

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 : SpO₂ cible : **93-96%**¹

N.B. : SpO₂ 88-92% selon recommandations standards chez BPCO² ou IRC/obèses.

Systemes d'oxygénation :

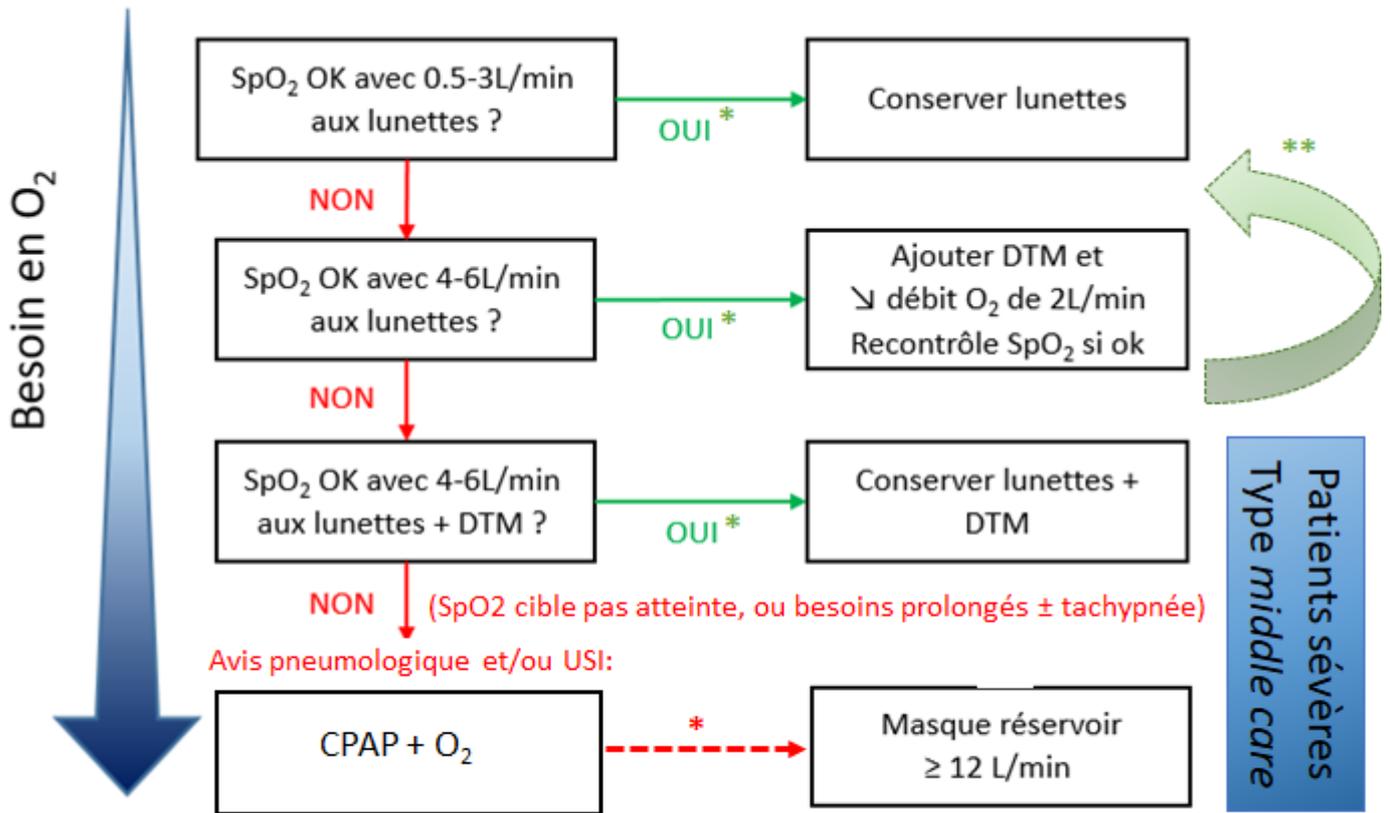
- **Lunettes d'O₂** :
 - o Débits : **Jusqu'à 6 L/min** (au-delà, inconfort et inefficacité)
 - o Avantages : Facile à porter, communication, alimentation, ...
 - o N.B. : entre 4-6 L/min : déjà inconfort notable
- **Lunettes d'O₂ + DOUBLE TRUNK MASK (DTM)** :
 - o Débits : **Entre 4-6 L/min** (O₂ toujours administré via lunettes donc max 6L/min)
 - o Avantages : le DTM permet de maximiser l'O₂ administré pour un débit donné³
 - Améliore donc le confort et diminue la déshydratation (retient l'humidité)
- **Masque O₂ à haute concentration (avec réservoir)** :
 - o Débits : **Minimum 12 L/min** (en-dessous, ↘ efficacité et risque hypercapnie)
 - o Avantages : Permet d'administrer beaucoup d'O₂ si hypoxémie très sévère
 - A poser si désaturation malgré lunettes 6L/min + DTM

¹ Alhazzani et al. Crit Care Med, 2020

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

³ 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 O₂ ≥ 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 (SpO₂ 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
Appareil		
Particularités	Pression (cmH ₂ O) précise directement réglable sur l'appareil. Le débit d'O ₂ distribué via l'interface standard est conservé ou peut être augmenté.	Pression (cmH ₂ O) moins précise. C'est le débit en O ₂ réglé qui génère la pression et FiO ₂ ⁴ . Régler un débit d'au moins 15L/min à la source d'O ₂ murale. N.B. augmentation « en aveugle » du débit au-delà de la graduation max du débitmètre (10-15L/min selon chambre).
Spécificités COVID-19	Désinfection sans garantie. « Condamnée » une fois utilisée en COVID.	Moins cher, jetable après la crise pandémique. A privilégier si pression < 5 cm d'eau.

⁴ 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 O₂ (SpO₂ ≥ 92% à l'air ambiant) ou avec un faible besoin 1-2L/min pour autant que la clinique soit rassurante et moyennant prescription O₂ 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)