



VIDÉO - Réanimation et COVID-19, quelques points saillants

Par [Dr Louis Fouché](#)

Mondialisation.ca, 10 octobre 2020

Staff de microbiologie Louis Fouché

Thème: [Science et médecine](#)

Analyses: [COVID-19](#)

Dr Fouché anesthésiste réanimateur, La Conception, Marseille

Spécialisé dans les grands brûlés, et l'hématologie, s'est occupé des malades covidien (COVID-19).

Transcription de la vidéo :

Pas de liens intérêts (a trouvé 450€ sur transparencesanté liés au staff du service, a fermé sa porte aux laboratoires)

Considérations générales sur réa = descente aux enfers pour tous les patients, est faite pour passer épisode aigu et non une maladie chronique en fin de course.

Elle sert à donner du temps pour régler d'autres problèmes

Pas de nouvelles techniques : ce qui a changé c'est qu'en amont, on prend mieux en charge ces maladies graves. On travaille en réseau en réa et post-réa.

Le réa a pris le côté procédural de l'anesthésie : on a codifié, diminué invasivité et hiatrogénie : en priorité ne pas nuire.

Recommandations venues de Paris au début de Covid ; dogme attention ! Virus très transmissible, il faut protéger les soignants, interdit d'utiliser des aérosols, des humidificateurs réchauffeurs dans les respirateurs, pas d'O₂ à haut débit : tout ça est très hiatrogène si pas utilisé.

Si on intube dès le départ : très hiatrogène

Erreur de dogme initial : était faux, rapidement à 6l d'O₂, il faut intuber (et femmes enceintes 4litres). Au bout de 2 malades : s'aperçoit qu'il y a aggravation

De plus si on intube on garde les gens 2 à 3 semaines : donc engorgement des réas

Réseau réanimateurs : on discuté avec italie, avec Est Nord ; très rapidement, pas intuber, laisser sur oxygénothérapie à haut débit

Réa en tension : au bord rupture en mars, on a doublé le nb de lits (de 5000 on a ajouté 4

600 lits) au prix d'arrêter tout le reste.

Triage : c'est la réalité de réa chaque jour, car réa doit être remplie en permanence sinon on retire des crédits, donc toujours plein, impossible s'adapter à un choc extérieur

Aujourd'hui, on n'est pas en tension

Paca : ce matin sur 500 lits réa, 160 occupés covid dont la moitié sont intubés
59 morts depuis le 19 juillet : pas de quoi s'affoler

On fait peser à la société l'incapacité à gérer des flux entrants et sortants

Dès que la FiO₂ est à 60%, CRP baisse, ferritine baisse, lymphopénie s'amende, plus de virus ; extuber, remettre optiflow, laisser sortir à 8 litres d'O₂

Donc il faut penser post réa : permet vidange des lits de réa

Qui a prouvé qu'il faut fermer les restaurants ?

Il faut laisser prescrire les médecins

Utiliser médecine de ville, le privé, réseau soin en ville, hospitalisation à domicile : maladie ambulatoire le plus souvent, 3 litres O₂, anticoag, antiviraux à la maison

Communiquer entre médecins de tous les services : les plus de 80 ans en EHPAD avec très lourdes comorbidités sont soignés en service mais pas en réa, avec beaucoup d'O₂ (plus que 6 litres jusqu'à 15 l), si besoin réa (30%) : optiflow (haut débit), la plupart s'améliorent, il va rester une faible proportion en réa sur long terme, permet de diminuer le flux depuis juin, 534 malades en Paca, 313 sortis vivants, 59 décès, environ 10% de décès en réa : normal, il y a des malades plus graves en réa.

Ce n'est pas Ebola : traiter comme n'importe quel autre malade, il ne faudrait pas sanctuariser les lits covid, si vous notez covid sur la feuille, vous touchez de l'argent!

Qui sont les malades en réa : premier acte, hypertendus, diabétiques, obèses : ce sont des malades graves (obésité pas une dérive progressive de la normalité, à traiter en amont)

3 types de malades

Obèse s'en tire bien

Greffés rénaux et immunodéprimés sévères, posent les plus gros problèmes : restent positifs longtemps en virus, virifère Ct 22, plus orage inflammatoire, lymphopénie, c'est ce chevauchement des 2 phases qui pose problèmes

Femmes enceintes : se passe bien, un peu d'O₂ en péripartum, pas forcément dû au covid

Insuffisants rénaux en phase terminale, variation état de charge selon dialysé ou pas, influence sur hypoxémie : difficile !

