



**SIMIT**  
**Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali**  
**SEZIONE REGIONE LOMBARDIA**

## **Vademecum per la cura delle persone con malattia da COVI-19**

**Edizione 2.0, 13 marzo 2020**



**SIMIT**

Società Italiana  
di Malattie Infettive  
e Tropicali



**Gruppo collaborativo – Terapia COVID-19 Lombardia**

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <b>Coordinamento redazionale</b>                                      |                                   |
| Emanuele Focà   | Malattie Infettive, Brescia       |
| Marco Rizzi   | Malattie Infettive, Bergamo       |
| Francesco Castelli  | Malattie Infettive, Brescia       |
| Nicola Latronico  | Anestesia e Rianimazione, Brescia |
|   |                                   |
| <b>Redazione</b>  |                                   |
| Susanna Capone  | Malattie Infettive, Brescia       |
| Sergio Cattaneo   | Anestesia e Rianimazione, Brescia |
| Antonella D'Arminio Monforte  | Malattie Infettive, Milano        |
| Matteo Filippini  | Anestesia e Rianimazione, Brescia |
| Alberto Matteelli   | Malattie Infettive, Brescia       |
| Stefano Rusconi   | Malattie Infettive, Milano        |
| Francesco Rasulo  | Anestesia e Rianimazione, Brescia |
| Liana Signorini   | Malattie Infettive, Brescia       |
| Gabriele Tomasoni   | Anestesia e Rianimazione, Brescia |
| Simone Piva   | Anestesia e Rianimazione, Brescia |
|   |                                   |
| <b>Gruppo di lavoro</b>   |                                   |
| Spinello Antinori   | Malattie Infettive, Milano        |
| Paolo Bonfanti  | Malattie Infettive, Monza         |
| Raffaele Bruno  | Malattie Infettive, Pavia         |
| Silvio Caligaris  | Malattie Tropicali, Brescia       |
| Salvatore Casari  | Malattie Infettive, Mantova       |
| Antonella Castagna  | Malattie Infettive, Milano        |
| Fabio Franzetti   | Malattie Infettive, Busto Arsizio |
| Massimo Galli   | Malattie Infettive, Milano        |
| Andrea Gori   | Malattie Infettive, Milano        |
| Paolo Grossi  | Malattie Infettive, Varese        |
| Adriano Lazzarin  | Malattie Infettive, Milano        |
| Guglielmo Marco Migliorino  | Malattie Infettive, Monza         |
| Angelo Pan  | Malattie Infettive, Cremona       |
| Stefania Piconi   | Malattie Infettive, Lecco         |
| Massimo Puoti   | Malattie Infettive, Milano        |
| Luigi Pusterla  | Malattie Infettive, Como          |
| Angelo Regazzetti   | Malattie Infettive, Lodi          |
| Giuliano Rizzardini   | Malattie Infettive, Milano        |
| Paolo Viganò  | Malattie Infettive, Legnano       |
| Alessia Zoncada   | Malattie Infettive, Cremona       |
|   |                                   |
| <b>Gruppo di lavoro "Tocilizumab ed altri farmaci biotecnologici"</b> |                                   |
| Laura Andreoli  | Reumatologia, Brescia             |
| Alessandra Bandera  | Malattie Infettive, Milano        |



**SIMIT**  
**Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali**  
**SEZIONE REGIONE LOMBARDIA**

|                         |                             |
|-------------------------|-----------------------------|
| Antonella Castagna      | Malattie Infettive, Milano  |
| Franco Franceschini     | Reumatologia, Brescia       |
| Emirena Michela Garrafa | Biochimica Clinica, Brescia |
| Giulia Marchetti        | Malattie Infettive, Milano  |
| Viviana Ravagnani       | Reumatologia, Mantova       |
| Giulia Renisi           | Malattie Infettive, Brescia |
| Diego Ripamonti         | Malattie Infettive, Bergamo |
| Agostino Riva           | Malattie Infettive, Milano  |
| Piercarlo Sarzi Puttini | Reumatologia, Milano        |
| Paola Toniati           | Reumatologia, Brescia       |



### **Introduzione**

Nel febbraio 2020 l'emergere dell'epidemia di COVID-19 (COroNA Virus Disease 2019) in Italia e, soprattutto, in Lombardia, con potenziale esito fatale in una rilevante proporzione di casi, ha determinato la necessità di predisporre strumenti che siano di supporto ai clinici per le decisioni terapeutiche, sulla base dei pochi dati disponibili in letteratura.

Non esiste nessuna molecola registrata per il trattamento di infezioni da COVI-19. Esistono tuttavia delle sperimentazioni in corso sull'utilizzo di alcuni antivirali che hanno mostrato efficacia su COVI-19 sia in vitro che su modelli animali nonché in sperimentazioni aneddotiche. Soprattutto, ci si può avvalere dell'esperienza derivante dall'uso di agenti virali su virus appartenenti alla medesima famiglia di Betacoronavirus, specificatamente i virus responsabili della SARS e della MERS.

L'emergenza nella quale si trova la comunità scientifica nell'affrontare l'epidemia di COVID-19 fornisce il razionale per l'utilizzo di antivirali nonostante le evidenze scientifiche siano ancora preliminari.

