



Recommandations de la SSMI sur l'oxygénothérapie pour les patients COVID-19

La prise en charge des patients COVID-19 doit être conforme aux directives médico-éthiques "Mesures de soins intensifs" (2013) de l'ASSM et aux directives pour les décisions de triage dans les unités de soins intensifs (2020) de la SSMI et de l'ASSM.

Nous vous renvoyons également ici aux recommandations de la SSMI pour l'admission des patients atteints du SARS-CoV-2 (2020).

En ce qui concerne les mesures de protection du personnel, les directives actuelles de l'OFSP doivent toujours être respectées.

1. L'oxygénothérapie

Directives

L'oxygénothérapie		
Méthode d'administration de l'oxygène	Mesures de protection	Monitoring
O ₂ -nasal 1-4l/min Masque facial 3-6l/min	Selon l'OFSP	oxymétrie de pouls
Masque à réservoir 8-12l/min	Selon l'OFSP	oxymétrie de pouls ou cathéter artériel
Nasal high-flow oxygen therapy 15-25l/min ventilation non-invasive avec CPAP, PS	Selon l'OFSP	cathéter artériel

Administration d'oxygène (1)

L'oxygène doit être titré pour un objectif de SpO₂ ≥ 92%. Il faut utiliser la méthode d'administration de l'oxygène qui nécessite le moins d'oxygène pour atteindre la SpO₂ de 92% (gestion des ressources en oxygène). Une SpO₂ de ≥ 92% permet de disposer d'une marge de sécurité pour les patients s'aggravant et nécessitant un transfert vers une unité de soins intensifs.

Nasal high flow oxygen therapy (HFO) (1,2)

La décision d'utiliser le HFN doit être soigneusement examinée :

- forte consommation d'oxygène possible
- danger possible de formation d'aérosols
- retard de la décision d'intubation

L'oxygénothérapie HFO ne doit être utilisée que par des équipes formées, chez un patient sous surveillance rapide continue des signes vitaux. La possibilité d'une intubation rapide doit être garantie. Le débit d'HFO doit être le plus faible possible permettant une SpO₂ ≥ 92% et doit entraîner une



amélioration clinique significative dans les 2 heures suivant son application pour justifier la poursuite du traitement.

Ventilation non invasive (1,2)

La ventilation non invasive est préconisée uniquement chez les patients souffrant de maladies pulmonaires pré-existantes, telles que la BPCO ou l'asthme, présentant une hypercapnie. La ventilation non invasive est également associée à un possible risque de formation d'aérosols et à un éventuel retard d'intubation.

2. Indication de transfert dans une l'unité de soins intensifs pour insuffisance pulmonaire hypoxémique

Les recommandations de la SSMI pour l'admission des patients atteints du SARS-CoV-2 (2020) doivent être suivies.

2.1 Une admission en soins intensifs est préconisée en cas de détérioration de l'oxygénation :

- Augmentation des besoins en oxygène dans un délai de 1 à 2 heures
- Absence d'amélioration de l'oxygénation sous HFO ou sous VNI après 1-2 heures

! IMPORTANT !

Aggravation du pronostic en cas de retard d'intubation !

Références

<https://emcrit.org/ibcc/covid19/>

1. surviving sepsis campaign-COVID19-GUIDELINES
2. The Australian and New Zealand Intensive Care Society (ANZICS) COVID-19 Guidelines
3. Wu et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. JAMA Intern Med. doi:10.1001/jamainternmed.2020.0994