

Urgences COVID chez les patients neuromusculaires

Ce document a pour vocation d'aider à la décision de passage ou non en réanimation des patients atteints de maladies neuromusculaires. Il doit servir de guide à la décision médicale sans se substituer à l'appréciation du médecin prenant le patient en charge. La collégialité des décisions est la règle.

Si un patient atteint de maladie neuromusculaire suspect de COVID-19 est pris en charge aux urgences ou en unité COVID, il est conseillé de prendre contact avec le centre de référence ou compétence de proximité :

- Centre de référence / compétence :
- Service :
- Médecins à contacter :
- Téléphone :
- Astreinte :

En préambule :

- Tous les patients neuromusculaires n'ont pas systématiquement une atteinte cardiaque ou respiratoire et ne doivent pas être considérés d'emblée comme non éligibles à la réanimation.
- L'hydroxychloroquine, la chloroquine, l'azithromycine et la telithromycine sont contre-indiquées en cas de myasthénie.
- Le patient peut avoir préalablement exprimé ses souhaits sur sa prise en charge par le biais de directives anticipées.

Les pathologies suivantes ont un bon pronostic de récupération et sont admissibles en réanimation de la même façon qu'en temps normal :

- Les myasthénies auto-immunes et congénitales
- Les myopathies métaboliques non déficitaires: exemple maladie de Mc Ardle
- Les myopathies inflammatoires sans atteinte systémique sévère (en particulier, fibrose pulmonaire)
- Les canalopathies musculaires
- La majeure partie des neuropathies qu'elles soient héréditaires (CMT, Amylose) ou acquises (type Guillain-Barré, polyradiculoneuropathies chroniques, neuropathies motrices multifocales à blocs de conduction)

Les critères en faveur d'une réanimation chez les patients atteints de maladies neuromusculaires sont :

- **Patients sans atteinte cardiaque ni respiratoire et sans handicap majeur**
- **Pour les autres patients, critères en faveur :**
 - Pathologie neuromusculaire peu évoluée et peu évolutive
 - Fonction respiratoire peu altérée et stabilisée
 - Cardiopathie peu sévère et stabilisée
 - Absence de déformations thoraciques sévères / rétractions sévères empêchant le décubitus ventral
 - Absence d'atteinte plurisystémique et de co-morbidités
 - Conservation de l'autonomie pour les actes de la vie courante et/ou environnement social suppléant aux tâches de la vie quotidienne : présence d'une famille, accompagnants...

Si l'état du patient contre-indique un passage en réanimation, il est souhaitable de prendre l'avis de l'équipe locale de soins palliatifs.

*Si le patient est **porteur d'une VNI, et qu'elle est indispensable**, l'utilisation d'un mono-circuit avec une fuite au masque est contre indiquée du fait de la nébulisation entraînée par le système.*

Il faut alors :

- adapter le circuit selon les consignes du GAV (annexe jointe)
- y adjoindre l'oxygénothérapie si nécessaire
- prévenir le réanimateur de la présence du patient.

Coordinateur : Attarian S

Co-coordonateurs : Salort-Campana E, Solé G

Groupe de travail :

Neurologues : Péréon Y, Echaniz-Laguna A, Nadaj-Pakleza A, Pouget J, Stojkovic T, Nicolas G, Fontaine B, Laforêt P, Antoine JC

Neuropédiatres : Desguerre I, Chabrol B

Médecins soins palliatifs : Burucoa B, Paternostre B

Pneumologues : Finet A, Lofaso F, Prigent H

Cardiologue : Wahbi K

Réanimateur : Gainnier M