

ÉNONCÉ DE POSITION DU COMITÉ DIRECTEUR DE L'ASSEMBLÉE SUR LES TROUBLES RESPIRATOIRES DU SOMMEIL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE (SCT)

DOCUMENT D'APPUI AUX MÉDECINS CANADIENS POUR L'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVEC TROUBLES RESPIRATOIRES DU SOMMEIL PENDANT LA PANDÉMIE DE LA COVID-19.

Najib T. Ayas^a, Kristin L. Fraser^b, Eleni Giannouli^c, Patrick J. Hanly^b, Tetyana Kendzerska^d, Sherri Lynne Katz^e, Brandy N. Lachmann^f, Annie Lajoie^g, Caroline Minville^h, Debra Morrisonⁱ, Indra Narang^j, Marcus Povitz^b, Robert Skomro^k, Kathy F. Spurr^l

^aDepartment of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada; ^bDepartment of Medicine, Cumming School of Medicine, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada; ^cDepartment of Medicine, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada; ^dDepartment of Medicine, University of Ottawa, Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, Ontario, Canada; ^eDepartment of Pediatrics, Children's Hospital of Eastern Ontario, University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada; ^fVancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada; ^gInstitut de recherche, Centre de santé universitaire McGill, Montréal, Québec, Canada; ^hInstitut Universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Université Laval, Québec, Québec, Canada; ⁱDepartment of Medicine, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada; ^jDepartment of Pediatrics, Hospital for Sick Children, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada; ^kDivision of Respiratory, Critical Care and Sleep Medicine, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan, Canada; ^lSchool of Health Sciences, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada.

Version 1.0 – 16 avril 2020

Les troubles respiratoires du sommeil (TRS) regroupent un éventail de maladies courantes chroniques comme l'apnée obstructive du sommeil (AOS), de loin la plus répandue, et les troubles centraux du sommeil (p. ex., associés à une maladie neuromusculaire, à l'utilisation d'opioïdes, ou à l'insuffisance cardiaque congestive). Leur diagnostic repose sur l'observation de diverses anomalies de la respiration et d'autres paramètres physiologiques lors d'un test effectué au laboratoire du sommeil ou à domicile. Plusieurs de ces patients utilisent des appareils à pression positive pendant la nuit – par exemple, des appareils de pression positive continue (PPC), de pression positive bi-niveaux (BPAP) ou d'autres modes de ventilation plus complexes (p. ex., ventilation auto-asservie (VAA ou ASV)).

Le présent énoncé de position vise à offrir des conseils rapides aux médecins canadiens et autres fournisseurs de soins de santé, pour la prise en charge des patients avec TRS pendant la pandémie de COVID-19. Ce document repose sur le consensus des auteurs, dont plusieurs siègent au comité des Lignes directrices sur les TRS de la Société canadienne de thoracologie (SCT). Ces recommandations s'appuient sur un nombre très limité de données scientifiques et sur les recommandations d'autres organismes internationaux impliqués dans l'élaboration de lignes directrices. Ces recommandations sont sujettes à changements suivant l'évolution des connaissances sur la COVID-19 et ses effets. Nous comptons mettre à jour ces recommandations au moins une fois par mois et lorsque de nouvelles informations émergeront; nous recommandons aux lecteurs de surveiller périodiquement les mises à jour sur le [site Web de la Société canadienne de thoracologie](#).