### **Letalità e comorbidità da COVID-19**

Il centro per il controllo e la prevenzione delle malattie cinesi (China CDC) ha recentemente pubblicato la più ampia casistica di COVID-19, aggiornata all'11 febbraio 2020 (1), a complemento di altri report più limitati dalla città di Wuhan in Cina (2, 3). Da quanto riportato in quest'analisi descrittiva, sono stati 44672 i casi accertati, dei quali la maggior parte è compresa nella fascia di età tra i 30 e i 79 anni (87%), mentre solo una minoranza si colloca nelle fasce di età estreme (1% circa tra 1-9 anni e il 3%  $\geq 80$  anni).

Il tasso di letalità complessivo è stato del 2,3% (1.023 morti su 44.672 casi confermati). Tra i fattori determinanti del rischio di morte si segnala:

- **L'età:** il tasso di letalità sale all'8% nei pazienti tra i 70-79 anni e può arrivare al 14,8% in quelli con età  $\geq 80$  anni.
- La presenza di **comorbidità:** la letalità sale al 10,5% nei pazienti con malattie cardiovascolari, 7,3% nei diabetici, 6,3% in soggetti con malattie respiratorie croniche, 6% negli ipertesi e infine 5,6% nei pazienti oncologici.
- La gravità della presentazione clinica: mortalità del 49% nei pazienti definiti critici.

Anche in uno studio descrittivo delle caratteristiche clinico-epidemiologiche di 41 pazienti con COVID-19, viene segnalata l'importanza prognostica della presenza di comorbidità associate (3). Sul totale dei pazienti (n=41), 8 (20%) erano diabetici, 6 (15%) erano ipertesi e 6 (15%) presentavano patologie cardiovascolari. Tra questi, 13 pazienti (32%) sono stati condotti in terapia intensiva per necessità di supporto ventilatorio per ipoossimemia o insufficienza respiratoria.

Ad oggi, tuttavia, rimangono incertezze sul tasso di fatalità dell'infezione (4).

Nel complesso, le lezioni apprese dall'epidemia di SARS del 2003 sono apparse utilissime per affrontare l'epidemia in corso di COVID-19 (5).

### **Misure di supporto**

In generale, la terapia steroidea non sembra aggiungere benefici in termini di outcome clinico nel trattamento dell'infezione da COVID-19. Al contrario, la terapia steroidea potrebbe rallentare la clearance del virus (6).

Tuttavia, in pazienti in **ARDS confermata**, ma NON con infezioni da COVI-19, è stato del tutto recentemente descritto un beneficio di desametasone a basso dosaggio e per un periodo limitato di tempo (10 giorni), nella riduzione significativa della mortalità (7). Nonostante si tratti di una evidenza indiretta, appare ragionevole considerare l'impiego di desametasone esclusivamente in pazienti con ARDS confermata e su indicazione intensivistica.



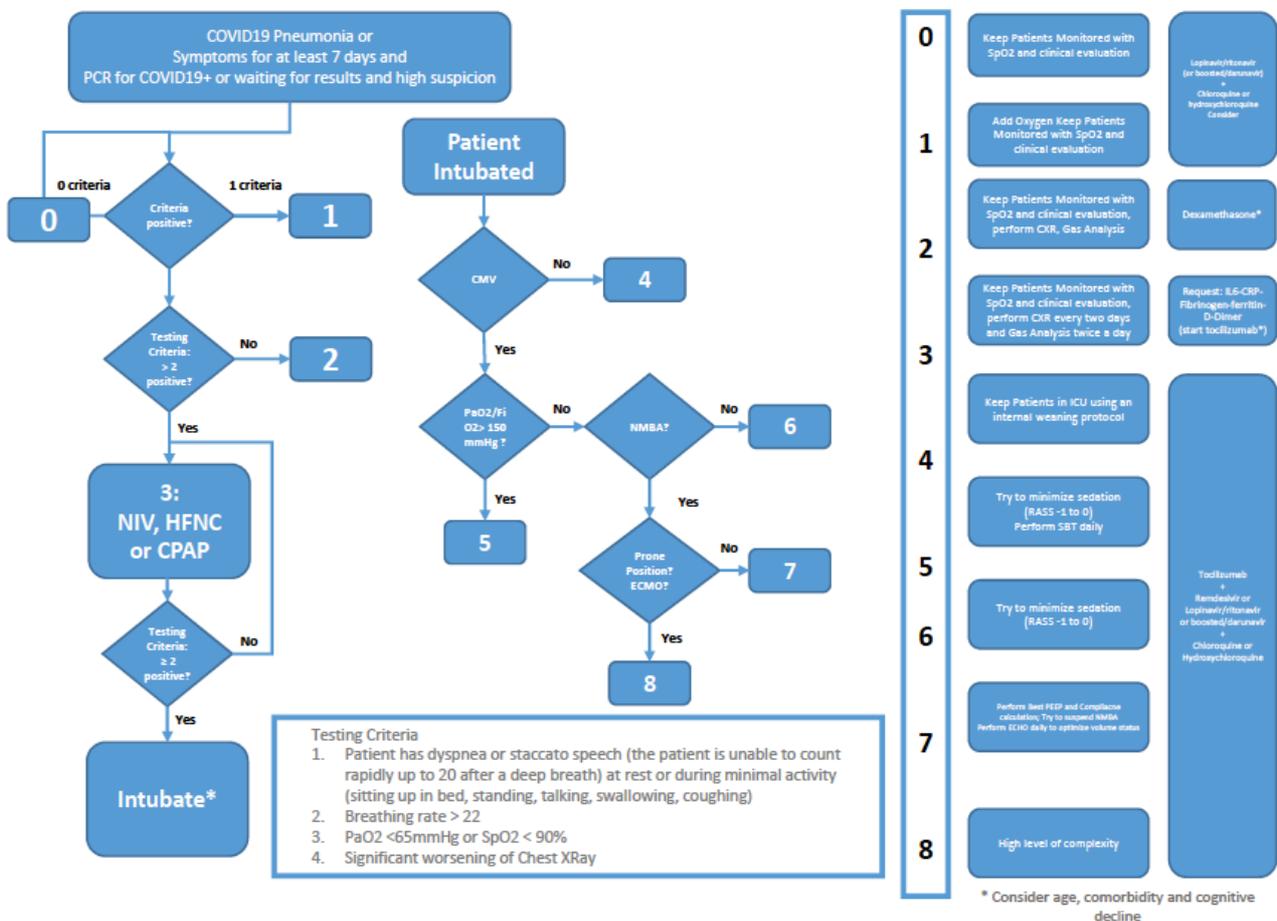
Esiste una forte evidenza che l'utilizzo di NIV nel trattamento della polmonite da COVID-19 sia associato ad un outcome peggiore. Su queste basi l'OMS raccomanda, ove possibile, di evitare l'utilizzo di NIV e adottare invece standard che prevedano l'intubazione precoce. In caso di necessità di utilizzo della NIV, questa deve essere impiegata all'interno di un reparto di terapia Intensiva (8).

