

MATH+ PROTOCOLE DE TRAITEMENT HOSPITALIER POUR LA COVID-19

| MÉDICATION | INDICATION/INITIATION | POSOLOGIE RECOMMANDÉE | TITRAGE/DURÉE |
|---|---|---|--|
| A. MÉDICAMENTS DE BASE | | | |
| Méthylprednisolone | A. <i>En cas de besoin d'oxygène ou de radiographie de la poitrine anormale</i> | Préféré : 80 mg bolus i.v., puis 40 mg i.v. deux fois par jour Alternative : 80 mg/240 ml dans une perfusion i.v. de solution saline à 10 ml/h Suivre le protocole d'insuffisance respiratoire liée à la COVID 19 – voir www.flccc.net/respiratory-support-c19/ | A1. S'il n'y a pas d'amélioration de l'oxygénation au bout de 2 à 4 jours, doubler la dose à 160 mg/par jour. A2. En cas de besoin de FiO ₂ > 0,6 ou USI, passer à la « dose pulsée » ci-dessous (B) A3. Après l'arrêt de la VMI, ou du haut débit d'O ₂ , diminuer à 20 mg deux fois par jour. Après l'arrêt de l'apport d'O ₂ , alors réduire à 20 mg/jour pendant 5 jours, puis à 10 mg/jour pendant 5 jours |
| | B. <i>Maladie réfractaire / choc cytokinique</i> | Dose « pulsée » avec 125–250 mg i.v. – toutes les 6 heures | Continuer pendant 3 jours puis diminuez à 160 mg i.v./dose quotidienne ci-dessus, réduire en fonction des besoins en oxygène (A). En cas d'absence de réponse ou de CRP/ferritine élevée/croissante, envisager une mégadose i.v. d'acide ascorbique et/ou un « échange plasmatique thérapeutique » ci-dessous |
| Acide ascorbique | <i>O₂ < 4 L/min dans le service d'hospitalisation</i> | 500–1000 mg PO – toutes les 6 heures | Jusqu'à la sortie de l'hôpital |
| | <i>O₂ > 4 L/min ou dans l'unité des soins intensifs</i> | 50 mg/kg i.v. – toutes les 6 heures | Après 7 jours ou à la sortie de l'USI selon ce qui se produit en premier, passer alors à la dose orale ci-dessus |
| | <i>Si le patient est à l'USI et ne s'améliore pas</i> | Envisager les mégadoses – 25 g i.v. deux fois par jour pendant 3 jours | Fin des 3 jours de traitement |
| Thiamine | <i>Patients des soins intensifs</i> | 200 mg i.v. deux fois par jour | Jusqu'à 7 jours ou la sortie de l'USI selon ce qui se produit en premier |
| Héparine (LMWH) | <i>Si initiée dans un service hospitalier</i> | 1 mg/kg deux fois par jour – contrôler l'activité anti-Xa, objectif 0,6–1 UI/ml | Jusqu'à la sortie de l'hôpital, puis entamer les AOD à la moitié de la dose pendant 4 semaines |
| | <i>Si initiée à l'USI</i> | 0,5 mg/kg deux fois par jour – contrôler l'activité anti-Xa, objectif 0,2–0,5 UI/ml | |
| B. TRAITEMENT D'APPOINT DE PREMIÈRE INTENTION (à utiliser chez tous les patients hospitalisés) | | | |
| Ivermectine¹ | <i>Patients hospitalisés</i> | 0,6 mg/kg par dose – une fois par jour ² (à prendre pendant ou après un repas) | Pendant 5 jours ou jusqu'à la guérison |
| Nitazoxanide | <i>Patients hospitalisés</i> | 500 mg – 2 fois par jour (à prendre pendant ou après un repas) | Pendant 5 jours ou jusqu'à la guérison |
| Traitement combiné anti-androgénique | <i>Patients hospitalisés</i> | 1. Spironolactone 100 mg, 2 fois par jour 2. Dutastéride 2 mg le premier jour, puis 1 mg par jour – ou Finastéride 10 mg par jour | Pendant 14 jours ou jusqu'à la sortie de l'hôpital |
| | <i>Patients de l'USI</i> | 1. Flutamide 250 mg 3 fois par jour – ou Bicalutamide 150 mg par jour 2. Dutastéride 2 mg le premier jour, puis 1 mg par jour – ou Finastéride 10 mg par jour | |
| Vitamine D | <i>Patients hospitalisés</i> | Calcitriol : 0,5 µg le premier jour, puis 0,25 µg par jour | Pendant 7 jours |
| Mélatonine | <i>Patients hospitalisés</i> | 6–12 mg PO la nuit | Jusqu'à la sortie de l'hôpital |

Continuer à la page 2 →

Pour un aperçu des développements en matière de prévention et de traitement du COVID-19, veuillez consulter le site www.flccc.net/covid-19-protocols



Veillez consulter régulièrement notre page d'accueil www.flccc.net pour les mises à jour de nos protocoles COVID-19 ! – De nouveaux médicaments peuvent être ajoutés et/ou des changements de dose des médicaments existants peuvent être effectués en fonction des résultats des études scientifiques !

