

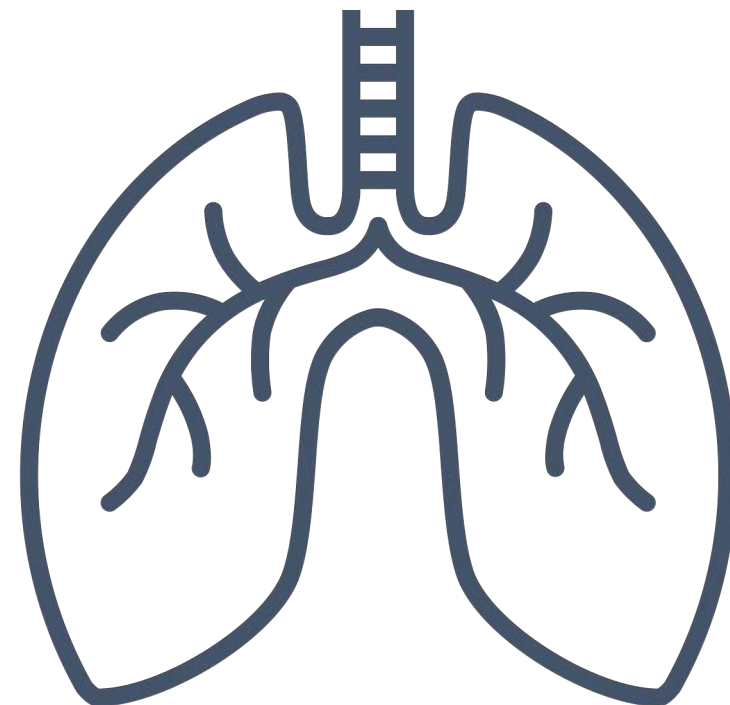
# SDRA selon ESICM 2023

---

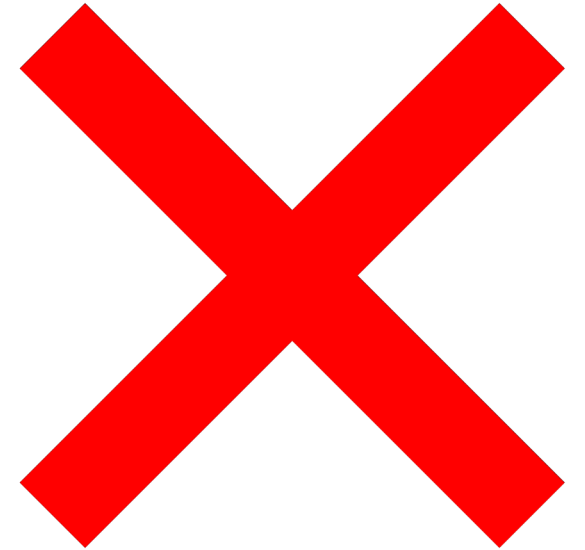
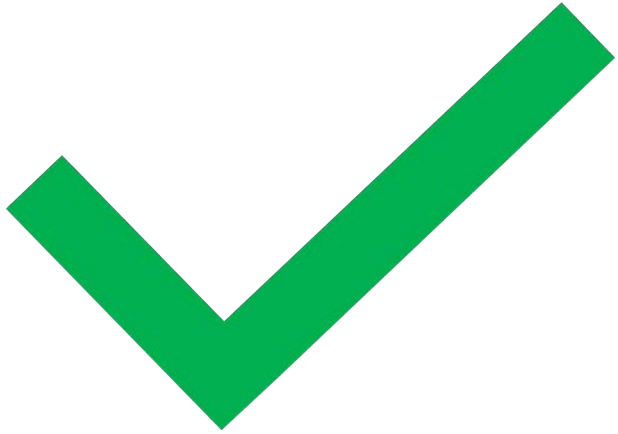
Dr Alice Giannoli

Médecine intensive-réanimation

CHU Saint-Etienne / CH Roanne



Quelle place ?



