

# Prise en charge et traitement respiratoires pour les patients COVID-19 hospitalisés

**V1.0 - 15 Mai 2020**

## **Contexte :**

**Les patients atteints du SARS-CoV2 peuvent développer une pneumonie avec une détresse respiratoire aigüe nécessitant la mise en place d'un protocole d'oxygénothérapie. A la demande du RMG le 20/04/2020, un groupe de travail a été constitué dans le but d'établir des recommandations nationales concernant l'oxygénothérapie dans les hôpitaux tenant compte des limites du matériel disponible en ambulatoire.**

**Coordination :** Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS)

## **Composition :**

- Conseil Supérieur de la Santé : Fabrice Peters
- AFMPS :
  - o Greet Musch
  - o Roel Van Loock
  - o Steve Eglem
  - o Vicky Hoymans
  - o Miranda Vroenhove
  - o Dirk Mergan
  - o Barbara Strubbe
  - o Karin Froidbise
- Experts:
  - o Prof Wim Janssens : Pneumoloog KUL en voorzitter Belgische beroepsorganisatie pneumologen
  - o Prof Marc Van de Velde : intensivist ICU en expert respiratoren KUL
  - o Prof : Eric Derom : pneumologue et expert en oxygénothérapie RUG
  - o Prof Giuseppe Lisstro : Pneumologue et expert oxygénothérapie chronique UCL
  - o Prof Wilfried Debacker :Pneumologue UZA et co-auteur de directive de l'oxygénothérapie dans les maisons de repos néerlandophone.
  - o Prof. Jan De Lepeleire KUL – Médecin généraliste
  - o Dr Jean-François Moreau – Médecin généraliste et président de l'association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en Maisons de Repos et de Soins.

## 1. Traitements de support respiratoire

Il est recommandé d'établir un monitoring de la **saturation min 3x / jour**

### 1.1. Oxygénothérapie

**Objectif** : SpO<sub>2</sub> cible : **93-96%**<sup>1</sup>

**N.B.** : SpO<sub>2</sub> 88-92% selon recommandations standards chez BPCO<sup>2</sup> ou IRC/obèses.

#### Systemes d'oxygénation :

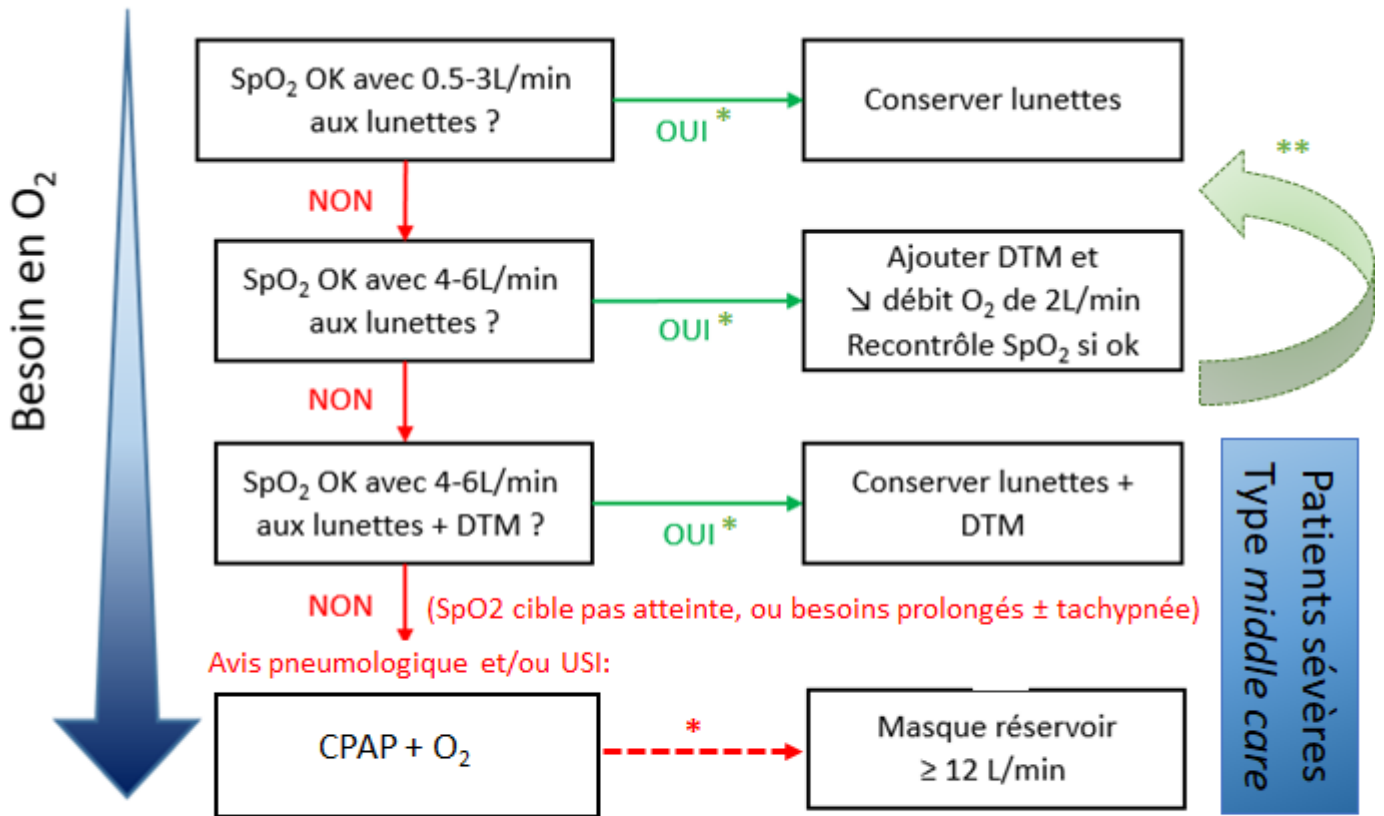
- **Lunettes d'O<sub>2</sub>** :
  - o Débits : **Jusqu'à 6 L/min** (au-delà, inconfort et inefficacité)
  - o Avantages : Facile à porter, communication, alimentation, ...
  - o N.B. : entre 4-6 L/min : déjà inconfort notable
- **Lunettes d'O<sub>2</sub> + DOUBLE TRUNK MASK (DTM)** :
  - o Débits : **Entre 4-6 L/min** (O<sub>2</sub> toujours administré via lunettes donc max 6L/min)
  - o Avantages : le DTM permet de maximiser l'O<sub>2</sub> administré pour un débit donné<sup>3</sup>
    - Améliore donc le confort et diminue la déshydratation (retient l'humidité)
- **Masque O<sub>2</sub> à haute concentration (avec réservoir)** :
  - o Débits : **Minimum 12 L/min** (en-dessous, ↘ efficacité et risque hypercapnie)
  - o Avantages : Permet d'administrer beaucoup d'O<sub>2</sub> si hypoxémie très sévère
    - A poser si désaturation malgré lunettes 6L/min + DTM

