

Le Masque et la plume

Petite revue de presse quotidienne...



Dr Mylene Defaye, CHU de Bordeaux SAR SUD
Drs Bénédicte Grigoresco, Stéphanie Sigaut, Emmanuel Weiss DAR Beaujon
Drs Arthur James, Cyril Quemeneur DAR Pitié-Salpêtrière

Point épidémiologique

< Données au 30/04/2020 >

COVID-19 - France

129 581^①
(+ 1 139)
cas confirmés

24 376^①
(+ 289)
cumul des décès

Données hospitalières

26 283^①
(- 551)
hospitalisations

49 476^①
(+ 1 248)
retours à domicile

4 019^①
(- 188)
en réanimation

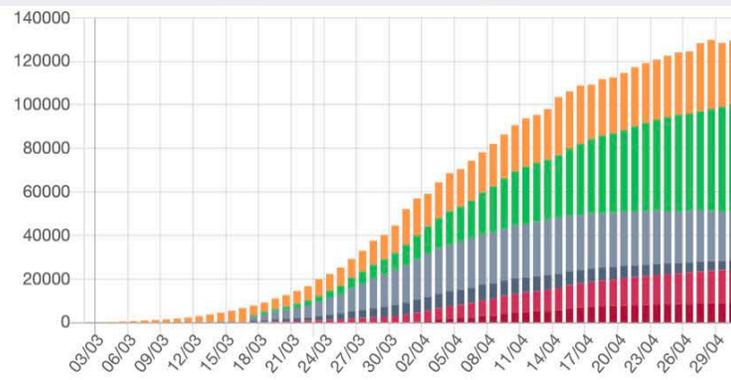
15 244^①
(+ 191)
décès à l'hôpital

Données EHPAD et EMS

69 952^①
(+ 179)
cas total en
EHPAD et EMS

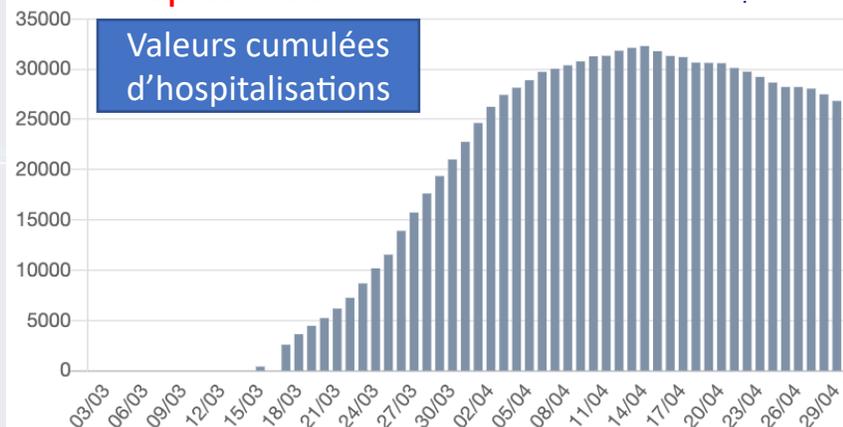
32 355^①
(+ 560)
cas confirmés en
EHPAD et EMS