# Rationnel



10% des admissions



23% des patients ventilés



> 45% de mortalité



Volotraumatisme



Barotraumatisme

Sur-distension alvéolaire



Atélectraumatisme




Ouverture alvéolaire répétitive



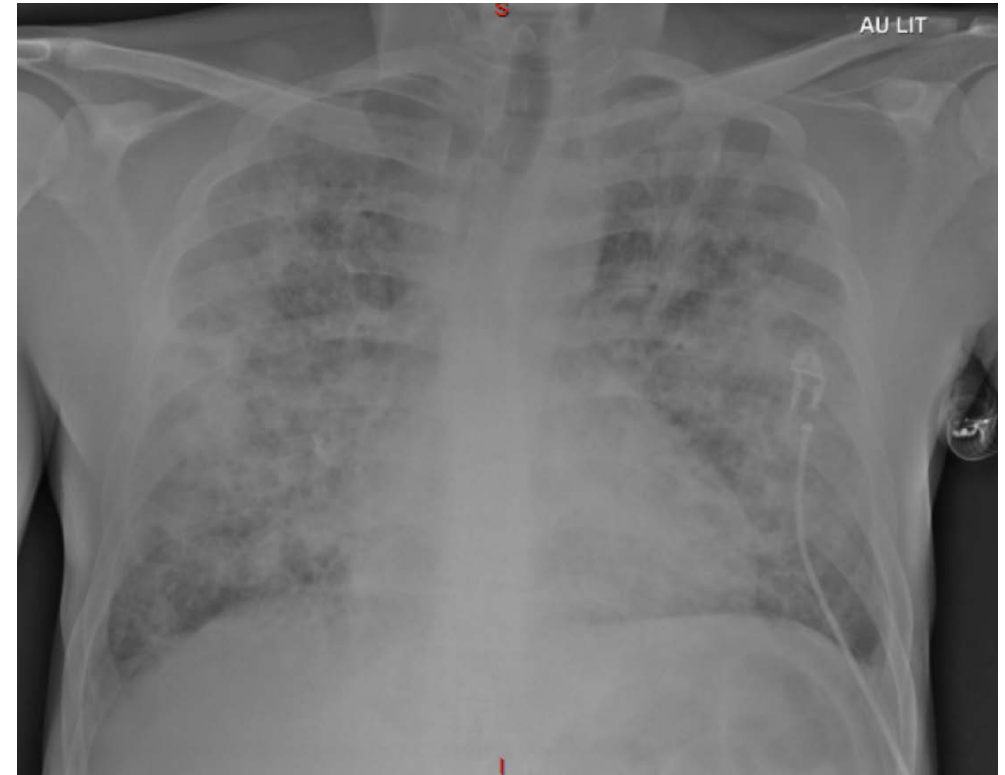
Biotraumatisme

Médiateurs inflammatoires : atteinte systémique

# Définition

- ↓ Hypoxémie profonde
  -  Atteinte pulmonaire bilatérale
  -  Non cardiogénique
  -  Malgré optimisation ventilatoire
- INVASIVE OU NON ?**

## NEW ?



Phénotype

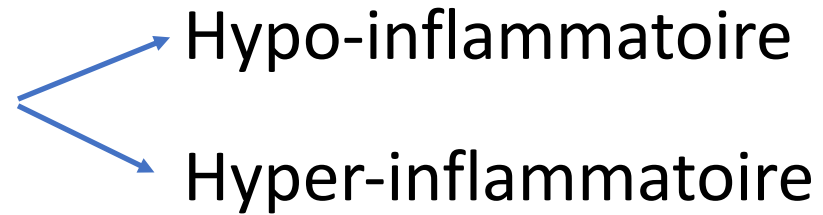
PAS UN MAIS DES SDRA

≠ ?

