

MATH+ PROTOCOLE DE TRAITEMENT HOSPITALIER POUR LA COVID-19

MÉDICATION	INDICATION/INITIATION	POSOLOGIE RECOMMANDÉE	TITRAGE/DURÉE
Méthylprednisolone	A. <i>Hypoxémie légère : nécessité de l'O₂ par CN afin de maintenir une saturation < 92%</i>	40 mg bolus i.v. ensuite 20 mg i.v. deux fois par jour	A1. Après l'arrêt de l'apport d'O ₂ , passer à 20 mg par jour × 3 jours puis 10 mg par jour × 3 jours, surveiller la réponse CRP. A2. Si la FiO ₂ , ou la CRP augmente, passer au point B.
	B. <i>Hypoxémie modérée à sévère (haut débit d'O₂, VNIPP, VMI)</i>	Protocole en cas d'insuffisance respiratoire liée à la COVID 19 (voir flccc.net/respiratory-support-c19/) Préféré : 80 mg bolus i.v., suivis par 80 mg/240 ml dans une perfusion i.v. de solution saline à 10 ml/h Alternative : 40 mg i.v. deux fois par jour	B1. Après l'arrêt de la VMI, de la VNIPP, ou du haut débit d'O ₂ , passer à 20 mg deux fois par jour. Après l'arrêt de l'apport d'O ₂ , alors réduire à 20 mg/jour pendant 3 jours, puis à 10 mg/jour pendant 3 jours. B2. 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. B3. S'il n'y a pas d'amélioration et de diminution de la CRP/ferritine, passer à la « Dose pulsée » ci-dessous.
	C. <i>Maladie réfractaire / choc cytokinique</i>	Dose « pulsée » avec 125 mg i.v. toutes les 6 à 8 heures	Continuer pendant 3 jours puis diminuer à 80 mg i.v./dose quotidienne ci-dessus (B). S'il n'y a toujours pas de réponse ou si la CRP/ferritine est élevée/augmente, envisager le « Traitement de sauvetage » ci-dessous.
Acide ascorbique	<i>O₂ < 4 L/min dans le service d'hospitalisation</i>	500–1 000 mg par voie orale toutes les 6 heures	Jusqu'à la sortie de l'hôpital
	<i>O₂ > 4 L/min ou dans l'unité des soins intensifs</i>	1,5–3 g par voie intraveineuse 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.
Thiamine	<i>Patients des soins intensifs</i>	200 mg i.v. deux fois par jour	Après 7 jours ou à la sortie de l'USI selon ce qui se produit en premier
Héparine (LMWH)	<i>Patients dans le service hospitalier ≤ 4 L/min O₂</i>	0,5 mg/kg deux fois par jour Contrôler l'activité anti-Xa, objectif 0,2–0,5 UI/ml	Jusqu'à la sortie de l'hôpital puis entamer les AOD à la moitié de la dose pendant 4 semaines
	<i>Patients dans l'USI ou > 4 L/min O₂</i>	1 mg/kg deux fois par jour Contrôler l'activité anti-Xa, objectif 0,6–1 UI/ml	L'occurrence la plus tardive : sortie de l'USI ou arrêt de l'apport en oxygène, puis réduction au dosage prévu ci-dessus pour le service hospitalier
Ivermectin <i>(doit être envisagée comme médicament principal)</i>	<i>Lors de l'admission à l'hôpital et/ou à l'USI</i>	0,2 mg/kg – aux jours 1 et 3	Répéter – aux jours 6 et 8 s'il n'y a pas de guérison
Vitamine D	<i>Patients dans le service hospitalier ≤ 4 L/min O₂</i>	Calcifédiol préféré : 0,532 mg PO au jour 1, puis 0,266 mg PO aux jours 3 et 7 et de manière hebdomadaire par la suite Cholécalciférol : 10 000 UI/jour PO ou 60 000 UI au jour 1, 30 000 UI/jour aux jours 3 et 7 et ensuite de manière hebdomadaire	Jusqu'à la sortie de l'hôpital
	<i>Patients de l'USI ou O₂ > 4 L/min</i>	Cholécalciférol : 480 000 UI (30 ml) PO lors de l'admission, puis vérifier le taux de vitamine D au jour 5, s'il est < 20 ng/ml, 90 000 UI/jour PO pendant 5 jours	Jusqu'à la sortie de l'USI
Atorvastatine	<i>Patients de l'unité des soins intensifs</i>	80 mg PO par jour	bis zur Entlassung
Mélatonine	<i>Patients hospitalisés</i>	6–12 mg PO la nuit	Jusqu'à la sortie de l'hôpital
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
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, i.v. = intraveineuse, USI = unité de soins intensifs, UI = unités internationales, VMI = ventilation mécanique invasive, VNIPP = ventilation non invasive par pression positive, O₂ = oxygène, PO (par voie orale) = administration orale

MATH+ PROTOCOLE DE TRAITEMENT HOSPITALIER POUR LA COVID-19

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.

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 **Méthylprednisolone** est un élément clé, un nombre croissant d'études (voir <https://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 anti-coagulants. 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
6006 N Highlands Avenue
Madison, WI 53705-0000

Coordonnées pour médecin
Howard Kornfeld, MD — support@flccc.net
Keith Berkowitz, MD — keith@centerforbalancedhealth.com

Contact média
press@flccc.net