9 132^①
(+ 98)
décès en EHPAD
et EMS



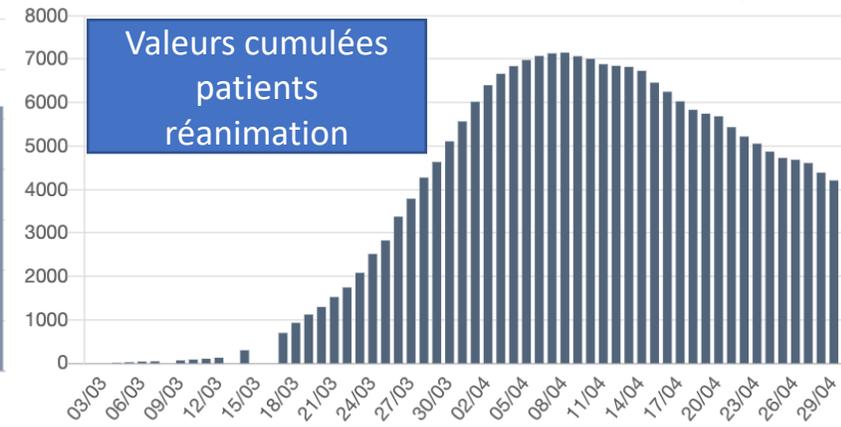
Hospitalisation

Valeurs cumulées
d'hospitalisations

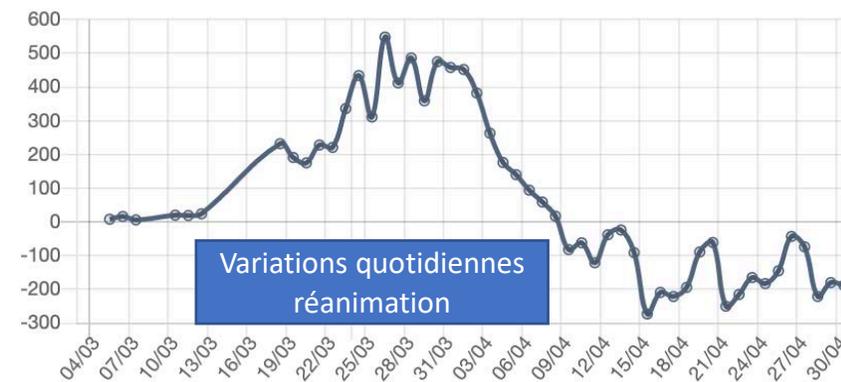


Réanimation

Valeurs cumulées
patients
réanimation



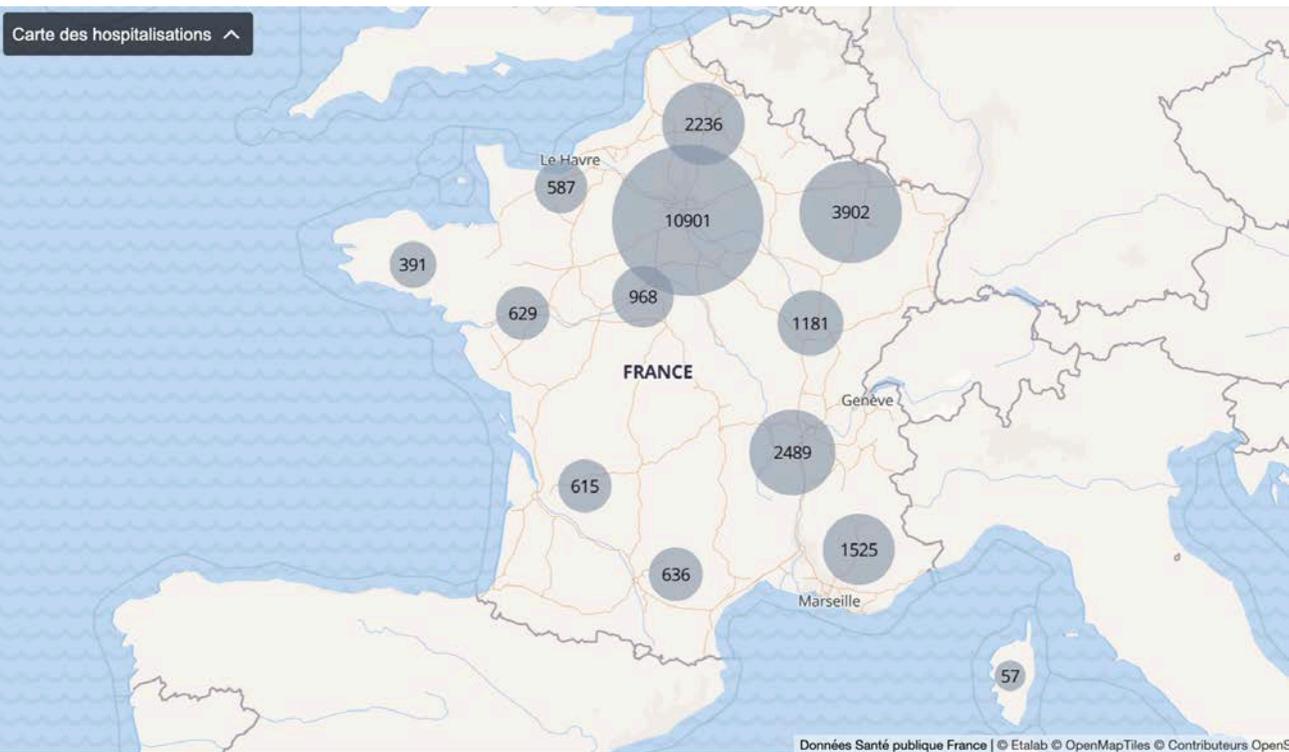
Variations quotidiennes
hospitalisation