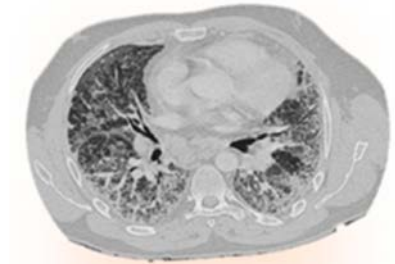
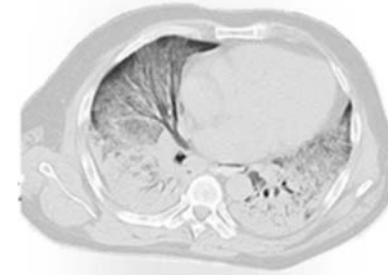
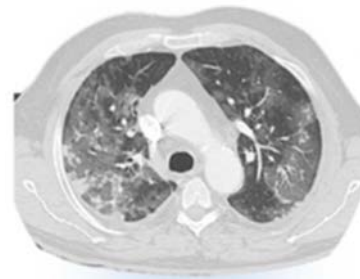
- Mortalité
- Recrutabilité
- PEP / DV personnalisé



Biologique



Scannographique



# Non-invasif

- ↘ IOT
- ∅ ↘ mortalité

## ONHD



Débit → 60L/mn



FiO2



PEP 3-5cmH2O  
*Selon debit + FR*



## VNI



PEP + AI



FiO2



Interfaces



## CPAP



PEP (AI)



FiO2



Tolérance



→ COVID-19 ?

Non-invasif

Quelle place ?