Autopsies ont été faites sur malades très graves, ne donnent pas grand chose : capillarite pulmonaire, pas tant problème d'alvéoles, suintement vers interstitium pulmonaire, quand interstitium est trop lourd, ça finit pas effondrer le poumon (un lobe entier) : donc

hypoxémie grave

Séquelles sur capillaires ensuite , pas fibrose?

Il ne faut pas remplir d'un côté car ça va finir par ressembler à OAP.

Embolie, OAP, Infection bactérienne, à rechercher quand ça s'aggrave

En ce moment : des obèses, une partie des malades sont covid + mais ne sont pas malades de Covid : à cause de dépistage de masse, ex lymphome médiastinal, touse un peu, autre aplasie post chimio, étaient à Ct32, ont compté réa covid : 3 patients sur 8 sont dans ce cas

Le plus compliqué, les Idéprimés graves, pas certain qu'ils s'en sortent.

Ça ne peut pas toucher n'importe qui : seuls les très fragiles sont touchés, ceux qui disent le contraire mentent.

Traitement : antibio si surinfection, anticoagulants, mais consommation antithrombine III : à doser et vérifier si héparine efficace ; antiviraux à continuer si déjà en cours selon les équipes.

Mettre O2, si possible sans intuber (car nécessite sédation, hiatrogène), laisser manger en dyspnée

Immunomodulation des sepsis (n'a jamais marché) ; corticoïdes pour les pauvres, ou pour les riches : anti L1, anti L6, mais effet de courte durée. Tocilizumab donne Imodulation sur longue durée mais mauvais choix car dure trop longtemps et quand malade guéri, il subit les effets secondaires : sepsis après !

Il faut soigner aussi les familles : sont angoissés, arrêtent leur travail, etc...

N'ont pas suivi l'interdiction de laisser les gens voir leur famille : toutes les réa de France ont transgressé cette interdiction

Il faut donner crédit à hôpital pour continuer à soigner autres maladies.

Les Big data dépossèdent le médecin de sa capacité herméneutique sur le réel : ne peut plus interpréter les signes, ce qu'il observe.

Les majors des big data ont pouvoir prescriptif sur le réel

Il faut éteindre télé (APHMTélé, Gulli et BFMtélé sont gratuites dans les lits : scandaleux !)

Il faut critiquer le virage numérique : ce sont les humains qui soignent !

Tout l'argent va au virage numérique

l'épistémologie clinique se fait par les cliniciens !

(Transcription par [Hélène Banoun](#))

Articles Par : [Dr Louis Fouché](#)

Avis de non-responsabilité : Les opinions exprimées dans cet article n'engagent que le ou les auteurs. Le Centre de recherche sur la mondialisation se dégage de toute responsabilité concernant le contenu de cet article et ne sera pas tenu responsable pour des erreurs ou informations incorrectes ou inexactes.

Le Centre de recherche sur la mondialisation (CRM) accorde la permission de reproduire la version intégrale ou des extraits d'articles du site [Mondialisation.ca](#) sur des sites de médias alternatifs. La source de l'article, l'adresse url ainsi qu'un hyperlien vers l'article original du CRM doivent être indiqués. Une note de droit d'auteur (copyright) doit également être indiquée.

Pour publier des articles de [Mondialisation.ca](#) en format papier ou autre, y compris les sites Internet commerciaux, contactez: media@globalresearch.ca

[Mondialisation.ca](#) contient du matériel protégé par le droit d'auteur, dont le détenteur n'a pas toujours autorisé l'utilisation. Nous mettons ce matériel à la disposition de nos lecteurs en vertu du principe "d'utilisation équitable", dans le but d'améliorer la compréhension des enjeux politiques, économiques et sociaux. Tout le matériel mis en ligne sur ce site est à but non lucratif. Il est mis à la disposition de tous ceux qui s'y intéressent dans le but de faire de la recherche ainsi qu'à des fins éducatives. Si vous désirez utiliser du matériel protégé par le droit d'auteur pour des raisons autres que "l'utilisation équitable", vous devez demander la permission au détenteur du droit d'auteur.

Contact média: media@globalresearch.ca