

DEFINITION

- insuffisance respiratoire aiguë évoluant depuis moins d'une semaine
- opacités bilatérales sur l'imagerie thoracique (verre dépoli bilatéral, multifocal, prédominance périphérique, images de pneumonie organisée)
- absence d'arguments pour un œdème hydrostatique prédominant
- hypoxémie avec rapport PaO₂ (mmHg)/FIO₂ (0,21 à 1) < 300 pour une pression expiratoire positive (PEP) réglée à 5 cm H₂O

SEVERITE

- 3 stades de gravité définis en fonction de l'hypoxémie

Stades sévérité (critères de Berlin)	
<input type="checkbox"/> Mineur	→ P/F]300-200]
<input type="checkbox"/> Modéré	→ P/F]200-100]
<input type="checkbox"/> Sévère	→ P/F ≤ 100

NE PAS RETARDER L'INTUBATION
si signes de détresse respi. + O₂ ≥ 5L/min

INTUBER (matériel, drogues disponibles et vérifiés)

- CONTEXTE COVID 19** → Protection individuelle (masque FFP2, charlotte, lunettes, casaque, gants +++)
- Remplissage 250 ml/noradrénaline IVSE branchée
- Pas de VNI ou d'OHD de principe (aérosolisation virale)** → Si SpO₂ < 92% (VNI étanche 3 min, PEP 10, AI 5, FiO₂ 1)
- Induction en séquence rapide** selon protocole de service (à 1 min arrêt du ventilateur de VNI si utilisée)
- Intubation oro-trachéale** → Sonde 7,5 (Femme) ou 8 (Homme) + **privilegier vidéo-laryngoscope**
- Gonfler ballonnet SI + mise en place immédiate du filtre puis débuter la ventilation

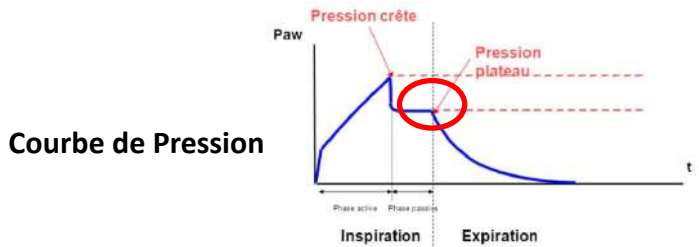
VENTILATION PROTECTRICE

- Mode en **volume assisté contrôlé (VAC)**
- Volume courant (Vt) 6 ml/kg** calculé sur le poids idéal théorique (PIT)
→ approximation PIT = Taille (cm) – 110 (femme) (Taille -100 si homme)
- FR minimale QSP pH ≥ 7,30 (FR 16 - 35/min)
- Rapport I/E : 1/2 [min 1/3 -1/1 max] – Plateau inspiratoire 20-30%
- Débit inspiratoire réglé entre 50 et 70 l/min
- Réglage initial** → FiO₂ 1 + PEP 10 cmH₂O
- Puis baisser la FiO₂ QSP PaO₂ [55-80] mmHg ou à défaut sur SpO₂ [88 -95 %]**
- Ensuite adapter la PEP selon niveau de FiO₂ nécessaire (en réglant le niveau de PEP le plus bas pour chaque niveau de FiO₂ – selon Table ARDSnet lowPEP) → Pas GDS systématique (SpO₂)

FiO ₂ réglée	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1
niveau(x) de PEP associée	5	5 - 8	8 - 10	10	10 - 12 - 14	14	14 - 16 - 18	18 - 20 - 22 - 24

Si défaillance cardiaque droite documentée → baisser la PEP

- Installer le patient en **proclive 30-45°** + utiliser **système d'aspiration clos**
- Monitorer la Pression de Plateau (Pplat) en continu ou à défaut toutes les 4h** par une pause inspiratoire de 1-3 seconde (cf courbe P/temps) ou après tous changements de Vt ou de PEP → **Objectif maintien d'une Pplat ≤ 30 cmH₂O**



SDRA modéré à sévère avec P/F < 150

- CURARISATION CONTINUE** pendant les 48 premières heures (Cis-atracurium ou atracurium) + sédation profonde (selon protocole du service, favoriser le monitoring du BIS)
- réaliser une séance quotidienne de **DÉCUBITUS VENTRAL** tant que P/F < 150 (cf page 3)

QUE FAIRE SI ?

