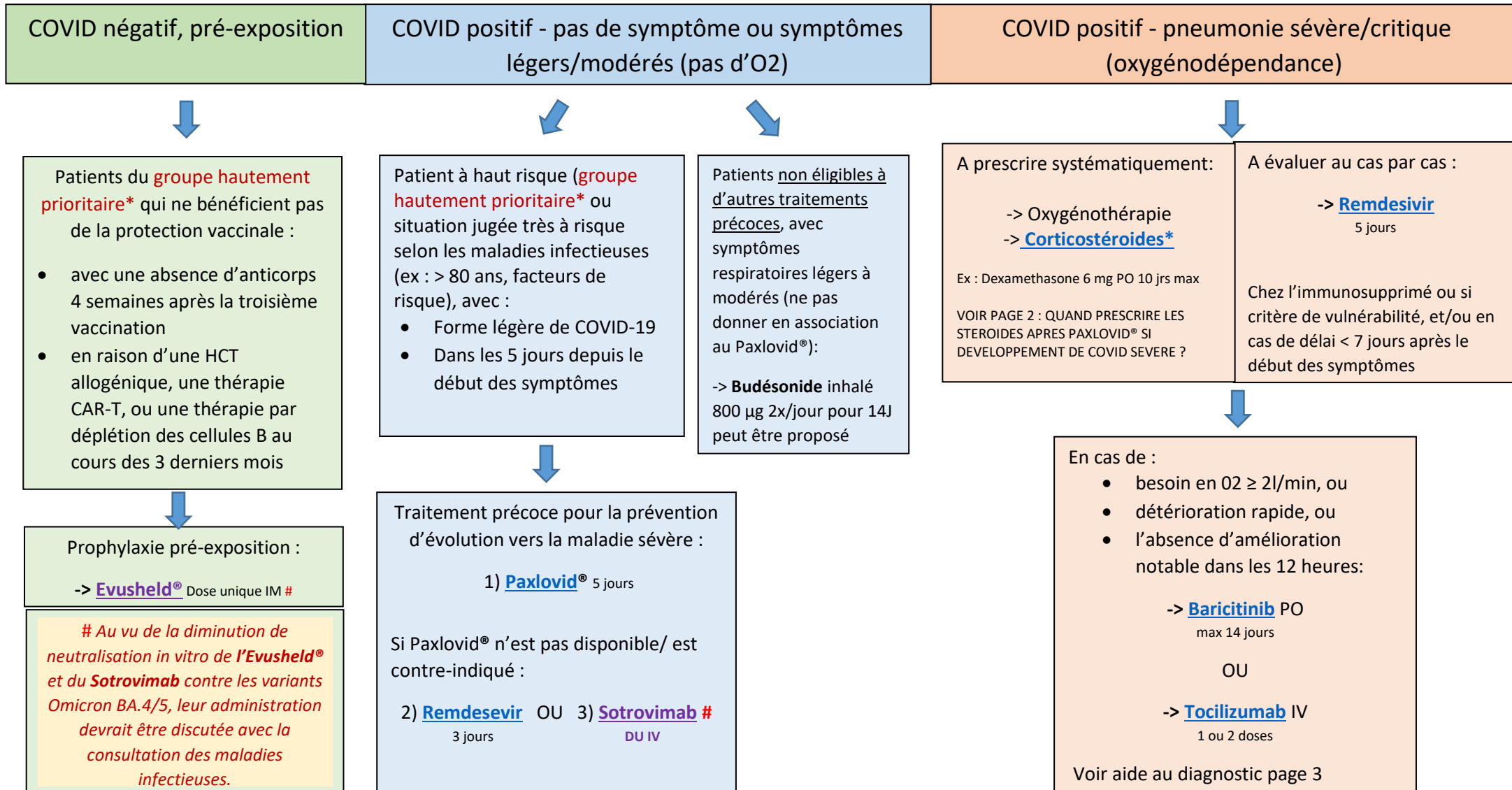


Séquence d'administration des traitements COVID-19



La consultation des maladies infectieuses (34 227) est à disposition pour discuter les options thérapeutiques en cas de contre-indication ou de doute sur l'éligibilité à un traitement

*Groupe hautement prioritaire

- Infection par le VIH avec CD4 <200/mL
- Immunodéficiences héréditaires
- Traitement par Ac monoclonal anti-CD20, CD-19 ou autre thérapie de déplétion des cellules B, inhibiteurs de la TK de Bruton
- Hémopathies malignes
- Drépanocytose
- Transplantation d'organe solide
- Cancer solide soumis à une thérapie cytotoxique

Quand prescrire les stéroïdes après PAXLOVID® en cas de développement de COVID sévère malgré le traitement ?