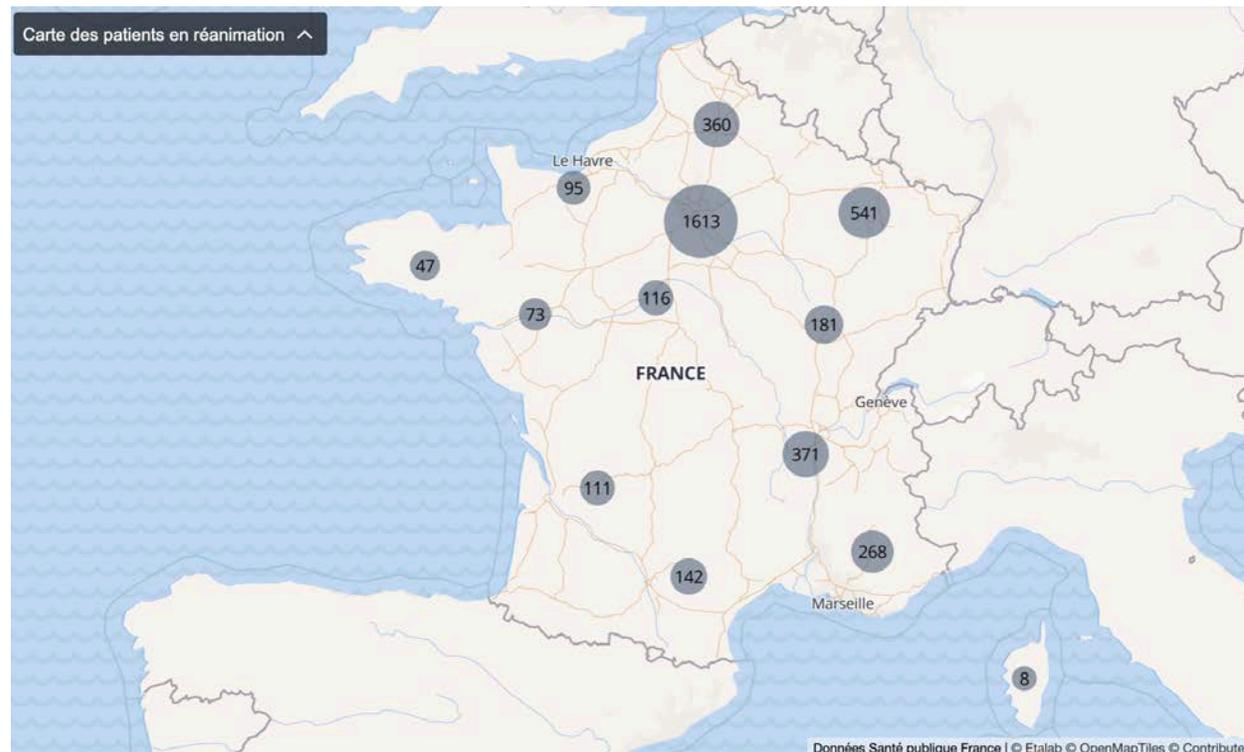
Variations quotidiennes
réanimation

Point épidémiologique

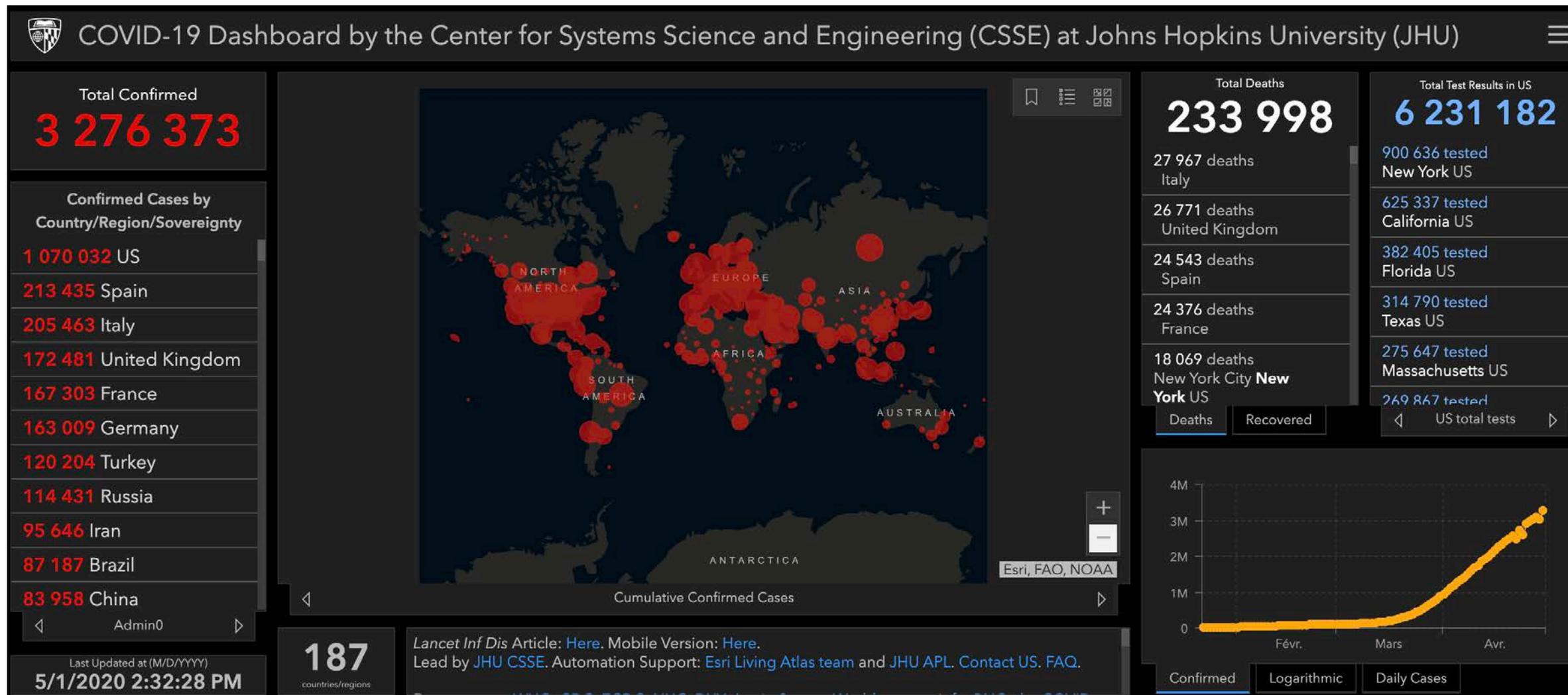
Carte des hospitalisations



Carte des réanimations



- LE MONDE le 01/05/2020 à 14h32



ACR EXTRA HOSPITALIERS DURANT L'ÉPIDÉMIE COVID : UN AUGMENTATION D'INCIDENCE EN ITALIE

Out of hospital cardiac arrest during Covid-19 outbreak in Italy – Baldi et al - JAMA

- Registre Lombard d'arrêt cardiaque
- Comparaison ACR extra hospitalier sur 2 périodes : 21/02 au 31/03 2020 VS 2019
- Etude sur registre, symptômes évocateurs de Covid-19 ou prélèvements nasopharyngés avant ACR ou post mortem

