

La sédation du patient Covid en réanimation : quelles spécificités ?

One size doesn't fit all

JF Payen, G Chanques, E Futier, L Velly, S Jaber, JM Constantin

Le réanimateur qui doit prendre en charge un patient atteint d'un SDRA lié au coronavirus est face à un dilemme : améliorer les échanges gazeux, le transport en oxygène et l'oxygénation tissulaire par la ventilation mécanique (entre autres mesures). Dans ce contexte, la tolérance de la ventilation mécanique invasive nécessite une sédation-analgésie et éventuellement une curarisation ; mais également, limiter les lésions pulmonaires induites par une ventilation mécanique prolongée et les complications liées à une sédation prolongée (confusion mentale, neuromyopathie et dépendance prolongée au ventilateur, syndrome de sevrage, propofol infusion syndrome [PRIS] et instabilité hémodynamique). A l'heure où la pandémie du coronavirus expose certains pays, dont la France, à une rupture d'approvisionnement en curares et sédatifs, il est essentiel de revenir sur le rôle de la sédation dans cette indication particulière.

L'usage de la sédation profonde avec éventuellement curarisation au cours du SDRA a comme objectif principal d'améliorer la compliance thoraco-pulmonaire et de supprimer la commande ventilatoire pour faciliter l'adaptation du patient au ventilateur et la tolérance à l'hypercapnie liée au recours à la ventilation protectrice à petits volumes. Or, deux points sont très particuliers au SDRA-Covid dans les premiers jours de son installation : la compliance thoraco-pulmonaire est le plus souvent normale ou élevée en l'absence d'infection bactérienne, et la commande ventilatoire est souvent altérée : les patients peuvent être très hypoxémiques sans polypnée réactionnelle. Dès lors, le recours immédiat à une sédation profonde et prolongée (2 semaines) avec curarisation n'est pas forcément la stratégie à appliquer à tous les patients admis en réanimation pour SDRA-Covid. Des recommandations récentes (Devlin et al, Crit Care 2018, disponibles en français) soulignent l'intérêt d'une sédation-analgésie adaptée à l'état initial du patient, modulable dans le temps, la plus légère possible (échelle RASS entre -2 et +1) et anti-nociceptive (échelle BPS < 5 au repos et aux soins douloureux).

Partant de la situation d'un patient Covid ayant une intubation trachéale, il y a 2 questions indissociables à se poser quotidiennement :

- 1) Est-ce que le patient a besoin d'une ventilation contrôlée en volume (VC ou VAC)?
 - 1.1. Oui si agitation (RASS +2 à +4) ou somnolence (RASS -3 à -5), épisodes incoercibles de toux, troubles de la commande ventilatoire, hypoventilation alvéolaire, ou SDRA sévère. Dans ces situations, une sédation-analgésie est nécessaire (cf. infra 2).
 - 1.2. Non dans les autres cas. Le mode à privilégier est l'aide inspiratoire (ou pression assistée) qui est l'alternative de choix pour des patients ayant une vigilance intacte et une commande ventilatoire préservée. Elle est plus confortable que la ventilation contrôlée car c'est le patient qui détermine à la fois son temps inspiratoire et son temps expiratoire. De plus, l'aide inspiratoire, qui délivre un débit décélérant, n'est pas limitée pour délivrer un débit de pointe très élevé si le patient en a besoin contrairement à un mode en volume (VC ou VAC). Dans ce cas, une sédation profonde n'est pas nécessaire. Les morphiniques sont à considérer en cas de douleur et/ou de dyspnée persistante malgré l'optimisation des réglages ventilatoires (trigger

inspiratoire minimal sans auto-déclenchement, pente d'insufflation plus ou moins abrupte, niveau d'aide inspiratoire entre 5 et 15 cm eau, cyclage expiratoire adapté).

2) Est-ce que le patient a besoin d'une sédation profonde avec curarisation ?

2.1. Oui, en cas de troubles sévères de la compliance thoraco-pulmonaire, d'asynchronie ventilatoire malgré la sédation, d'agitation (RASS +2 à +4) malgré l'optimisation des réglages ventilatoires, de l'analgésie et de l'anxiolyse. En ce cas, il faut privilégier :

- une curarisation de courte durée (24-48h), si possible par injections itératives plutôt qu'une administration continue, mesurer l'intensité de la curarisation avec un curamètre (TOF 0-2 réponses sur 4) puis réévaluer le patient quotidiennement. Une curarisation ponctuelle pour faciliter la mise en décubitus ventral est possible.

- parmi les sédatifs, le propofol est l'agent de choix en première intention en raison d'un délai de réveil plus court qu'avec les benzodiazépines. Néanmoins, le PRIS peut survenir à doses élevées de propofol (>5 mg/kg/h pendant plus de 48h). Les benzodiazépines (midazolam, diazepam, lorazepam) sont une alternative, à réserver aux instabilités hémodynamiques s'aggravant sous propofol ou suspicion de PRIS. Les agents halogénés peuvent avoir un intérêt dans le SDRA car ils offrent une sédation profonde, sans tachyphylaxie ; ils nécessitent cependant un bon niveau d'expertise pour éviter la contamination atmosphérique (évacuation des gaz expirés, filtre antimicrobien et cartouche de charbon).

- pour l'analgésie, le fentanyl et le sufentanil sont les agents morphiniques de première intention. L'utilisation du remifentanyl en perfusion continue est possible, mais doit nécessiter un arrêt progressif afin d'éviter un syndrome de sevrage. La kétamine à faible dose (1-2 mcg/kg/min) offre un complément analgésique. La lidocaïne intraveineuse (1 mg/kg/h) peut limiter les épisodes de toux.

2.2. Non dans les autres cas. Une sédation légère (échelle RASS entre -2 et +1) peut être obtenue par du propofol ou de la dexmédétomidine (0,5 à 1,4 mcg/kg/h en perfusion continue, sans bolus), en association avec des analgésiques morphiniques et non morphiniques (paracétamol, néfopam).

Les troubles de la commande ventilatoire, les désadaptations fréquentes, les épisodes de toux et les syndromes de sevrage peuvent rendre le sevrage ventilatoire difficile et créer un cercle vicieux avec poursuite de la sédation profonde et curarisation. Afin de limiter la consommation de ces médicaments en tension et le recours à une ventilation mécanique prolongée, il faut aussi considérer des associations avec d'autres classes de médicaments (neuroleptiques, sédatifs comme le gamma-OH, dexmédétomidine) et envisager parfois des modes ventilatoires en pression comme la VPC, l'APRV et l'aide inspiratoire (cf. supra). La difficulté pour l'anesthésiste-réanimateur est d'arriver à adapter le ventilateur au patient, et non pas l'inverse.