Clinique du sommeil/laboratoire du sommeil

- Les visites de routine en personne devraient être évitées; et les soins virtuels (télémedecine, rendez-vous/consultations téléphoniques) sont à considérer en remplacement.
- **Afin de minimiser les risques pour les autres patients, le personnel soignant et les personnes cohabitant avec des patients souffrant de TRS, les tests en laboratoire du sommeil et à domicile sont fortement déconseillés et devraient être limités aux cas jugés extrêmement urgents (mettant la vie en danger).** La définition de ce qui constitue un cas « extrêmement urgent » doit être fondée sur le jugement clinique. En général, cela peut être envisagé dans le cadre de maladies cardiopulmonaires instables dans lesquelles un TRS jouerait un rôle important (p. ex., insuffisance cardiaque droite, angine nocturne, hypercapnie liée à une maladie neuromusculaire et/ou hypoxémie nocturne sévère). Toutefois, un traitement empirique pourrait être envisagé dans certaines circonstances (voir le quatrième point).
- Tout test (à domicile ou en laboratoire) pendant cette période est fortement déconseillé. Toutefois, si un test est requis de façon urgente, un test à domicile (effectué avec de l'équipement jetable, de préférence), s'il est disponible localement, serait préférable au test en laboratoire afin de minimiser les risques pour le personnel du laboratoire et les autres patients. Si un test en laboratoire s'avère nécessaire, **il faut mettre en place des précautions telles que l'utilisation d'équipement de protection individuelle (ÉPI) appropriés pour le personnel ainsi que le nettoyage des espaces physiques et de l'équipement, et ce, pour tous les cas.** Idéalement, les patients devraient se présenter seuls pour le test au laboratoire du sommeil et être dépistés et/ou testés pour la COVID-19 avant le test (selon la capacité et les règles locales pour le dépistage de la COVID-19). Les titrations manuelles de PPC en laboratoire devraient être évitées en raison des risques possibles d'aérosolisation (la PPC étant considérée comme génératrice d'aérosols).
- Pour les cas où il y a une forte suspicion clinique de TRS, appuyée sur des algorithmes cliniques, on pourrait également envisager initier un traitement empirique tout en retardant les tests diagnostiques. Cela pourrait inclure un essai empirique de PPC auto-titrée, d'oxygène nocturne, de BPAP, etc. Les patients qui pourraient bénéficier d'une telle approche sont ceux avec maladies cardiopulmonaires instables/sévères, maladies neuromusculaires et détresse respiratoire/hypercapnie, hypoxémie nocturne sévère, somnolence diurne excessive entraînant un impact significatif sur la qualité de vie/fonctionnement diurne.
- Comme indiqué ci-dessus, l'émission de nouvelles ordonnances de PPC doit être limitée aux cas urgents et retardée pour les cas non-urgents si possible. Toutefois, pour les patients qui ont besoin d'une nouvelle ordonnance de PPC de façon urgente, la location d'appareil devrait être découragée. La meilleure option est l'achat d'appareils/masques neufs (par exemple, dispositifs à auto-titrés (APAP) ou titration à distance). Les appareils devraient préférablement être envoyés par courrier plutôt que récupérés en personne. Pour les patients chez qui la COVID-19 est confirmée/soupçonnée, on devrait reporter l'initiation du traitement par PPC après la disparition complète des symptômes et, idéalement, après l'obtention de deux tests consécutifs négatifs pour la COVID-19.

Pour les patients utilisant la PPC à domicile

- Les individus chez qui la COVID-19 n'est pas suspectée/confirmée devraient continuer d'utiliser leur PPC à domicile comme elles le feraient normalement. Le nettoyage du masque et de la tubulure par le patient doit être poursuivi conformément aux recommandations et instructions du fabricant (par exemple, changer les filtres de l'appareil, nettoyer les surfaces, l'humidificateur, le masque et la tubulure). Les masques et appareils ne doivent pas être partagés. L'augmentation de la fréquence du nettoyage en profondeur du masque et de la tubulure devrait être envisagée si des symptômes respiratoires apparaissent, même s'ils ne remplissent pas les critères de « COVID-19 suspectée ».
- Pour les patients avec COVID-19 suspectée/confirmée et qui sont à la maison, des procédures d'isolement standard et de distanciation physique devraient être mises en place conformément aux directives de l'Agence de la santé publique du Canada. En outre, les dispositifs de PPC peuvent probablement aérosoliser des gouttelettes. Par conséquent, le patient doit contacter son médecin afin de déterminer si la PPC doit être poursuivie en tenant compte de différents facteurs tels que : les risques/bénéfices du maintien la PPC basé sur la gravité du TRS et d'autres facteurs cliniques, la présence d'autres individus dans domicile et la capacité à s'isoler physiquement lors du sommeil. Par exemple, il pourrait être raisonnable de ne pas poursuivre la PPC chez un patient ayant une AOS légère, alors qu'il pourrait être néfaste d'interrompre la PPC chez un patient ayant un TRS sévère associé au syndrome obésité-hypoventilation.
- Si la PAP est poursuivie chez un patient ayant une COVID-19 suspectée/confirmée et qui cohabite avec d'autres personnes, le patient devrait dormir seul dans une chambre séparée, utiliser une salle de bain séparée, garder une distance appropriée avec les autres, nettoyer son masque quotidiennement avec une lingette désinfectante et nettoyer la tubulure de son appareil avec une solution stérilisante (par exemple, une solution d'hypochlorite de sodium à 0,1 % ou 1 000 ppm) tous les deux jours. Le masque, le filtre et la tubulure doivent être remplacés une fois les symptômes résolus. D'autres mesures utiles pour réduire la transmission comprennent l'arrêt de l'humidification et le remplacement du masque (nasal ou narinaire) par un masque facial (couvrant le nez et la bouche). Des mesures additionnelles pourraient être envisagées telles que l'utilisation d'un masque non ventilé avec un orifice expiratoire et un filtre ajouté à la tubulure ou le passage à un système à double circuit fermé avec un filtre placé sur l'orifice d'échappement. Les configurations possibles et les détails peuvent être consultés [ici](#).
- Les proches aidants peuvent également être à risque, en particulier si le patient à charge ne peut utiliser son appareil de PPC de façon autonome et qu'il requiert l'assistance d'un proche pour le faire (p. ex., un enfant). Si le contact ne peut être évité pour cette raison, le proche aidant devrait également prendre les précautions appropriées.
- L'absence de PPC peut entraîner des risques à court terme pour la santé des patients, comme des accidents ou des chutes. Selon la situation, des stratégies d'atténuation des ces risques peuvent être envisagées, comme conseiller au patient de cesser de conduire un véhicule. Des solutions de rechange telles que la thérapie positionnelle et la limitation de l'alcool et/ou sédatifs pourraient être aussi envisagées.