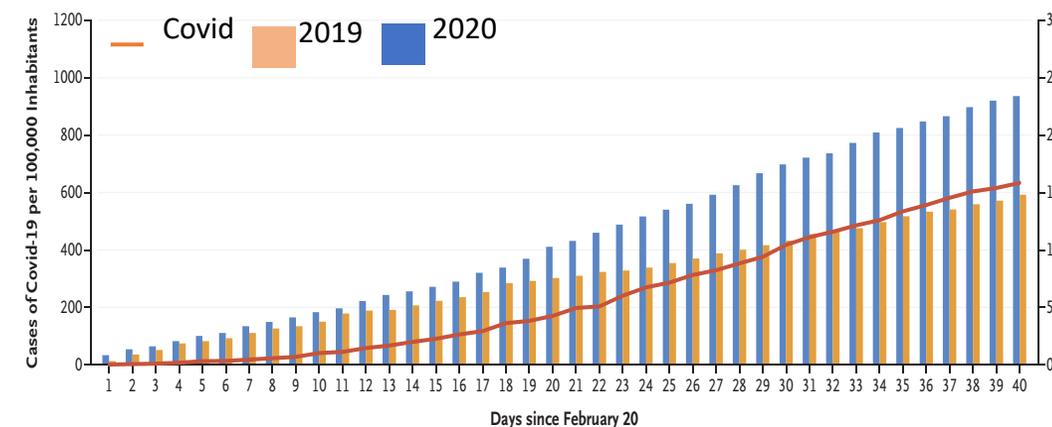
	2019	2020	Différence (médiane – IC95)
Délai d'intervention (min)	12 (9-15)	15 (12-20)	3 (1,9-4,1)
Cause médicale (n, %)	204 (89,1)	346 (95,6)	6,5 (1,9-11,1)
ACR sans témoin (n, %)	100 (43,7)	199 (55)	11,3 (3,1-19,5)
Réanimation par témoins (n, %)	63 (47)	59 (31,4)	-15,6 (-26,4;-4,9)
Décès sur place (n, %)	177 (77,3)	321 (88,7)	11,4 (5-17,7)

L'incidence cumulée d'ACR en 2020 est **fortement corrélée** à l'incidence de cas Covid 19 (0,87 {0,83-0,91} p<0,001)

L'augmentation d'ACR extra hospitalier en 2020 suit la courbe de l'incidence Covid

77,4% de la hausse représentée par de patients suspects ou confirmés Covid

ACR extra hospitalier 2019 (n)	229
ACR extra hospitalier 2020 (n)	362
Augmentation (%)	+58%
Patients Covid + (n)	9806
Patients Covid + confirmés ou suspectés ayant présenté un ACR extra hospitalier	103



**Attention, étude sur registre, étiologie de l'ACR non documentée!
Imputabilité directe de Covid à analyser
Difficulté d'accès aux soins non discutée**

Remdesivir : un essai randomisé contrôlé contre placebo

Wang et Al, Lancet 2020 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31022-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31022-9)

Le Remdesivir est un antiviral développé initialement pour Ebola, ayant un effet in vitro sur les coronavirus dont le SARS-CoV-2

• Méthode :

- Essai randomisé en double aveugle contre placebo dans 10 hôpitaux de Wuhan
- Bras traitement : Remdesivir 200 mg à J1 puis 100mg/j de J2 à J10
- Critères d'inclusion : patients adultes avec forme sévère de COVID-19 (sat \leq 94% en AA ou P/F \leq 300)
- Critère de jugement principal : délai de l'amélioration clinique après randomisation, évalué par une baisse de 2 points sur l'échelle ci-dessous évaluée quotidiennement

Décès	6 pt
ECMO ou VM	5 pt
VNI ou OHD	4 pt
O2 masque ou lunettes	3 pt
Hospitalisation sans O2	2 pt
Sortant	1 pt

• Caractéristiques des patients inclus :

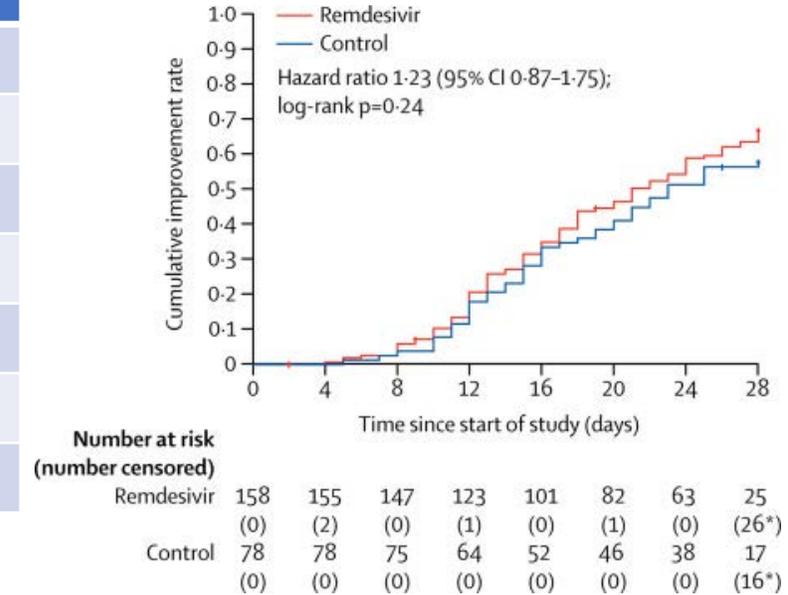
	REMDESIVIR n=158	PLACEBO n=78
Age	66.0 (57.0–73.0)	64.0 (53.0–70.0)
Comorbidité	112 (71%)	55 (71%)
Délai: début des symptômes - inclusion	11 (9–12)	10 (9–12)
Catécholamines	25 (16%)	13 (17%)
EER	3 (2%)	3 (4%)
VNI	14 (9%)	3 (4%)
VM invasive	11 (7%)	10 (13%)
ECMO	2 (1%)	0
INF α -2b	46 (29%)	30 (38%)
Lopinavir–ritonavir	44 (28%)	23 (29%)
Corticoïdes	102 (65%)	53 (68%)