MATH+ PROTOCOLE DE TRAITEMENT HOSPITALIER POUR LA COVID-19

| MÉDICATION | INDICATION/INITIATION | POSOLOGIE RECOMMANDÉE | TITRAGE/DURÉE |
|--|--|--|--|
| B. TRAITEMENT D'APPOINT DE DEUXIÈME INTENTION (à utiliser en plus des traitements d'appoint de première intention chez tous les patients hospitalisés aux soins intensifs) | | | |
| Fluvoxamine ³ | <i>Patients hospitalisés</i> | 50 mg par voie orale, 2 fois par jour — envisager la Fluoxétine 30 mg par jour comme alternative (souvent mieux tolérée) | 10 à 14 jours |
| Cyproheptadine | <i>En cas de : 1) sous fluvoxamine, 2) hypoxémique, 3) tachypnéique/détresse respiratoire, 4) oligurique/lésion rénale</i> | 8 mg— 3 fois par jour | Jusqu'à la sortie de l'hôpital, diminution lente une fois que des améliorations durables sont constatées |
| Zinc | <i>Patients hospitalisés</i> | 75–100 mg PO par jour | Jusqu'à la sortie de l'hôpital |
| Famotidine | <i>Patients hospitalisés</i> | 40–80 mg PO deux fois par jour | Jusqu'à la sortie de l'hôpital |
| Atorvastatine | <i>Patients de l'USI</i> | 80 mg PO par jour | Jusqu'à la sortie de l'hôpital |
| Échange plasmatique thérapeutique | <i>Patients réfractaires à la dose pulsée de stéroïdes</i> | 5 sessions, un jour sur deux | Fin de 5 échanges |

Légende

AOD = anticoagulants oraux directs, CRP = protéine C réactive, FiO₂ = fraction inspirée en oxygène, i.v. = intraveineuse, O₂ = oxygène, PO (par voie orale) = administration orale, UI = unité internationale, USI = unité de soins intensifs, VMI = ventilation mécanique invasive, VNIPP = ventilation non invasive par pression positive

Notes

- L'innocuité de l'ivermectine pendant la grossesse n'a pas été établie, les décisions de traitement nécessitent donc une évaluation des risques par rapport aux avantages dans une situation clinique donnée.
- Sur la base d'effets dose-dépendants importants, d'une marge de sécurité élevée autour de la posologie et de l'expérience clinique accumulée dans Delta, des doses allant jusqu'à 1,0mg/kg peuvent et doivent être utilisées chez les personnes les plus gravement malades. Des informations sur la sécurité de l'ivermectine à haute dose sont disponibles ici : www.flccc.net/flccc-information-evidence-for-safety-of-ivermectin (PDF) / FAQ: www.flccc.net/ivermectin-in-covid-19/faq-on-ivermectin/#ivermectin-safety
- Certaines personnes à qui l'on prescrit de la fluvoxamine éprouvent une anxiété aiguë qui doit être soigneusement surveillée et traitée par le clinicien prescripteur afin de prévenir une escalade rare vers un comportement suicidaire ou violent.

POUR CONTRÔLER L'INFLAMMATION ET L'EXCÈS DE COAGULATION

Chez tous les patients hospitalisés pour COVID-19, l'accent thérapeutique doit être mis sur une intervention précoce utilisant des traitements puissants et fondés sur des éléments probants pour contrer les éléments suivants :

- La réponse inflammatoire accablante et dommageable
- L'état d'hypercoagulabilité systémique et sévère causant des dommages aux organes

En entamant le protocole peu après qu'un patient ait répondu aux critères pour un supplément en oxygène, le besoin de ventilateurs mécaniques et de lits de soins intensifs diminuera considérablement.