Alla luce dell'espansione dell'epidemia, si è verificata nell'ultimo periodo una crescente carenza di posti letto in terapia intensiva che ha determinato la necessità che alcune tipologie di trattamento debbano potersi eseguire al di fuori di tali unità operative. In merito a questo il Gruppo di Lavoro si esprime a favore dell'utilizzo di ventilazione non invasiva anche al di fuori dai reparti di terapia intensiva.

Rispetto all'utilizzo dello steroide (desametasone), il gruppo di lavoro si esprime, con cautela, sulla possibilità di utilizzo di desametasone anche al di fuori dei reparti di terapia intensiva, in pazienti senza ARDS che siano in ossigenoterapia con segni clinici di insufficienza respiratoria ingravescente (score 2) oppure in pazienti che richiedono ventilazione non invasiva (score 3). Il gruppo di lavoro raccomanda estrema attenzione affinché il trattamento con steroide sia prescritto solo ai pazienti:

- in cui si possa considerare terminata la fase di elevata carica virale (es. apiretico da >72h e/o trascorsi almeno 7 giorni dall'esordio dei sintomi)
- si possa escludere clinicamente che sia in atto una superinfezione batterica
- solo in corso di peggioramento degli scambi respiratori e/o peggioramento significativo della radiografia del torace (aumento in compattezza ed estensione degli infiltrati).

Pertanto il gruppo di lavoro, in collaborazione con i rianimatori/intensivisti propone il seguente criterio di stratificazione del paziente. **Brescia-COVID respiratory severity scale (BCRSS)**





### **Indicazione ad inizio di trattamento antivirale**

Alcuni studi hanno dimostrato che l'inizio più precoce possibile della terapia antivirale (sia con LPV/r che con remdesivir) riduce le complicanze gravi della malattia (soprattutto insufficienza respiratoria acuta) (6).

Il trattamento è indicato in pazienti con diagnosi virologica accertata di infezione da COVI-19:

- con sintomi lievi ma con presenza di comorbidità o rischio di mortalità aumentato (vedi sopra);
- con manifestazioni cliniche di malattia moderata o severa.

Il gruppo di lavoro si esprime a favore di un inizio il più precoce possibile della terapia antivirale. In caso di ritardo di refertazione del tampone per COVI-19 ma con quadro clinico suggestivo (polmonite interstiziale) è ragionevole iniziare il trattamento antivirale con la massima precocità anche senza il referto del tampone (es. direttamente durante l'attesa del paziente in Pronto Soccorso).

### **Trattamento farmacologico**

#### **Cloroquina**

Studi clinici hanno dimostrato l'attività in vitro e nel modello animale della cloroquina fosfato come antivirale nei confronti del virus della SARS (9, 10) e dell'influenza aviaria (11). Sembra infatti che la cloroquina possa spiegare la sua efficacia antivirale incrementando il pH endosomiale necessario per la fusione virus/cellula ospite; inoltre la cloroquina appare interferire con la glicosilazione dei recettori cellulari di SARS COV 10.

La cloroquina ha inoltre attività immunomodulante, che potrebbe amplificare l'attività antivirale in vivo.

Il farmaco ha una buona penetrazione all'interno dei tessuti anche dopo somministrazione per via orale ad un dosaggio di 500 mg.

Nel febbraio 2020 un panel di esperti in Cina ha riassunto i risultati dell'impiego di cloroquina nel trattamento dell'infezione acuta da COVID-19, suggerendo che l'impiego del farmaco si associ al miglioramento del tasso di successo clinico, alla riduzione dell'ospedalizzazione e al miglioramento dell'outcome del paziente. Il panel raccomanda l'uso del farmaco al dosaggio di **500 mg BID per 10 giorni** (12). In alternativa è possibile utilizzare, se non fosse disponibile cloroquina, **idrossicloroquina 200 mg BID**.