Pour les patients ayant un TRS connu, qui sont hospitalisés et chez qui une COVID-19 est confirmée ou suspectée

Le médecin du patient doit évaluer les risques/bénéfices du maintien la PPC à la lumière des risques potentiels de transmission virale en lien avec la PPC. Par exemple, il pourrait être raisonnable de suspendre temporairement la PPC chez un patient ayant une AOS légère/modérée.

- Si la PPC est poursuivie, le patient devrait utiliser son propre équipement/masque, si possible. Les directives et la politique de prévention et contrôle des infections de l'hôpital concerné devraient être suivies. Ces directives peuvent inclure l'utilisation d'une chambre privée/à pression négative, et la mise en place de précautions spécifiques aux infections transmissibles par voie aérienne pendant l'utilisation de la PPC. L'arrêt de l'humidification et le remplacement de l'humidificateur par un filtre échangeur de chaleur et d'humidité (FECH) ainsi que la modification du type de masque utilisé (comme détaillé ci-dessus) pourraient être envisagés. Les patients qui utilisent un masque facial et qui ne peuvent le retirer eux-même devraient bénéficier d'une surveillance accrue en raison du risque d'aspiration (particulièrement important chez les patients pédiatriques).

Pour les patients nouvellement diagnostiqués d'un TRS en intrahospitalier et pour lesquels une PPC est requise d'urgence

Les risques et les avantages d'initier la PPC en intrahospitalier doivent être soigneusement considérés, en consultant (de préférence) un spécialiste en médecine respiratoire. Cependant, si la thérapie est jugée indispensable et aurait des conséquences sur la survie du patient, elle devrait être initiée tout en respectant les directives de prévention et de contrôle des infections de l'hôpital concerné.

Ressources additionnelles pour les patients et les praticiens :

American Academy of Sleep Medicine :

<https://aasm.org/covid-19-resources/covid-19-mitigation-strategies-sleep-clinics-labs>

American College of Chest Physicians (CHEST) :

https://foundation.chestnet.org/patient-education-resources/covid-19-resources-care-recommendations-home-based-ventilation-patients/?utm_content=123520270&utm_medium=social&utm_source=facebook&hss_channel=fbp-76297933103

British Thoracic Society :

<https://www.brit-thoracic.org.uk/media/455098/osa-alliance-cpap-covid-19-advice-20-3-20-v10.pdf>

European Respiratory Journal :

Exhaled air dispersion during high-flow nasal cannula therapy *versus* CPAP *via* different masks.

<https://erj.ersjournals.com/content/early/2019/01/16/13993003.02339-2018>