

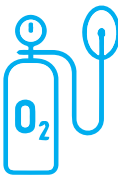
# OMS/AFRO: RIPOSTE À LA FLAMBÉE DE COVID-19

## ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DES CAS CRITIQUES DE COVID-19



### PRINCIPES DE LUTTE ANTI- INFECTIEUSE

- Masques ajustés, gants, blouse, protection oculaire pour les procédures générant des aérosols.
- Réalisation de procédures générant des aérosols (AGP) dans une chambre à pression négative
- Masques chirurgicaux, blouses, gants, protections oculaires pour les agents de santé qui prennent soin des patients COVID-19 non ventilés ou ventilés (en circuit fermé) au cas où des procédures générant des aérosols ne sont réalisées.



### RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE

- Commencer à administrer de l'oxygène supplémentaire si la SPO<sub>2</sub> est <90 %, SPO<sub>2</sub> cible 92 % - 96 %
- Recours à une canule nasale à haut débit (CNHD) en cas d'insuffisance respiratoire hypoxémique aiguë malgré l'oxygénothérapie conventionnelle.
- Essai de la ventilation à pression positive non invasive (VPPNI) si la CNHD n'est pas disponible et s'il n'y a pas d'indication urgente d'intubation (surveillance étroite nécessaire en cas de détérioration de l'état respiratoire).
- L'intubation des patients ayant une indication urgente doit être effectuée par les personnes les plus expérimentées, dans une salle à pression négative.
- Volume courant de 4 à 8 ml/kg de poids corporel prévu, pour les adultes ventilés mécaniquement souffrant du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA).
- Pression de plateau <30 cmH<sub>2</sub>O et une pression expiratoire positive (PEP) plus élevée pour les patients ventilés mécaniquement.
- Ventilation en décubitus dorsal pendant 12 à 16 heures chez les patients sous ventilation mécanique atteints de SDRA modéré à sévère.
- Sédation profonde pour les patients sous ventilation mécanique atteints de SDRA modéré à sévère, avec des agents bloquant neuromusculaire (NMBA) au besoin pour prévenir la dyssynchronie.



### PRISE EN CHARGE PALLIATIVE

- Gestion de la stabilité hémodynamique
- Administrer une solution cristalloïdes en bolus rapide réanimation liquidienne chez les patients en choc septique.
- Administrer de la noradrénaline comme agent vasoactif de première intention pour les chocs réfractaires aux liquides, de l'adrénaline ou de la vasopressine comme alternatives (tension artérielle moyenne cible de 60-65 mmHg).
- Administrer une faible dose d'hydrocortisone dans les cas de choc septique réfractaire aux catécholamines.
- Maintenir les méthodes conventionnelles de gestion de fluides.
- Utiliser du paracétamol pour soigner la fièvre.
- Envisager une antibiothérapie empirique pour les patients en détresse respiratoire et placés sous ventilation mécanique (évaluation régulière de la diminution progressive du traitement).
- Nutrition

- Instaurer une nutrition entérale précoce, dans les 12 heures suivant l'intubation et dans les 24 à 48 heures suivant l'admission aux soins intensifs ; commencer petit à petit et incorporer jusqu'à la fin de la première semaine d'intubation ou d'hospitalisation, 80 % de macro et micronutriments.
- passer à la nutrition parentérale si l'alimentation gastrique via la nutrition entérale n'est pas envisageable.
- communication efficace et empathique avec les patients gravement malades atteints de COVID-19 ; mise en place de stratégies de soutien psychosocial.
- prévenir (chimiquement ou mécaniquement) la maladie thromboembolique veineuse.

*SDRA - Syndrome de détresse respiratoire aiguë ; AS - Agents de santé ; CNHD - Canule nasale à haut débit ; USI - Unité de soins intensifs ; TAM - Tension artérielle moyenne ; VPPNI - Ventilation à pression positive non invasive ; NMBA - Agent bloquant neuromusculaire ; PEP - Pression expiratoire positive ; PBW - Poids prédit.*

*Adapté de :*

- 1. Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). ESICM2020*
- 2. Organisation mondiale de la Santé. Prise en charge clinique de la COVID-19. Orientations provisoires. Mai 2020*