TRAITEMENT DU FAIBLE TAUX D'OXYGÈNE

- Si le patient présente une faible saturation en oxygène sur la canule nasale, entamer une canule nasale chauffée à haut débit.
- N'hésitez pas à augmenter les limites de débit au besoin.
- Éviter l'intubation précoce basée uniquement sur les besoins en oxygène.
Autoriser « l'hypoxémie permissive » en fonction de la tolérance.
- Intuber uniquement si le patient présente des efforts respiratoires excessifs.
- Utiliser le « positionnement sur le ventre » pour aider à améliorer la saturation en oxygène.

Pour un aperçu des développements en matière de prévention et de traitement du COVID-19, veuillez consulter le site www.flccc.net/covid-19-protocols



Veuillez consulter régulièrement notre page d'accueil www.flccc.net pour les mises à jour de nos protocoles COVID-19 ! — De nouveaux médicaments peuvent être ajoutés et/ou des changements de dose des médicaments existants peuvent être effectués en fonction des résultats des études scientifiques !

À PROPOS DU PROTOCOLE DE TRAITEMENT HOSPITALIER MATH+ POUR LE COVID-19

Notre protocole **MATH+** est conçu pour les patients hospitalisés, pour contrer la réponse inflammatoire accablante du corps au virus SRAS-CoV-2. Le protocole est basé sur de nombreuses publications de revues médicales au cours des décennies. C'est l'hyper-inflammation, et non le virus lui-même, qui endommage les poumons et d'autres organes et cause finalement la mort dans le cas du COVID-19. Nous avons trouvé que le protocole **MATH+** est une thérapie combinée très efficace pour contrôler cette réponse inflammatoire extrême et nous avons maintenant ajouté l'ivermectine comme composant de base étant donné les données émergentes sur l'efficacité chez les patients hospitalisés examinées ici:

www.flccc.net/flccc-ivermectin-review-covid-19

Le stéroïde Méthyprednisolone est un élément clé, un nombre croissant d'études (voir www.flccc.net/medical-evidence) montrent sa profonde efficacité dans les cas de COVID-19, qui est rendu plus puissant lorsqu'il est administré par voie intraveineuse avec des doses élevées d'Acide Ascorbique antioxydant étant donné que les deux médicaments ont de multiples effets physiologiques synergiques. La Thiamine est administrée pour optimiser l'utilisation de l'oxygène cellulaire et la consommation d'énergie, protégeant ainsi le cœur, le cerveau et le système immunitaire. L'anticoagulant

Héparine est important pour prévenir et dissoudre les caillots sanguins qui apparaissent avec une fréquence très élevée chez les patients n'ayant pas reçu des anticoagulants. Le signe + indique plusieurs co-interventions importantes qui ont une forte justification physiologique et un excellent profil d'innocuité. Cela indique également que nous prévoyons d'adapter le protocole à mesure que nos connaissances et les preuves médicales publiées évoluent.

Le timing est un facteur critique dans le succès du traitement du COVID-19. Les patients doivent se rendre à l'hôpital dès qu'ils éprouvent des difficultés à respirer ou présentent un faible taux d'oxygène. Le protocole **MATH+** devrait alors être administré peu après qu'un patient ait répondu aux critères pour un supplément en oxygène (dans les premières heures après son arrivée à l'hôpital), afin d'atteindre une efficacité maximale, car un traitement retardé a entraîné des complications telles que la nécessité d'une ventilation mécanique.

Si elle est administrée tôt, cette formule de médicaments approuvés par la FDA, sûrs, peu coûteux et facilement disponibles peut éliminer le besoin de lits de soins intensifs et de ventilateurs mécaniques et permettre la guérison des patients.

Clause de non-responsabilité

Ce protocole est uniquement à des fins éducatives concernant les traitements potentiellement bénéfiques pour le COVID-19. Ne jamais négliger les conseils médicaux professionnels en raison de ce que vous avez lu sur notre site Web et dans nos communiqués. Il ne vise pas à remplacer un avis médical professionnel, un diagnostic, ou un traitement à l'égard de tout patient. Le traitement d'un patient individuel doit reposer sur le jugement de votre médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié. Demander toujours leur avis pour toute question que vous pourriez avoir concernant votre santé ou votre maladie.

Contact

FLCCC Alliance
www.flccc.net

2001 L St NW Suite 500
Washington, DC 20036

Contact général
support@flccc.net

Contact média
press@flccc.net

! Veuillez consulter régulièrement notre page d'accueil www.flccc.net pour les mises à jour de nos protocoles COVID-19 ! — De nouveaux médicaments peuvent être ajoutés et/ou des changements de dose des médicaments existants peuvent être effectués en fonction des résultats des études scientifiques !