## Non invasif

- Tolérance
- Fauteuil
- DV vigile

• P-SILI



## Ventilation invasive

- Ventilation protectrice

- Sédation
- Immobilité
- PAVM

ATTENTION A NE PAS RETARDER L'IOT

ROX

**Clinique**







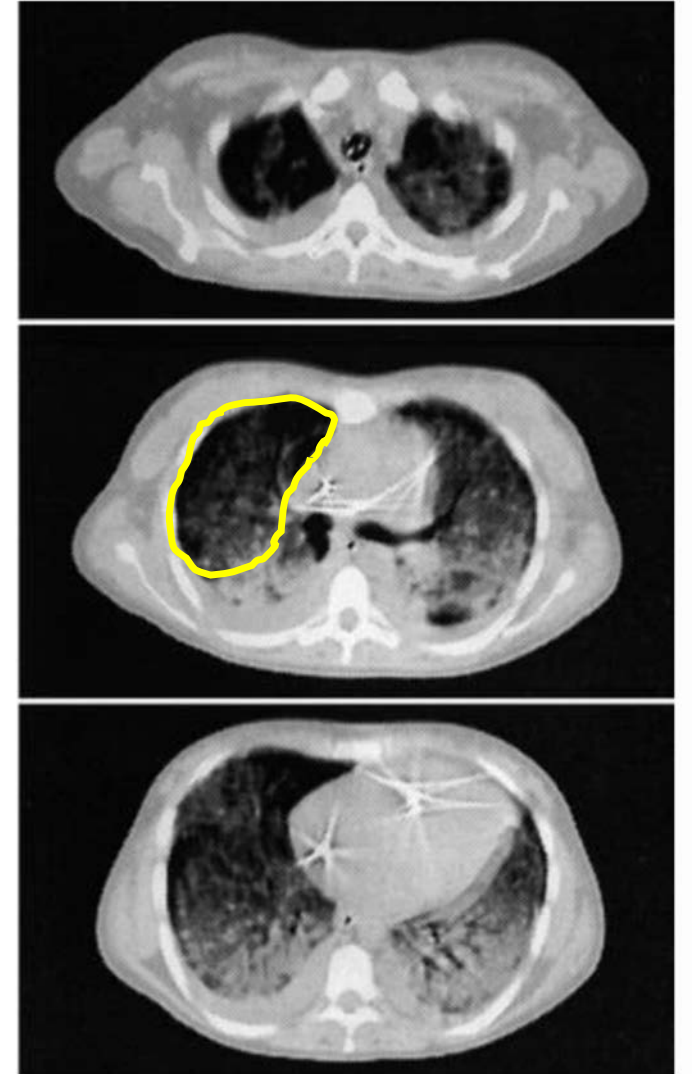
Principe du baby-lung



Risque de lésions induites par le ventilateur



Acidose respiratoire permissive



## Faible-Vt



↘ VILI



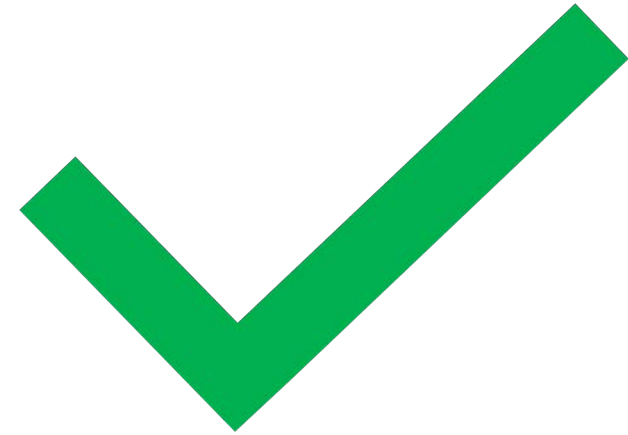
Barotraumatisme



Journées sans ventilation



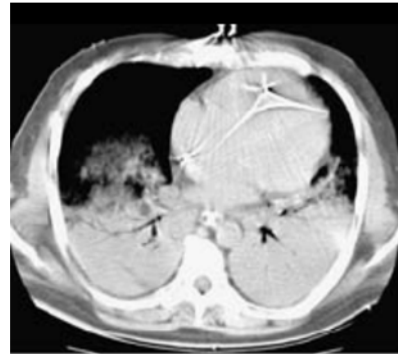
Mortalité



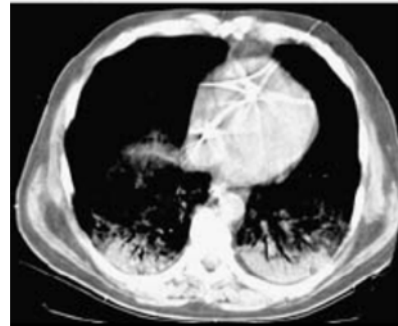
~6 mL/Kg poids idéal théorique



Recrutement



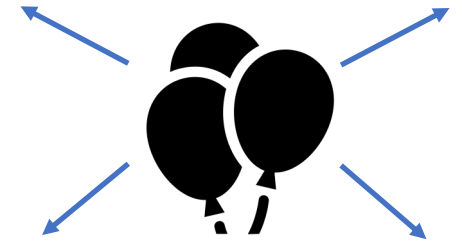
Homogénéisation



Oxygénation