Pplat > 30 cmH2O (constatée à 2 reprises à 10 min d'intervalle)

- si pression de crête également élevée → vérifier absence obstruction sonde, couture circuit, asymétrie auscultatoire (évocatrice d'un pneumothorax ou d'une intubation sélective)
- vérifier que la sédation (+/- curarisation) est optimale + bolus de curare (renouveler seulement si réponse)
- si absence d'amélioration après vérification des 2 points précédents → dans l'ordre baisser le Vt à 5 ml/kg PIT, si absence d'amélioration baisser à 4 ml/kg PIT, si absence d'effet baisser la PEP par paliers de 2 cmH2O jusqu'à atteindre une Pplat < 30 cmH2O
- discuter décubitus ventral si non testé (amélioration potentielle du volume pulmonaire disponible) (cf page 3)
- si échec discuter avec un centre de référence l'implantation d'une circulation extracorporelle (ECMO)

SpO2 < 88%

- Monter la FI02 et régler la PEP associée** selon *table ARDnet* (cf table – page1)
- mettre en **décubitus ventral** si non testé (cf page 3)
- Si hémodynamique stable** discuter une **manœuvre de recrutement** dynamique en montant tous les 3 cycles ventilatoires la PEP de +5 cmH2O **QSP Pplat max à 40 cmH2O** puis maintenir ce réglage pendant 10 cycles avant de revenir au niveau de PEP initial ou utiliser une manœuvre de **CPAP 40 cmH2O durant 20 s**
- Si P/F < 80 après vérification des points précédents** discuter avec un centre de référence l'implantation d'une circulation extracorporelle (ECMO)

PaCO2 > 60 mmHg et pH < 7,30

- Monter Frespi au maximum de 35/min**
- Eviter la réduction du circuit machine per ventilation** → exposition soignant/aérosolisation virale
- Tant que **Pplat ≤ 30 cmH2O** → Augmenter par pallier le Vt à 7 ml/kg PIT puis 8 ml/kg PIT au maximum

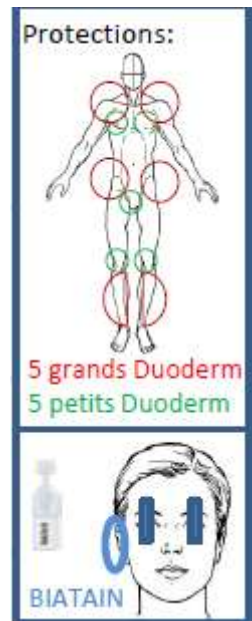
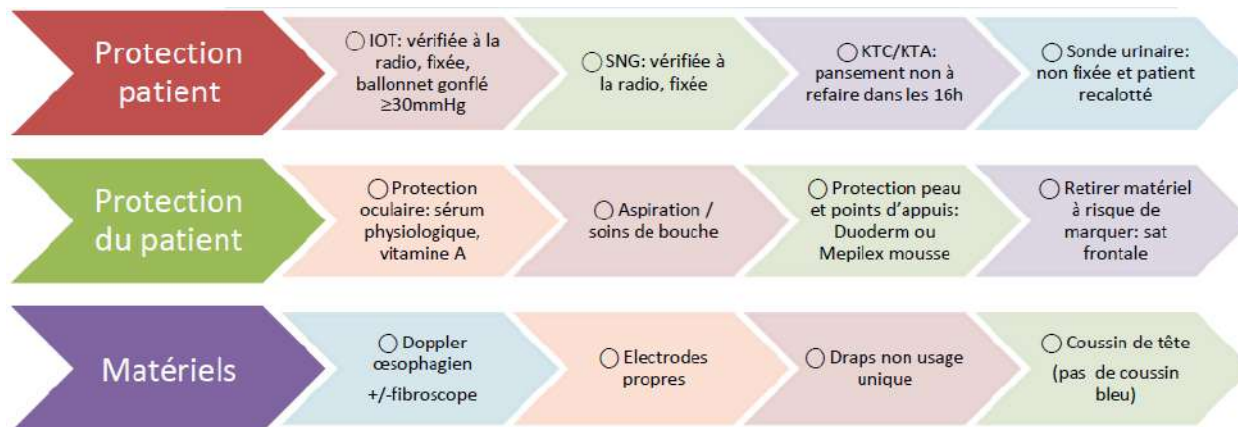
SEVRAGE

