

Plus de 80% des patients COVID placés sur des respirateurs à New York sont décédés

Paru sur linkedin.com le 09 avril 2020 => https://www.linkedin.com/pulse/over-80-covid-patients-placed-ventilators-new-york-have-colangelo/?fbclid=IwAR1hnSWFBQoukx8HyZXbaAf5hxiUmFGM3hJ7EwQ0XPEj6V-3Bdp-hKN4R_I

Lorsque la flambée de COVID-19 a commencé, il était beaucoup question des respirateurs, notamment de leur nombre insuffisant. Récemment la discussion a changé d'orientation.

En effet, plus de 80% des patients COVID placés sous respirateurs à New York sont morts. Les experts rapportent que si 40% à 50% des patients souffrant de détresse respiratoire grave meurent sous ventilation, près de deux fois plus de patients COVID meurent en étant intubés sur un respirateur.

Les respirateurs sont utilisés dans les unités de soins intensifs des hôpitaux pour déplacer l'air dans et hors des poumons lorsque la respiration d'un patient est compromise. COVID attaque le système respiratoire et certains patients infectés ont du mal à respirer. Il y a quelques semaines, il était courant de placer les patients COVID sous respirateur pour les faire respirer et qu'ils y restent pendant 10-15 jours. En comparaison, les patients atteints de pneumonie bactérienne sont généralement placés sous respirateur pendant deux jours et la majorité récupèrent.

Les médecins avaient d'abord pensé que certains patients COVID développaient un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) et que la meilleure approche pour les traiter était la mise sous respirateur. Mais des médecins des soins intensifs se demandent aujourd'hui si le protocole de thérapie respiratoire standard pour le SDRA est la bonne approche pour traiter les patients atteints de pneumonie COVID et si la thérapie respiratoire ne fait pas plus de mal que de bien. Ces médecins demandent une révision des lignes directrices pour le traitement des patients COVID en Unité de soins intensifs. Le taux de saturation en

oxygène normal est de 95% à 100%. Lorsque le taux de saturation en oxygène tombe en dessous de 93%, il est généralement considéré comme un signe d'hypoxie potentielle. Avant la pandémie de COVID, lorsque le niveau d'oxygène tombait en dessous de 93%, les médecins utilisaient généralement des dispositifs non invasifs tels que des masques à oxygène.

En mars, des médecins en Allemagne ont signalé que le COVID ne conduisait pas à un SDRA typique, que l'intubation entraînait des lésions pulmonaires supplémentaires et que, dans l'ensemble, le traitement n'avait pas beaucoup de succès. Luciano Gattinoni, MD, et ses collègues de l'Université médicale de Göttingen en Allemagne, se demandent si l'utilisation d'un respirateur fondé sur le protocole pour les patients atteints de COVID ne pourrait pas faire plus de mal que de bien. Ils ont suggéré qu'au lieu d'une pression expiratoire positive élevée, les médecins devraient peut-être utiliser la pression la plus basse possible et une ventilation douce pour minimiser les dommages aux poumons. Le Dr Gattinoni décrit deux variantes de COVID, le phénotype L et le phénotype H, chacune nécessitant des traitements différents.

La plupart des gens en ont pris conscience après avoir regardé une vidéo YouTube réalisée par le Dr Cameron Kyle-Sidell, un médecin de soins intensifs traitant des patients COVID au Maimonides Medical Center à New York (la vidéo est insérée dans l'article). Dans cette vidéo, il dit qu'après avoir traité de nombreux patients avec COVID, il a eu l'impression que le problème ne relevait pas d'une pneumonie typique ou d'un SDRA, mais d'un dysfonctionnement de l'oxygénation du sang. Les patients ont les mêmes symptômes que des personnes arrivant en haute altitude sans avoir eu le temps de s'adapter. Sur le plan clinique, ces symptômes relèvent davantage d'une maladie pulmonaire de décompression ou à un œdème pulmonaire à haute altitude (HAPE) qu'à un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA). Lorsqu'il a commencé à traiter des patients COVID à l'USI, Kyle-Sidell et ses

collègues pensaient traiter une pneumonie, et ils ont suivi les protocoles en usage.

Il pense que la maladie pulmonaire COVID n'est pas une pneumonie et ne doit pas être traitée comme une pneumonie. C'est une maladie virale induite ressemblant au mal de haute altitude. C'est comme si des dizaines de milliers de personnes étaient dans un avion à 30 000 pieds et que la pression de la cabine était lentement relâchée et qu'elles étaient lentement privées d'oxygène. Il dit que ses patients ressemblent à des gens qui sont tombés au sommet de l'Everest sans avoir le temps de s'acclimater à l'altitude. Il dit que si les médecins continuent de traiter les patients comme s'ils souffraient d'une insuffisance respiratoire alors qu'ils souffrent réellement d'une insuffisance en oxygène, cela causera de grands dommages à des milliers de personnes. La méthode utilisée dans les hôpitaux peut endommager les poumons, et l'ARD que les médecins voient dans les hôpitaux du monde entier pourrait en fait être une lésion pulmonaire causée par les respirateurs

Traduction de Monique Plaza

Paru sur agoravox.fr le 13 avril 2020 => <https://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/chamboulement-complet-de-la-223247>