Remdesivir : un essai randomisé contrôlé contre placebo

Wang et Al, Lancet 2020 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31022-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31022-9)

- Résultats :

	REMDESIVIR n=158	PLACEBO n=78	P
Délai amélioration clinique (-2pt)	21·0 (13·0 to 28·0)	23·0 (15·0 to 28·0)	NS
Mortalité à 28j	22 (14%)	10 (13%)	NS
Durée de ventilation mécanique (j)	7·0 (4·0 to 16·0)	15·5 (6·0 to 21·0)	NS
Durée de l'oxygénothérapie (j)	19·0 (11·0 to 30·0)	21·0 (14·0 to 30·5)	NS
Durée d'hospitalisation (j)	25·0 (16·0 to 38·0)	24·0 (18·0 to 36·0)	NS
Evènement indésirable sérieux	28 (18%)	20 (26%)	NS
Arrêt TTT pour EI	18 (12%)	4 (5%)	<0.05



1^{er} RCT publié sur le Remdesivir vs Placebo, en double aveugle > aucune amélioration clinique ni de mortalité

Les auteurs mettent néanmoins en avant une réduction de 5j du délai d'amélioration chez les patients traités précocement (dans les 10 j) même sans significativité statistique... Idem pour la durée de VM, alors que le nombre de patient est très faible (population majoritairement d'hospitalisation classique, peu de réanimation).

Seul résultat significatif : **Plus d'arrêts de traitement pour effets indésirables dans le groupe Remdesivir**

Au final cette étude **manque de puissance** car arrêtée avant d'atteindre l'effectif calculé préalablement car fin de l'épidémie en Chine et donc plus assez de patients à inclure

D'autres essais vont être nécessaires pour trancher sur l'efficacité du Remdesivir notamment en administration précoce (annonce de presse de résultats prometteurs par le NIH aux US, on attend les données !)

PRECONISATIONS POUR L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS EN ANESTHESIE-REANIMATION DANS LE CONTEXTE DE PANDEMIE DE COVID-19

Version MAI 2020

en association avec les sociétés : ADARPEF, CARO et SFR

CHAMP 1. PROTECTION DU PERSONNEL DE SANTÉ

Mesures générales pour le personnel de santé :

- Désinfection des mains par SHA fréquente
- Masque chirurgical systématique
- Respect mesures barrières et distanciation (> 1 m lors des relèves et pauses)
- Stratégies d'épargne des équipements de protection individuel

Précisions :

Au bloc opératoire :

- Pas de personnel non essentiel lors des procédures de gestion des VAS
- Déshabillage en salle d'intervention

Procédures à risque d'aérosolisation ** :

- Intubation et extubation
- Trachéotomie
- Aspirations trachéales sans système clos
- VNI, Optiflow, Aérosols



