

PRISE EN CHARGE PTT EN URGENCE EN SITUATION DEGRADEE COVID :

- **absence de lit de réanimation et d'échanges plasmatiques possibles et absence de possibilité de transfert**
 - **ou patient de moins de 60 ans sans signe neurologique et ECG normal et absence de signes hémorragiques engageant le pronostic vital**
- I. Coordonner la prise en charge entre l'hématologue et le réanimateur (même en l'absence de place, la réanimation est informée de la présence d'un patient PTT dans l'hôpital)
 - II. Toute MAT, en l'absence d'étiologie évidente avec plaquettes < 30G/l ou créatinine < 200µmol/l doit être considérée comme un PTT
 - III. Bilan d'évaluation et préthérapeutique à prélever
 - NFS réticulocytes schizocytes
 - Créatinine, BHC, bilirubine, LDH
 - Troponine us, pro-BNP
 - TP, TCA, Fibrinogène
 - Coombs direct, Gr, Rh, RAI
 - Protéinurie/créatinurie
 - AAN
 - Si réticulocytes < 100 G/l, vitamine B12/homocystéine, discuter myélogramme
 - Activité ADAMTS13 et Ac anti-ADAMTS13 (tube sec)
 - Selles : Shigatoxine (PCR et culture)
 - Sérologie HIV, HBV, HCV
 - Béta HCG
 - ECG, Radiographie de thorax
 - Prélèvement COVID ? Congeler du sérum
 - IV. Prise en charge thérapeutique :
 - **CONTRE INDICATION AUX TRANSFUSIONS PLAQUETTAIRES**
 - Corticoïdes : Dexaméthasone 40 mg/jour x4 jours
 - Caplacizumab : CABLIVI® 10 mg IV SC x1/j
 - Perfusion de plasma :
 - Pas de tension d'approvisionnement, TA normale et créat normale 10 ml/kg x 3/j
 - Sinon 5 ml/kg x 3/j
 - Rituximab 375 mg/m² si P<30G/l **et** créatinine < 200µmol/l (J1-J4-J8-J15)
 - V. Surveillance/3h
 - Pouls, TA, FR, SaO₂, T°, conscience, diurèse/6h
 - VI. Prévenir l'équipe médicale d'aval pour assurer la suite

Hotline :
- Paul Coppo 06.18.04.43.96
- Lionel Galicier 06.16.66.24.71
- Ygal Benhamou 06.61.40.51.61
- Eric Mariotte 06 34 06 23 04