention (voir https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Documents/Covid19/COVID-19_procedure_GP_FR.pdf page 68)
 - et des consignes de recontacter son médecin traitant devant tout signe d'alarme (respiratoire, conscience, état général).
- Si plusieurs éléments (>1) discutés ci-dessus sont présents, la possibilité d'une prise en charge spécialisée doit pouvoir être envisagée (et éventuellement discutée avec le médecin coordinateur des urgences)
- **Durée des symptômes :**
 - Il faut accorder une attention particulière si le patient se présente entre 5 et 8 jours après le début des symptômes, car on observe un taux plus élevé de décompensation (parfois très rapide) dans cette période : consignes de recontacter le centre de tri ou le MG dans les 12h ou en cas d'aggravation des symptômes
- **Autres prise de paramètres :**
 - L'auscultation cardio-pulmonaire et la prise de tension artérielle ne doivent pas être réalisées systématiquement mais uniquement réservées à des situations douteuses (par exemple : discordance entre les symptômes et les signes relevés) car elles sont considérées à haut potentiel contaminant
 - L'examen ORL doit lui aussi être réduit au strict minimal
 - Examen pharyngé uniquement pour exclure un phlegmon amygdalien, avec protection optimale
 - La fièvre prolongée (>7jours) n'est pas un critère de gravité.

A noter que :

- l'association de FR>20, T> ou = 38°, confusion récente et FC>100/min peut être suffisant pour poser le diagnostic de pneumonie. Source : <https://www.cebm.net/rapid-diagnosis-strategy-of-community-acquired-pneumonia-for-clinician/>
- L'hospitalisation pour pneumonie infectieuse est envisagée (GRADE 1C) en présence de plus d'une des caractéristiques suivantes : âge ≥ 65 ans, confusion, tachypnée ≥ 30/min, tension systolique <90 ou diastolique ≤ 60 mm Hg. Source: CBIP.be

Sources:

- <https://www.cebm.net/oxford-covid-19/>
- <https://www.nice.org.uk/guidance/cg50/chapter/1-Guidance#identifying-patients-whose-clinical-condition-is-deteriorating-or-is-at-risk-of-deterioration>
- <https://www.cebm.net/rapidly-managing-pneumonia-in-older-people-during-a-pandemic/>

- Zhang J, Zhout L, Wang W, Chen X. Correspondence: Therapeutic and triage strategies for 2019 novel coronavirus. Lancet Respir [Internet]. 2020;2600(20):2019–20. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30071-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30071-0)
- Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Articles Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan , China : a retrospective cohort study. Lancet [Internet]. 2020;6736(20):1–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
- Protocole de TRI du CHR Citadelle-Liège 21 mars 2020