Il gruppo di lavoro si esprime a contro il possibile utilizzo della cloroquina/idrossicloroquina in profilassi per COVID-19. Al momento non esiste alcuna evidenza di efficacia di questo farmaco in profilassi della malattia da COVID-19; pertanto questa strategia non è raccomandata.

#### **Lopinavir/ritonavir (LPV/R).**

Lopinavir è un noto antiretrovirale di seconda generazione che inibisce la proteasi virale di HIV. In combinazione con ritonavir (antivirale somministrato a basso dosaggio per il solo effetto potenziatore di lopinavir) ha dato importanti risultati nella riduzione della morbilità e mortalità nei pazienti con HIV/AIDS.

LPV/r è considerata una promettente opzione di trattamento per le infezioni da COVI-19, sulla base dell'efficacia dimostrata nei confronti di SARS-COV (in combinazione con ribavirina) (13).

Le evidenze cliniche tuttavia, benché stiano aumentando nell'ultimo mese, rimangono limitate. L'efficacia clinica di LPV/r è suggerita da casi aneddotici (14). In modo simile, casi aneddotici suggeriscono come la somministrazione di LPV/r sia in grado di ridurre la carica virale di COVI-19 molto rapidamente (15).

E' attualmente in corso uno studio clinico randomizzato e controllato (MIRACLE trial) che ha l'obiettivo di verificare l'efficacia terapeutica di LPV/RTV+IFNb nei pazienti con infezione da MERS-CoV (16).

#### **Darunavir ritonavir e darunavir/cobicistat**

Darunavir potenziato con ritonavir o cobicistat è un antiretrovirale di terza generazione che inibisce la proteasi virale raccomandato dalle Linee Guida Italiane ed Internazionali per il trattamento dell'HIV/AIDS. Vademecum per la cura delle persone con malattia da COVI-19



Infatti, nel trattamento di questa infezione ha dimostrato potenza nella soppressione virologica e tollerabilità maggiori rispetto a lopinavir/ritonavir; tuttavia, le evidenze che ne possano suggerire l'uso in COVID-19 sono molto limitate. Ciò nonostante, considerato che è un farmaco con un meccanismo di azione molto simile a quello di lopinavir/ritonavir, è ragionevole supporre che possa esplicare la sua efficacia antivirale nei confronti di nCoV-19 analogamente.

E' stata inoltre osservata una crescente carenza di lopinavir/ritonavir per l'aumento delle prescrizioni. Benché con evidenza scientifica inferiore a lopinavir/ritonavir, il gruppo di lavoro si esprime positivamente sul ragionevole utilizzo di darunavir 800 mg 1 cp/die + ritonavir 100 mg 1 cp/die o darunavir/cobicistat 800/150 mg 1 cp/die come alternativa in caso di carenza di lopinavir/ritonavir.

#### **Remdesivir (GS-5734).**

Remdesivir è un analogo nucleotidico che viene incorporato nella catena di RNA virale nascente risultando nella sua terminazione prematura. Tale meccanismo è alla base della sua possibile efficacia nei confronti dei coronavirus respiratori.

Remdesivir è attivo, in studi preclinici, su infezioni SARS-CoV e MERS-CoV agendo sulla polimerasi virale dei coronavirus (17). In modelli animali infetti con coronavirus MERS, remdesivir sembra avere maggiore efficacia rispetto al trattamento con lopinavir/ritonavir + interferone beta 1/b.

Recentemente un gruppo di studio nordamericano ha dimostrato su un modello sperimentale di infezione da MERS nel topo che l'impiego profilattico di LPV/RTV-IFN $\beta$  riduce il *viral load* ma ha scarso impatto su parametri di malattia; inoltre, l'uso terapeutico pur migliorando la funzionalità polmonare non riduceva la replicazione virale o lo sviluppo di patologia polmonare grave (18). Nello stesso studio l'impiego sia profilattico che terapeutico di remdesivir si dimostrava attivo sia nel ridurre la carica virale, sia nel migliorare i parametri di funzionalità polmonare (18). Un altro studio effettuato utilizzando un modello di infezione da MERS-Cov nel macaco ha confermato l'attività profilattica e terapeutica di RDV (19).

In un modello *in vitro* di cellule Vero infettate con il ceppo nCoV-2019BetaCoV/Wuhan/WIV/04/2019, sia RDV che la cloroquina hanno dimostrato di essere in grado di bloccare l'infezione a basse concentrazioni (20).

In Cina sono attualmente in corso due trial clinici di efficacia di remdesivir su COVID-19:

- per infezioni da COVID19 moderata (NCT04252664 – A Phase 3 Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Multicenter Study to Evaluate the Efficacy and Safety of Remdesivir in Hospitalized Adult Patients with Mild and Moderate 2019-nCoV Respiratory Disease.)
- per infezioni severe (NCT04257656 - A Phase 3 Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Multicenter Study to Evaluate the Efficacy and Safety of Remdesivir in Hospitalized Adult Patients with Severe 2019-nCoVRespiratory Disease.)



## PROTOCOLLO TERAPEUTICO

Paziente positivo per COVI-19 **asintomatico o con sintomi lievi: (Febbre (>37,5°C), tosse, sintomi da raffreddamento senza dispnea), età < 70 anni e senza fattori di rischio (BPCO, diabete e cardiopatia) e RX torace negativo**

Osservazione clinica, terapia di supporto

Paziente positivo per COVI-19 **con sintomi respiratori lievi ma di età > 70 anni e/o con fattori di rischio (BPCO, diabete e cardiopatia) oppure sintomatico o con sintomi lievi (Febbre (>37,5°C), tosse, dispnea da lieve a moderata) e Rx torace con quadro di polmonite:**

lopinavir/ritonavir cps 200/50 mg, 2 x 2/die (in alternativa darunavir 800 mg 1 cp/die + ritonavir 100 mg 1 cp/die o darunavir/cobicistat 800/150 mg 1 cp/die), + cloroquina 500 mg, 1 x 2/ die o idrossicloroquina cp 200 mg, 1 x 2/die.