Sevrage de la ventilation invasive

- Durée de ventilation des patient en SDRA COVID semble long (≥ 15 j) avec sevrage difficile
- Discuter le sevrage après 72H de ventilation si FiO2 < 0,6 et pas de défaillances associées (hémodynamique, neurologique), de critères de PAVM, de sepsis évolutif ou de bronchorrhée importante
- Modalités selon protocole de service (ex: désédation, mode VSAI avec niveau d'aide décroissant en monitorant les Vt générés ≤ 8 ml/kg PIT)
- Si sevrage difficile discuter la réalisation d'une trachéotomie

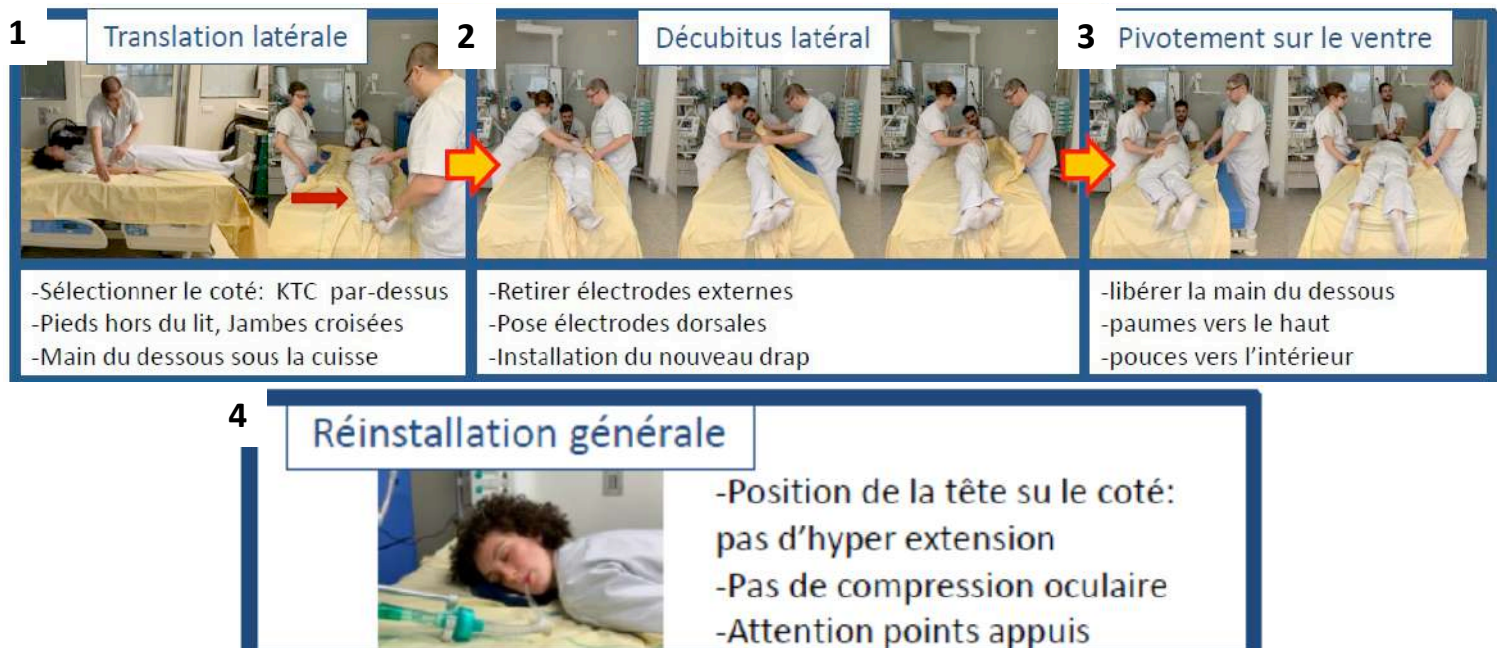
DECUBITUS VENTRAL (DV)

PREPARER LE DV



REALISER LE DV

- 1 personne à la tête qui dirige (médecin) + 3 à 4 PNM répartis de chaque côté du patient
- Maintenir les précautions air/contact/ goutellettes (non représentées sur les photos)
- NE JAMAIS DECONNECTER LE PATIENT DU VENTILATEUR



- Procline 30° du lit (tête plus haute > pieds)
- DUREE D'UNE SEANCE DE DV ≥ 16 heures**
- Alimentation entérale peut être maintenue si bien tolérée
- Refaire une séance chaque jour tant que P/F < 150