<sup>1</sup> Alhazzani et al. Crit Care Med, 2020

<sup>2</sup> <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/patient-management>

<sup>3</sup> Duprez et al. J Clin Mon Comp 2020

**En pratique, quel débit pour quelle interface – proposition d’approche par étape :**



- \* Si SpO2 cible atteinte et pas de signe de fatigue respiratoire (FR < 30/min, ! capnie)
- \* Si CPAP mal tolérée (ou peu efficace)
- \*\* Stepdown si évolution favorable de la SpO2 et de la clinique (FR)



## 1.2. CPAP

**Indication** : **hypoxémie sévère** (besoin O<sub>2</sub> ≥ 4 à 6L/min + DTM ou 12L/min masque-réservoir) **surtout si prolongée** sans réduction des besoins maintenus en plateau de manière et/ou tachypnée persistante. *NB : un effet favorable a également été noté dans certains cas de toux incoercible.*

**Contre-Indications**: confusion, agitation, ou mauvaise collaboration (risque de retrait du masque avec machine sous pression et donc aérosolisation du virus !).

**Réglages** : débuter à une pression de 4 cm d'eau (Boussignac ou CPAP), majoration progressive de la pression positive en fonction de la tolérance et la clinique. Maintien de la CPAP le plus longtemps/fréquemment possible selon tolérance du patient. Mise en place (montage spécifique avec filtre HEPA, masque nasobuccal sans fuite obligatoire !), paramètres (SpO<sub>2</sub> et FR) avant et après quelques min ; suivi par équipe kiné. ! Mettre le masque avant d'enclencher la CPAP et le retirer une fois la CPAP arrêtée.

**Appareillage** : CPAP soit électrique soit Boussignac :

	CPAP GoodKnight	CPAP Boussignac
<b>Appareil</b>		
<b>Particularités</b>	Pression (cmH <sub>2</sub> O) précise directement réglable sur l'appareil. Le débit d'O <sub>2</sub> distribué via l'interface standard est conservé ou peut être augmenté.	Pression (cmH <sub>2</sub> O) moins précise. C'est le débit en O <sub>2</sub> réglé qui génère la pression et FiO <sub>2</sub> <sup>4</sup> . Régler un débit d'au moins 15L/min à la source d'O <sub>2</sub> murale. N.B. augmentation « en aveugle » du débit au-delà de la graduation max du débitmètre (10-15L/min selon chambre).
<b>Spécificités COVID-19</b>	Désinfection sans garantie. « Condamnée » une fois utilisée en COVID.	Moins cher, jetable après la crise pandémique. <b>A privilégier</b> si pression < 5 cm d'eau.

<sup>4</sup> Brusasco et al. Respir Care 2015  
Numéro d'entreprise : BE 0884 579 424

## 2. Sortie et suivi

### Sortie à considérer si patient

- Convalescent cliniquement, sans besoin en O<sub>2</sub> (SpO<sub>2</sub> ≥ 92% à l'air ambiant) ou avec un faible besoin 1-2L/min pour autant que la clinique soit rassurante et moyennant prescription O<sub>2</sub> en ambulatoire ;
- à au moins J6-J7 d'évolution (ou J14 si MRS sans possibilité d'isolement).
- Faire test de lever de chaise avant sortie (équipe kinés) et discuter revalidation en fonction de l'atteinte respiratoire et fonctionnelle.

### Suivi à 3 mois en consultation (discussion évaluation fonctionnelle et scannographique)