Mesures de protection	Consultation de pré-anesthésie	Bloc opératoire ou plateau interventionnel	SSPI	Soins continus ou réanimation
POUR LE PERSONNEL DE SANTÉ	PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT COVID+ OU FORTEMENT SUSPECTÉ			
	Désinfection des mains par SHA et port d'un masque chirurgical II ou IIR et de lunettes de protection. Désinfection des surfaces et du matériel.	Port d'un masque FFP2, d'une charlotte, d'une sur-blouse à manches longues + tablier (ou à défaut d'une casaque chirurgicale), de gants, et d'un écran facial (ou à défaut de lunettes de protection occlusives). Salle COVID-19 dédiée ou identifiée par signalétique apposé sur la porte.	Pas d'extubation en SSPI X	Port d'un masque FFP2, d'une charlotte, d'une sur-blouse à manches longues + tablier (ou à défaut d'une casaque chirurgicale), de gants, et d'un écran facial (ou à défaut de lunettes de protection). Port d'un masque ventilé (PAPRs) lors des procédures à haut risque (trachéotomie). ** Mise en place si possible et patient intubé d'un système d'aspiration clos.
	PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT NON-COVID			
	Désinfection des mains par SHA et port d'un masque chirurgical II ou IIR. Désinfection des surfaces et du matériel.	Intubation et extubation : Port d'un masque FFP2, d'une charlotte, de gants, tablier et d'un écran facial ou de lunettes de protection occlusives.	Si extubation (à éviter en SSPI) : Port d'un masque FFP2, d'une charlotte, de gants, et d'un écran facial ou de lunettes de protection.	Port d'un masque chirurgical II ou IIR. Si exposition aux liquides biologiques : port d'une charlotte et d'un écran facial ou de lunettes de protection. Si manœuvres respiratoires à risque (notamment intubation/extubation, aspiration trachéale, bronchoscopie...) : port d'un masque FFP2, d'une charlotte, de gants, et d'un écran facial ou de lunettes de protection.

PRECONISATIONS POUR L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS EN ANESTHESIE-REANIMATION DANS LE CONTEXTE DE PANDEMIE DE COVID-19

Version MAI 2020

en association avec les sociétés : ADARPEF, CARO et SFR

Masque obligatoire dès l'entrée de l'hôpital y compris pour les enfants



CHAMP 1. PROTECTION DU PATIENT

Consultation pré-anesthésique :

- Organiser les files d'attente
- Limiter nombre de patients en salle d'attente
- Afficher les consignes d'hygiène
- SHA à disposition à l'entrée
- Distance de sécurité +/- dispositifs spécifiques pour les postes exposés (interphone / écrans plexiglas...) avec nettoyage fréquent
- Supprimer les objets à usage collectif, revues, documents, y compris les jouets pour enfants
- Nettoyage régulier surfaces et matériel

Spécificités pédiatriques :

- 1 seul parent accompagnant en CPA
- Mesures renforcées (masque, lunettes, gants) si risque de transmission important (formes asymptomatiques possibles, distanciation difficile)
- FFP2, charlotte, surblouse, gants, écran facial/lunettes si manœuvres sur les VAS (notamment chez l'enfant réveillé en SSPI)

Mesures de protection	Consultation de pré-anesthésie	Bloc opératoire ou plateau interventionnel	SSPI	Soins continus ou réanimation
POUR LE PATIENT	PATIENT COVID+ OU FORTEMENT SUSPECTÉ			
	Désinfection des mains par SHA et mise en place d'un masque chirurgical II ou IIR.	Départ du service pour le bloc opératoire selon le circuit COVID-19 dédié (ascenseur...) avec un masque chirurgical II ou IIR.	X	Mise en place d'un masque chirurgical II ou IIR.
	PATIENT NON-COVID			
	Désinfection des mains par SHA et mise en place d'un masque chirurgical II ou IIR.	Départ du service pour le bloc opératoire avec un masque chirurgical II ou IIR.	Après l'extubation du patient, remise en place d'un masque chirurgical II ou IIR.	Pas de masque sauf si le patient présente des symptômes compatibles avec une « infection à COVID + », mise en place d'un masque chirurgical II ou IIR.

En SSPI : distance > 1 mètre entre les patients (7-8 mètres si extubation)

Mettons à l'honneur nos réanimations dans
Le Masque et La Plume:
Nous avons décidé de publier des photos
des différentes équipes de France.
Adressez-nous les photos de vos équipes à
cyril.quemeneur@aphp.fr



Réanimation Alençon

© Photographie Passion Xavier ROCTON

#COVID: confinement vie à domicile
#Partagez
#Retweetez