Surdistension



Hyper-inflation



Hémodynamique

↳ TA, bradycardie, ACR



**BASSE vs HAUTE ?**

Mortalité



Journées sans ventilation



Barotraumatisme



Tolérance hémodynamique

**STANDARD vs INDIVIDUALISÉ ?**

Mortalité



Journées sans ventilation



Barotraumatisme



Tolérance hémodynamique



Oxygénation



Recrutement



Amélioration hémodynamique



Extubation / déconnection



Lésions cutanées



P/F < 150mmHg



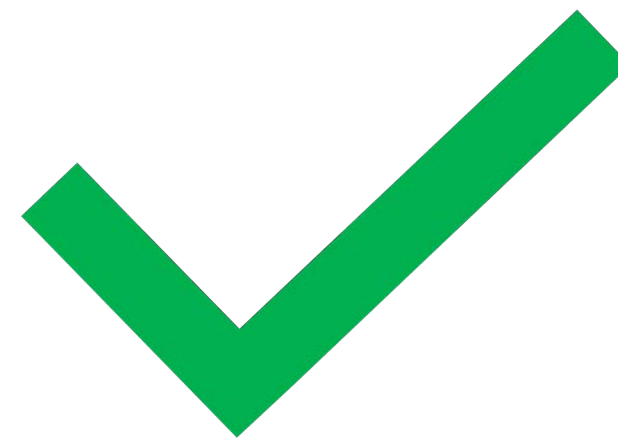
PEP  $\geq$  5



MALGRE l'optimisation des paramètres ventilatoires



SDRA légers à modérés ?  $\longrightarrow$  *Etude en cours*





COVID-19



ONHD >>> VNI



↘ intubation



Mortalité



\* Réalisable dans les services ?

