

## **Propositions concernant la prise en charge des malades atteints de BPCO dans le contexte de l'épidémie du COVID-19**

**G Deslée, M Zysman, L Boyer, N Roche, PR Burgel pour le groupe BPCO**

**Version du 29/03/2020**

**J Gonzales pour le groupe GAVO2**

**C Leroyer, M Sabatini, B Maitre pour le CS**

**C Raherison (présidente SPLF)**

Les connaissances concernant les spécificités de prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en contexte d'épidémie COVID-19 restent limitées. Les propositions ci-dessous sont basées sur des avis d'experts et sont susceptibles d'évoluer en fonction de l'évolution des connaissances.

### **1) Traitement de fond de la BPCO stable**

Il n'y a pas d'argument pour modifier le traitement inhalé de fond chez les patients BPCO stables, y compris les corticoïdes inhalés quand ceux-ci sont indiqués (1).

Il n'y a pas d'argument pour modifier les modalités d'oxygénothérapie et de ventilation non invasive à domicile.

Il est souhaitable de maintenir les activités physiques, en privilégiant l'activité physique au domicile en contexte de confinement.

Le gestes barrières doivent être scrupuleusement respectés pour limiter le risque d'infection COVID-19.

### **2) Supports ventilatoires en contexte de suspicion ou d'infection COVID-19**

Le groupe d'assistance ventilatoire et oxygénothérapie (GAVO2) a émis des recommandations concernant les appareillages respiratoires de domicile d'un malade suspect ou porteur de virus respiratoire (2). Le groupe aérosolthérapie (GAT) a émis une note d'information concernant l'utilisation des nébuliseurs durant l'épidémie du COVID-19 (3). Ces deux recommandations sont applicables à la BPCO.

### **3) Traitement d'une infection COVID-19 chez un patient BPCO**

Si nécessaire, les aérosols par nébulisation de beta2-agonistes et anticholinergiques peuvent être utilisés, mais nécessitent le port d'un masque FFP2 par le personnel dans les 3 heures suivant l'aérosol compte-tenu du risque de contamination virale. Dès que possible, l'utilisation de formes inhalées non nébulisées doit être préférée, éventuellement en utilisant une chambre d'inhalation à usage strictement individuel.

L'oxygénothérapie est utilisée pour maintenir une SpO<sub>2</sub>>90%.

Des gaz du sang doivent être réalisés pour toute insuffisance respiratoire aiguë chez un patient atteint de BPCO afin de rechercher une acidose hypercapnique. L'acidose hypercapnique (pH<7,35) doit faire discuter l'adjonction à l'oxygénothérapie d'une ventilation non invasive après concertation avec l'équipe de réanimation, sans retarder une éventuelle indication de ventilation invasive ou d'oxygénothérapie nasale à haut débit en secteur de réanimation.

Si une ventilation non invasive est proposée, elle ne doit pas être réalisée avec un ventilateur avec masque à fuite compte-tenu du risque de contamination virale, mais avec un double circuit et masque sans fuite.

Il n'y a pas d'argument pour utiliser à titre systématique une corticothérapie systémique chez un patient BPCO présentant une infection COVID-19, mais la corticothérapie systémique peut être utilisée en cas de nécessité.

#### **4) Traitement d'une exacerbation de BPCO sans infection COVID-19**

En l'absence d'infection COVID-19, les modalités de prise en charge d'une exacerbation de BPCO ne sont pas différentes de la prise en charge habituelle.

- 1- <https://goldcopd.org/gold-covid-19-guidance/>
- 2- <http://splf.fr/groupes-de-travail/gat/>
- 3- <http://splf.fr/centre-de-documentation-covid-19/>