Au vu des interactions existantes, et du potentiel effet prolongé du ritonavir, il est proposé la séquence suivante :

- En cas de dernière dose de Paxlovid datant de > 3 jours -> introduction de dexaméthasone et/ou prednisone
- En cas de dernière dose de Paxlovid datant de moins de 3 jours -> ne pas donner de stéroïdes mais du baricitinib en lieu et place.

Remdesivir, Paxlovid®, Evusheld® ou Sotrovimab : considérations additionnelles dans le contexte Omicron

- Pour aucun de ces médicaments, il n'y a de données robustes avec le variant Omicron ou chez les patients immuno-supprimés. Le choix se fait donc sur des considérations pratiques, les contre-indications du Paxlovid® et du remdesivir et au besoin après consultation avec les maladies infectieuses.
- **Evusheld® / Sotrovimab : diminution des capacités de neutralisation *in vitro*, contre les variants BA. 4/5** actuellement circulants dans le canton de Genève depuis Juillet 2022. Pour leur administration, contacter le service des Maladies Infectieuses. Pour plus d'informations sur l'évolution des variants circulant dans la région genevoise:
<https://www.hug.ch/centre-maladies-virales-emergentes/programme-sequencage-national-du-sars-cov-2>
- **Paxlovid®** : Contacter la Cs des pharmacologues (32747) au besoin pour discuter les indications à un traitement immunosuppresseur (tacrolimus, ciclosporine, stéroïdes, etc), anticancéreux ou de situation clinique complexe.
- Vérifier systématiquement l'absence d'interactions sur le site : <https://www.covid19-druginteractions.org/>

| | Tocilizumab | Baricitinib |
|---|---|---|
| Efficacité | / | Discrète supériorité sur la durée ventilation mécanique et la réduction de la mortalité (certitude basse car indirecte) |
| Détérioration rapide | Possible avantage de l'administration i.v. | Pas de données cliniques que la prise p.o. ne conviendrait pas à la détérioration rapide, mais dose de charge (8mg à J1) pourrait accélérer l'obtention de taux plasmatiques efficaces. |
| Séquence possible | Eviter l'administration synchrone (évaluation des données en cours). | |
| Contre-indications | Précautions - Infection bactérienne non contrôlée, réactivation herpès zoster, ALAT/ASAT >5x la norme, Traitement par anti-TNF ou autre agent biologique/immunomodulateurs (ou ATCD de TTT < 1 mois), Ulcère gastro-intestinal actif, diverticulite active ou antécédants récents et sévères | |
| Précautions | Neutropénie < 0.5G/l , Plaquettes < 50 G/L | neutropénie <1G/L, lymphopénie <0.5x10E9, anémie <80g/L, insuffisance hépatique sévère |
| Contre-indication si prophylaxie anti-thrombotique impossible | | Toujours administrer avec une prévention contre la MTEV, contre-indiqué si cette dernière ne peut être administrée (ex. mélena) |
| Grossesse | Administration possible | Administration contre-indiquée |
| Adaptation à la fonction rénale | Pas d'adaptation à la fonction rénale (données indirectes de sécurité pour clearance 15-30mL/min, mais peu risqué pour 1 à 2 doses) | Adaptation à la fonction rénale : 2mg/jour si Cl créat 30-60 mL/min Non recommandé si Cl créat < 30 mL/min |
| Interactions médicamenteuses | Possibilité de réduction de l'élimination des substrats des CYP3A, 1A2 ou 2C9 (p.ex. statines, tacrolimus, acénocoumarol, ...) lors de l'initiation du traitement | Interaction avec probénécide (inhibiteur OAT3) L'association avec des DMARDs biologiques ou avec d'autres inhibiteurs de Janus kinases (JAK) n'a pas été étudiée et n'est pas recommandée. |
| Monitoring | Suivi infectieux, tests hépatiques | Suivi infectieux, tests hépatiques, fonction rénale, FSC Possibilité de l'interrompre, prise p.o. sur 14 jours, en cas d'effets secondaires, clinique ou de laboratoire |
| Effets indésirables | Hypersensibilité, Els gastro-intestinaux, infection, cytopénie, dyslipidémie, perturbation des tests hépatiques | Hypersensibilité, insuffisance rénale, infection, cytopénie/anémie, dyslipidémie, céphalées, Els gastro-intestinaux, perturbation tests hépatiques, TVP/EP |
| Logistique, charge en soins | I.v. 1-(2) prises | Prise p.o. sur 14 jours (ou jusqu'à la sortie de l'hôpital) |