\* Quelle interface ? (ONHD, VNI...)

\* Effet sur effort inspiratoire, travail respiratoire, lésions alvéolaires ?



Travail respiratoire



Asynchronies



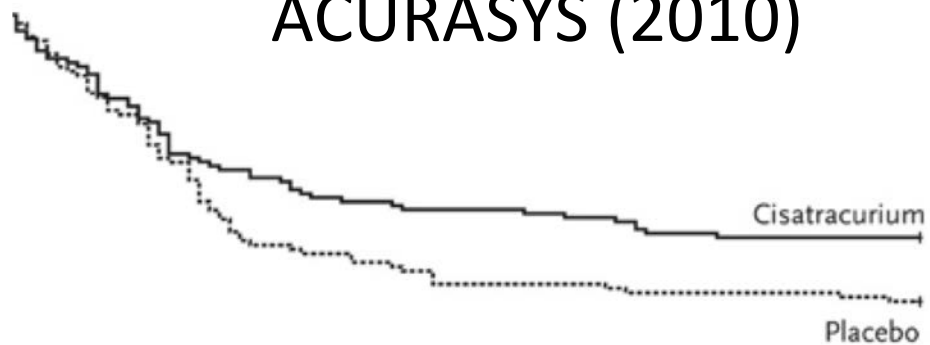
