



COVID-19 suspect ou confirmé hospitalisé en USI

Phénotype L

(Basse élastance, bas rapport V/Q, bas poids pulmonaire)

Phénotype H

(Élastance élevée, shunt intra-pulmonaire, poids élevé)

Oxygénothérapie conventionnelle à débit élevé
(Masque à haute concentration, OHD nasale)

Décompensation hypercapnique chez BPCO ou OAP cardiogénique

Évaluation chaque 2 h → si $SpO_2 \leq 92\%$, $PaO_2 < 60$ mmHg, $60 \text{ mmHg} \leq PaCO_2 < 80$ mmHg, $pH < 7,20$

VNI au mieux au Casque (PEEP 3 – 8 cmH₂O, AI 8-12 cmH₂O pour Vt 8 – 10 ml/kg, Tins 200 – 300 msec, FiO₂ pour SpO₂ > 90 mmHg)

Critère d'échec de la VNI

- Pause ou arrêt respiratoire,
- Instabilité hémodynamique, PAS ≤ 85 mmHg,
- Troubles de rythme cardiaque mal contrôlés,
- Agitation psychomotrice,
- Aggravation de l'IRA : FR > 35/min, pH $\leq 7,20$, PaO₂ < 60 mmHg, PaCO₂ ≥ 80 mmHg,
- Troubles de conscience (dégradation GCS),
- ROX score < 2,85 (H2) ou < 3,5 (H6).

VAC ≥ 72 h si critère d'échec de la VNI
(Vt 6 – 8 ml/kg du poids prédit, Pplat ≤ 28 cmH₂O)

Compliance (PEEP à 5 cmH₂O) normale
($\geq 0,6 - 0,8$ ml/kg du poids prédit)

Compliance (PEEP à 5 cmH₂O) basse
($< 0,6 - 0,8$ ml/kg du poids prédit)

PEEP à 8 – 12 cmH₂O

PEEP à 12 – 14 cmH₂O

$PaO_2/FiO_2 > 100$ mmHg

$PaO_2/FiO_2 < 100$ mmHg

$PaO_2/FiO_2 < 150$ mmHg

$PaO_2/FiO_2 > 150$ mmHg

Amélioration du PaO_2/FiO_2

Décubitus Ventral 16h/24

Amélioration du PaO_2/FiO_2

Dégradation du PaO_2/FiO_2 en Décubitus Ventral

Stop Décubitus Ventral

Discuter ECMO
Si $PaO_2/FiO_2 < 60$ mmHg > 6h, pH < 7,20, PaCO₂ > 80 mmHg

Sevrage progressif de la PEEP jusqu'à 8 -10 cmH₂O

Détresse respiratoire

Ré-augmentation de la PEEP

NON

Amélioration du PaO_2/FiO_2

OUI

VS-AI

Sevrage ventilatoire