Durata della terapia: da 5 a 20 giorni, con timing da stabilire secondo evoluzione clinica.

In caso di **necessità di ossigenoterapia o rapido peggioramento clinico (vedi paragrafo "misure di supporto" e COVID respiratory severity scale)** richiedere Remdesivir ad uso compassionevole. Al momento della sua disponibilità sospendere LPV/RTV (o DRV/b) e proseguire con:

Remdesivir fiale 150 mg: 1 giorno 200 mg ev in 30 minuti poi 100 mg ev /die per altri 9 giorni in associazione a cloroquina 500 mg, 1 x 2/ die o idrossicloroquina 200 mg, 1 x 2/die (durata della terapia: da 5 a 20 giorni, con timing da stabilire secondo evoluzione clinica).

Se paziente ha BCRSS score  $\geq 2$  valutare: desametasone 20 mg/die per 5 giorni poi 10 mg/die per 5 giorni (su indicazione intensivistica) e/o tocilizumab (vedi paragrafo specifico pag 11)

Paziente positivo per COVID-19 con quadro di **polmonite grave, ARDS o insufficienza respiratoria globale, scompenso emodinamico, necessità di ventilazione meccanica (o non invasiva):**

Remdesivir 1 giorno 200 mg ev come dose carico, quindi 100 mg/die ev (giorni 2-10) + cloroquina 500 mg, 1 x 2/ die o idrossicloroquina 200 mg x 2 via SNG (durata della terapia: da 5 a 20 giorni, con timing da stabilire secondo evoluzione clinica).

Fino al momento della disponibilità di remdesivir intraprendere terapia con LPV/RTV 5 mL x 2/die (o in alternativa DRV/r sospensione orale o DRV/c frantumato e disperso) via SNG + idrossicloroquina 200 mg x 2 via SNG.

Pazienti ARDS: dopo 24h dalla diagnosi di ARDS: desametasone 20 mg/die per 5 giorni poi 10 mg/die per 5 giorni (su indicazione intensivistica) e/o tocilizumab (vedi paragrafo specifico pag 11)

### Interazioni farmacologiche e carenze di farmaci

Il gruppo di lavoro raccomanda massima attenzione alle possibili interazioni farmacocinetiche, in particolare di lopinavir/ritonavir con altre classi di farmaci. In caso di concomitante assunzione di altri farmaci il gruppo di lavoro raccomanda di consultare il sito: <http://www.covid19-druginteractions.org/>



In caso di presenza di farmaci controindicati nell'utilizzo con lopinavir/ritonavir il gruppo di lavoro si esprime ragionevolmente a favore dell'utilizzo della sola cloroquina/idrossicloroquina.

Il gruppo di lavoro raccomanda di utilizzare formulazione in compresse di lopinavir/ritonavir ed eventualmente in pazienti che avessero difficoltà alla deglutizione passare alla formulazione in sospensione orale. Le compresse di lopinavir/ritonavir non si possono frantumare.

In alternativa, se non fosse disponibile la formulazione orale di lopinavir/ritonavir, è disponibile in commercio una formulazione di darunavir in sospensione orale (200 ml) da associare a ritonavir bustina da 100 mg.

In caso di carenza anche di darunavir in sospensione orale, il gruppo di lavoro ricorda che le compresse di darunavir e darunavir/cobicistat di possono frantumare, disperdere e somministrare via sondino nasogastrico (21).

### **Terapia antiinfettiva di supporto**

La scelta di aggiungere una terapia antibiotica (empirica o mirata) e/o antivirale (oseltamivir) dovrebbe essere effettuata **solo** in presenza di una ragionevole evidenza di sovrainfezione batterica o virale.

### **Accesso ai farmaci**

Per la richiesta di uso fuori indicazione di farmaci registrati (lopinavir/ritonavir e cloroquina o idrossicloroquina) occorre procedere secondo quanto previsto dalle prescrizioni normative relative all'uso off-label dei farmaci.

Per l'utilizzo di remdesivir, essendo il farmaco non registrato in Italia, è necessario chiedere l'uso compassionevole del farmaco, attraverso la compilazione di una apposita modulistica ad personam, all'azienda Gilead Sciences inc. e ottenere approvazione all'uso dal Comitato Etico.