Sédations profondes



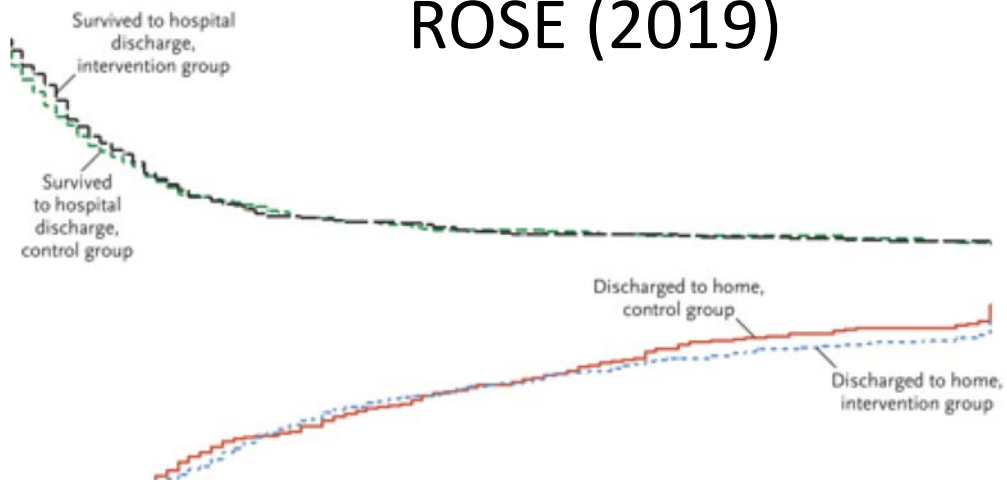
Faiblesse musculaire



### ACURASYS (2010)



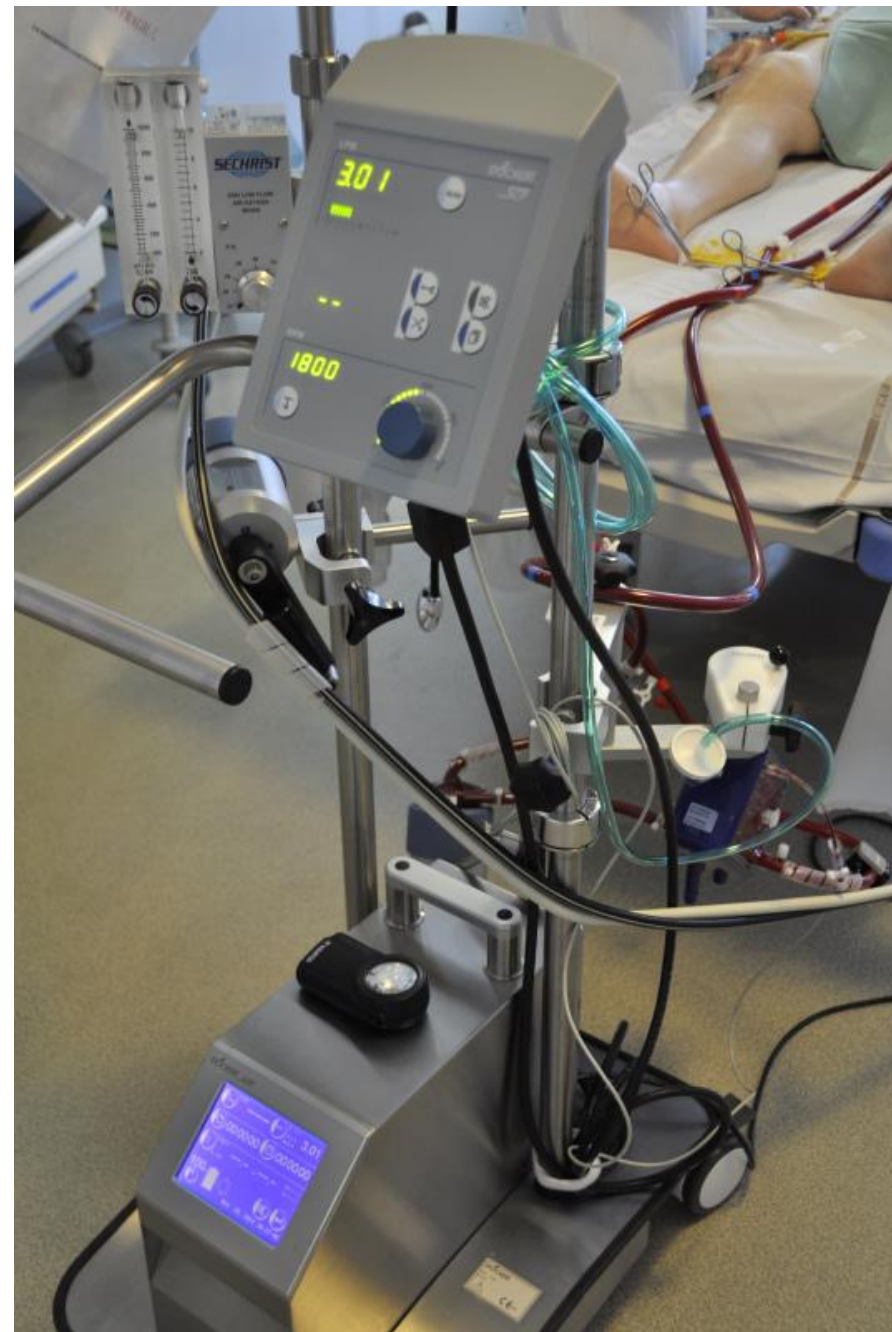
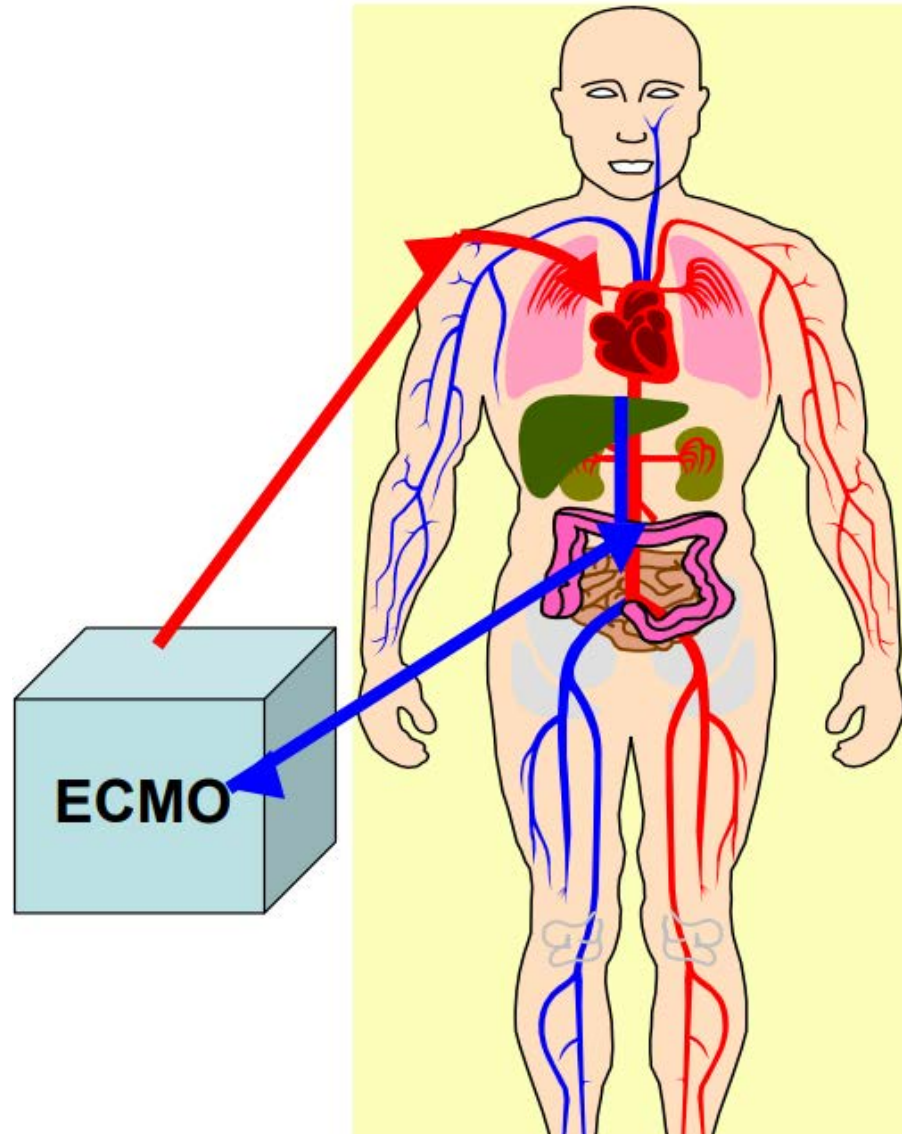
### ROSE (2019)



*Patients à risque de pneumothorax*

# ECMO

ECMO veineuse :  
fémoro-jugulaire





Sauvetage



↗ O<sub>2</sub>, ↘ CO<sub>2</sub>



Saignement, thrombopénie



AVC ?



Hypoxémie réfractaire

$P/F < 50\text{mmHg} - 3\text{h}$

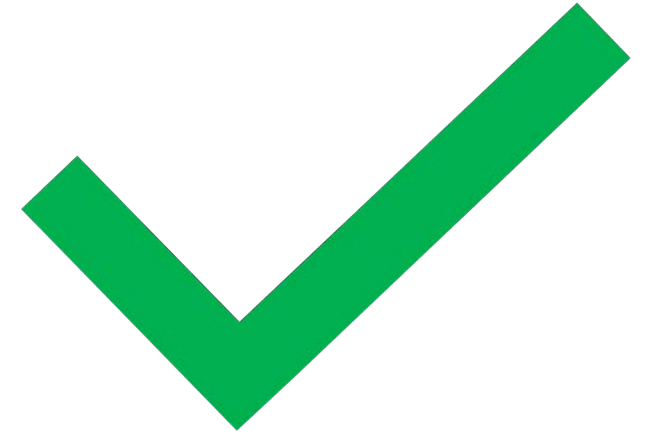
$P/F < 80\text{mmHg} - 6\text{h}$



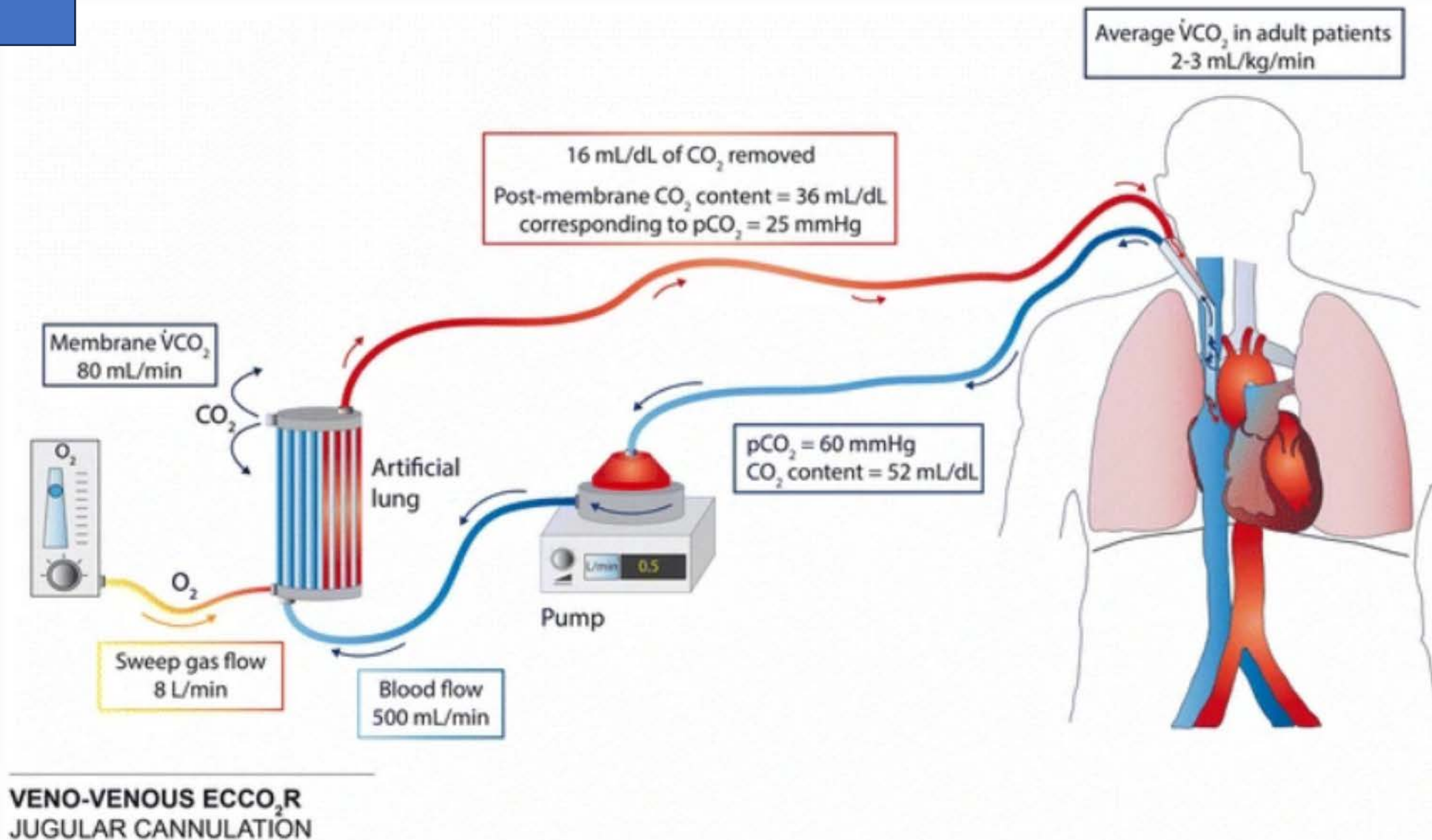
Ventilation mécanique dangereuse



Acidose respiratoire non contrôlée



# ECCO<sub>2</sub>-R





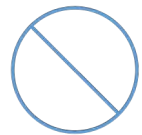
Epuration CO2



↘ paramètres ventilatoires = ↘ lésions induites par le ventilateur



Circulation extra-corporelle : 200 -1500mL/mn



Mortalité



Journées non ventilées



AVC hémorragiques, saignements





Ventilation non invasive



Décubitus ventral vigile



Faible Vt : 4 à 8mL/Kg



Curares systématiques



Niveau de PEP



ECMO



Décubitus ventral

*P/F < 150mmHg - 16h*



ECCO2-R



Merci de votre attention