**SCHEMA TERAPEUTICO SEMPLIFICATO**

| Tipologia di paziente  | Presentazione clinica   | Trattamento di supporto immunomodulante   | Trattamento antivirale  | note   |
|--|---|---|---|--|
| <b>Paziente asintomatico</b>   |   | Nessuno - sorveglianza  | Nessuno   |  |
| <b>Paziente con sintomi respiratori lievi</b>  | Febbre (>37,5°C), tosse, sintomi da raffreddamento senza dispnea  | Trattamento sintomatico   | Nessuno   |  |
| <p>- <b>Paziente con sintomi respiratori lievi ma età &gt;70 anni e/o presenza di comorbidità o rischio di aumentata mortalità</b></p> <p>- <b>Paziente con sintomi respiratori moderati e/o Rx torace con quadro di polmonite</b></p> | Febbre (>37,5°C), tosse, dispnea da lieve a moderata              | <p>Trattamento sintomatico – O2 terapia</p> <p><b>Se paziente BCRSS score ≥2</b><br/><b>Valutare:</b><br/><b>desametasone 20 mg/die per 5 giorni poi 10 mg/die per 5 giorni (su indicazione intensivistica).</b><br/>e/o<br/><b>Tocilizumab (vedi paragrafo specifico pag 11)</b></p>                             | <p><b>Lopinavir/ritonavir 200/50 mg 2 cp BID</b><br/>+<br/><b>Clorochina 500 mg BID per 20 giorni</b><br/>O<br/><b>Idrossiclorochina 200 mg BID</b></p> <p>Regime alternativo a lopinavir/ritonavir: <b>darunavir 800 mg 1 cp QD + ritonavir 100 mg 1 cp QD o darunavir/cobicistat 800/150 mg QD</b></p> <p>(durata del trattamento da 5 a 20 giorni, con durata da stabilire secondo evoluzione clinica)</p>   | <p>in caso di <b>necessità di ossigenoterapia</b> potrebbe essere ragionevole richiedere Remdesivir (vedi paziente con sintomi severi)</p> |
| <b>Paziente con sintomi severi</b>   | ARDS o insufficienza respiratoria globale, scompenso emodinamico, | <p>Necessaria valutazione rianimatoria e trasferimento in terapia intensiva.</p> <p><b>Pazienti ARDS: dopo 24h dalla diagnosi di ARDS: desametasone 20 mg/die per 5 giorni poi 10 mg/die per 5 giorni (su indicazione intensivistica)</b></p> <p>e/o<br/><b>Tocilizumab (vedi paragrafo specifico pag 11)</b></p> | <p><b>Remdesivir</b> (se disponibile) dose da carico il primo giorno di 200 mg/ev seguito da una dose di mantenimento di 100 mg/ev/die da giorno 2 a giorno 10<br/>+<br/><b>Clorochina o Idrossiclorochina</b> (vedi sopra)</p> <p>O<br/><b>Lopinavir/ritonavir</b> (vedi sopra)<br/>+<br/><b>Clorochina o idrossiclorochina</b> (vedi sopra)</p> <p>Regime alternativo a lopinavir/ritonavir: <b>darunavir + ritonavir o darunavir/cobicistat</b> (vedi sopra)</p> |  |



## Utilizzo di tocilizumab in pazienti con infezione severa COVID-19

### Razionale

Nei pazienti con infezione da COVI-19 con andamento grave si manifesta un quadro di polmonite che può degenerare rapidamente in insufficienza respiratoria. I soggetti anziani e immunodepressi sono a maggior rischio di evolvere verso un quadro grave di ARDS. Uno studio recente ha dimostrato che i pazienti che necessitano di ricovero in rianimazione presentano un quadro di perturbazione dell'assetto citochinico con elevati livelli di IL-6, IL-2, IL-7, IL-10 e TNF- $\alpha$ . Alterazioni simili si osservano nella sindrome da rilascio citochinico (CRS) associata alla terapia da CAR-T (chimeric antigen receptor (CAR)-T cell therapy) e caratterizzata da febbre e da insufficienza multiorgano. Le citochine coinvolte nella patogenesi e nelle manifestazioni cliniche della CRS sono IL-6, interferon gamma (IFN-g), tumor necrosis factor alpha (TNF-a) e IL-10 (22). In particolare, il mediatore centrale nella tossicità da CRS è IL-6 (23).

Sebbene la terapia immuno-infiammatoria non sia raccomandata di routine nella polmonite da COVID 19, in considerazione del quadro di CRS e dei riscontri anatomopatologici di edema polmonare e di formazione di membrane ialine, un approccio terapeutico mirato temporalmente e accompagnato dall'adeguato sostegno ventilatorio potrebbe essere di beneficio nei pazienti con polmonite grave che sviluppano ARDS.

Tocilizumab è un farmaco che blocca il recettore della IL-6. La formulazione per via endovenosa ha ottenuto l'indicazione per la CRS che si manifesta in corso di terapia con Car-T; dato il quadro clinico e citochinico nei pazienti con polmonite grave da COVI-19, tocilizumab potrebbe avere un razionale per bloccare la SIRS provocata dal virus nei pazienti con elevati livelli di IL-6. In Cina, nell'Ospedale della provincia di Anhui, è in corso un trial per l'uso di tocilizumab nel trattamento di COVID-19 (ChiCTR 2000029765), il dosaggio previsto è di 8 mg/Kg da ripetersi dopo 12 ore.

Il dosaggio utilizzato da Xiaoling Xu in uno studio pilota cinese (Effective Treatment of Severe COVID-19 Patients with Tocilizumab, in press) è stato di 400 mg ev in singola dose con un'eventuale seconda dose se mancata risposta clinica; il lavoro mostra dei risultati promettenti in 21 pazienti trattati con significativa riduzione di IL-6 e della febbre con miglioramento della funzionalità polmonare.

La posologia raccomandata per il trattamento della CRS mediante infusione endovenosa della durata di 60 minuti è pari a 8 mg/kg nei pazienti di peso uguale o superiore a 30 kg o a 12 mg/kg nei pazienti di peso inferiore a 30 kg. In assenza di miglioramento clinico dei segni e dei sintomi di CRS dopo la prima dose, possono essere somministrate fino a 3 dosi supplementari di tocilizumab. L'intervallo tra dosi consecutive deve essere di almeno 8 ore.

### Selezione del paziente

Il gruppo di lavoro raccomanda un'accurata selezione del paziente che possa avere accesso al tocilizumab. Pertanto, il gruppo di lavoro, in collaborazione con i rianimatori/intensivisti propone il **Brescia-COVID respiratory severity scale (BCRSS)** come criterio di stratificazione del paziente (vedi anche "misure di supporto" a pag. 5).

### Criteri di inclusione

- Termine della fase iniziale di elevata carica virale di COVID-19 (es. apiretico da >72h e/o trascorsi almeno 7 giorni dall'esordio dei sintomi)
- Peggioramento degli scambi respiratori tali da richiedere supporto non invasivo o invasivo alla ventilazione (BCRSS score  $\geq 3$ )
- Elevati livelli di IL-6 (>40 pg/ml); in alternativa elevati livelli di d-dimero e/o PCR e/o ferritina e/o fibrinogeno in aumento progressivo.

### Criteri di esclusione



- Età <18 anni
- AST/ALT hanno valori superiori a 5 volte i livelli di normalità.
- Valore di neutrofili inferiore a 500 cell/mmc.
- Valore di PLT inferiore a 50.000 cell/mmc.
- Documentata sepsi da altri patogeni che non siano COVID-19.
- Presenza di comorbidità correlate, secondo giudizio clinico, ad un outcome sfavorevole
- Diverticolite complicata o perforazione intestinale
- Infezione cutanea in atto (es. dermoipodermite non controllata da terapia antibiotica)
- Terapia immunosoppressiva anti-rigetto

### **Schema terapeutico proposto**

- A. Massimo 3 infusioni al dosaggio di 8 mg/kg di peso corporeo (dosaggio massimo per infusione 800 mg)
- B. Seconda infusione a distanza di 8-12 ore dalla prima
- C. Se risposta clinica parziale o incompleta, EVENTUALE terza infusione a distanza di 16-24 ore dalla prima infusione

Dopo 24 ore dalla ultima somministrazione ripetere il dosaggio plasmatico di IL-6 e/o D-dimero.

Il trattamento deve essere accompagnato da trattamento antivirale (lopinavir/ritonavir o remdesivir + cloroquina/idrossicloroquina) e/o steroideo (desametasone).

### **Dosaggi Tocilizumab in COVID-19 per peso corporeo**

| <b>PESO PAZIENTE</b> | <b>DOSAGGIO TOCILIZUMAB</b>              | <b>Range di dose mg/Kg</b> |
|----------------------|--|----------------------------|
| 35-45 kg             | 320 mg (4 fl da 80 mg)                   | 9,1-7,1                    |
| 46-55 kg             | 400 mg (1 fl da 400 mg)                  | 8,7- 7,3                   |
| 56-65 kg             | 480 mg (1 fl da 400 mg + 1 fl da 80 mg)  | 8,6-7,4                    |
| 66-75 kg             | 560 mg (1 fl da 400 mg + 2 fl da 80 mg)  | 8,5-7,5                    |
| 76-85 kg             | 600 mg (1 fl da 400 mg + 1 fl da 200 mg) | 7,9-7,0                    |
| >86 kg               | 800 mg (2 fl da 400 mg)                  | 9,3                        |

### **Disponibilità del farmaco**

Il farmaco tocilizumab è registrato in Italia con diverse indicazioni, pertanto si dovrà seguire il protocollo aziendale per l'uso fuori indicazione di farmaci registrati e far firmare al paziente (tranne che in caso di stato di necessità) il consenso informato.

### **Effetti indesiderati**

S rimanda alla scheda tecnica del farmaco per tutto ciò che non è compreso in queste raccomandazioni di utilizzo.

### **Gravidanza**

Essendo tocilizumab un anticorpo monoclonale, non è un farmaco teratogeno. Se ne può osservare un passaggio placentare a partire dalla 16 settimana di gestazione, come tutte le immunoglobuline IgG. Pertanto, la concentrazione del farmaco a livello della circolazione fetale risulta essere superiore a quella nella circolazione materna verso il termine della gravidanza.



Il gruppo di lavoro raccomanda quindi di considerare i rischi ed i benefici del trattamento, con la consapevolezza che il neonato esposto in utero nel terzo trimestre di gravidanza ha la possibilità di risultare temporaneamente immunodepresso in attesa che termini la clearance del farmaco materno.

#### **Terapie antiinfettive di supporto e riattivazione di infezioni latenti**

Il gruppo di lavoro raccomanda di valutare bene l'assenza di infezioni sistemiche concomitanti ed eventualmente impostare uno schema di terapia antibiotica preventiva ad ampio spettro secondo indicazioni cliniche, politiche sanitarie o protocolli in uso.

Il gruppo di lavoro, sebbene non ravveda un rischio aumentato di riattivazione tubercolare in soggetti affetti da infezione tubercolare latente, e considerata la necessità di iniziare il trattamento in tempi molto brevi, raccomanda di eseguire test IGRA per tubercolosi e markers virali per la diagnosi di epatite occulta da HBV.; tuttavia, non si ritiene necessario avere i risultati di questi esami prima dell'inizio del trattamento.



## Riferimenti bibliografici

1. (Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital surveillances: the epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19)—China, 2020. China CDC Weekly. Accessed February 20, 2020. <http://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51>)
2. (Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China - Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. Published online February 24, 2020).
3. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al; Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020 Feb 15;395(10223):497-506.
4. Battegay M, Kuehl R, Tschudin-Sutter S, Hirsch HH, Widmer AF, Neher RA. 2019-Novel coronavirus (2019-nCoV): estimating the case fatality rate: a word of caution. Swiss Med Wkly. 2020;150:w20203.
5. McCloskey B, Heymann DL. SARS to novel coronavirus: old lessons and new lessons. Epidemiol Infect. 2020;148:e22.
6. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance. 28 January 2020. WHO/nCoV/Clinical/2020.3).
7. Villar J, Ferrando C, Martínez D, Ambrós A, Muñoz T, Soler JA, et al.; Dexamethasone treatment for the acute respiratory distress syndrome: a multicentre, randomised controlled trial. Lancet Respir Med. 2020 Feb 7.
8. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance. 28 January 2020. WHO/nCoV/Clinical/2020.3).
9. Savarino A., Di Trani L., Donatelli I., Cauda R. Cassone A. New insights into the antiviral effects of chloroquine. Lancet Infect. Dis. 2006; 6: 67–69.
10. Vincent MJ, Bergeron E, Benjannet S, Erickson BR, Rollin PE, Ksiazek TG, et al. Virol. Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread J. 2005; 2, 69.
11. Yan Y, Zou Z, Sun Y, Li X, Xu KF, Wei Y, Jin N, Jiang C. Anti-malaria drug chloroquine is highly effective in treating avian influenza A H5N1 virus infection in an animal model. Cell Res. 2013 Feb;23(2):300-2.
12. Multicenter collaboration group of Department of Science and Technology of Guangdong Province and Health Commission of Guangdong Province for chloroquine in the treatment of novel coronavirus pneumonia. Expert consensus on chloroquine phosphate for the treatment of novel coronavirus pneumonia. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. 2020 Feb 20;43(0):E019.
13. Chu CM, Cheng VC, Hung IF, Wong MM, Chan KH, Chan KS, et al. HKU/UCH SARS Study Group. Role of lopinavir/ritonavir in the treatment of SARS: initial virological and clinical findings. Thorax. 2004 Mar;59(3):252-6.
14. Han W, Quan B, Guo Y, Zhang J, Lu Y, Feng G, et al.. The course of clinical diagnosis and treatment of a case infected with coronavirus disease 2019. J Med Virol. 2020 Feb 19.
15. Lim J, Jeon S, Shin HY, Kim MJ, Seong YM, Lee WJ, et al.. Case of the Index Patient Who Caused Tertiary Transmission of COVID-19 Infection in Korea: the Application of Lopinavir/Ritonavir for the Treatment of COVID-19 Infected Pneumonia Monitored by Quantitative RT-PCR. J Korean Med Sci. 2020 Feb 17;35(6):e79.
16. Arabi YM, Asiri AY, Assiri AM, Aziz Jokhdar HA, Alothman A, Balkhy HH, et al.; and the Saudi Critical Care Trials group Treatment of Middle East respiratory syndrome with a combination of lopinavir/ritonavir and interferon-β1b (MIRACLE trial): statistical analysis plan for a recursive two-stage group sequential randomized controlled trial. Trials. 2020 Jan 3;21(1):8.



17. Agostini ML, Andres EL, Sims AC, Graham RL, Sheahan TP, Lu X, Smith EC, et al. Coronavirus susceptibility to the antiviral remdesivir (GS-5734) is mediated by the viral polymerase and the proofreading exoribonuclease. *mBio* 2018;9:e00221-18
18. Sheahan TP, Sims AC, Leist SR, Schäfer A, Won J, Brown AJ, et al. Comparative therapeutic efficacy of remdesivir and combination lopinavir, ritonavir, and interferon beta against MERS-CoV. *Nat Commun* 2020;11:222.
19. de Wit E, Feldmann F, Cronin J, Jordan R, Okumura A, Thomas T, et al. Prophylactic and therapeutic remdesivir (GS-5734) treatment in the rhesus macaque model of MERS-CoV infection. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2020 Feb 13. pii: 201922083.
20. Wang M, Cao R, Zhang L, Yang X, Liu J, Xu M, et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. *Cell Res*. 2020 Feb 4.
21. Brown K et al. *Impact of Splitting or Crushing on the Relative Bioavailability of the Darunavir/Cobicistat/Emtricitabine/ Tenofovir Alafenamide Single-Tablet* *Clinical Pharmacology in Drug Development* 2019; 8(4):541-548
22. Wang Z, Han W. Biomarkers of cytokine release syndrome and neurotoxicity related to CAR-T cell therapy. *Biomark Res*. 2018 Jan 22;6:4. doi:10.1186/s40364-018-0116-0. eCollection 2018.
23. Lee DW, Gardner R, Porter DL, Louis CU, Ahmed N, Jensen M, Grupp SA, Mackall CL. Current concepts in the diagnosis and management of cytokine release syndrome. *Blood*. 2014 Jul 10;124(2):188-95. doi: 10.1182/blood-2014-05-552729. Epub 2014 May 29. Erratum in: *Blood*. 2015 Aug 20;126(8):1048. Dosage error in article text. *Blood*. 2016 Sep 15;128(11):1533.