

Le Masque et la petite revue de presse quotidienne... plume



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

Point épidémiologique

< Données au 05/05/2020 >

France

COVID-19 - France

132 967^①
(+ 1 104)
cas confirmés

25 531^①
(+ 330)
cumul des décès

Données hospitalières

24 775^①
(- 773)
hospitalisations

52 736^①
(+ 1 365)
retours à domicile

3 430^①
(- 266)
en réanimation

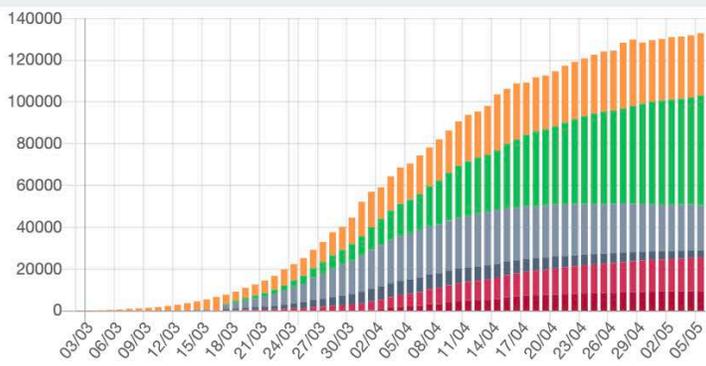
16 060^①
(+ 234)
décès à l'hôpital

Données EHPAD et EMS

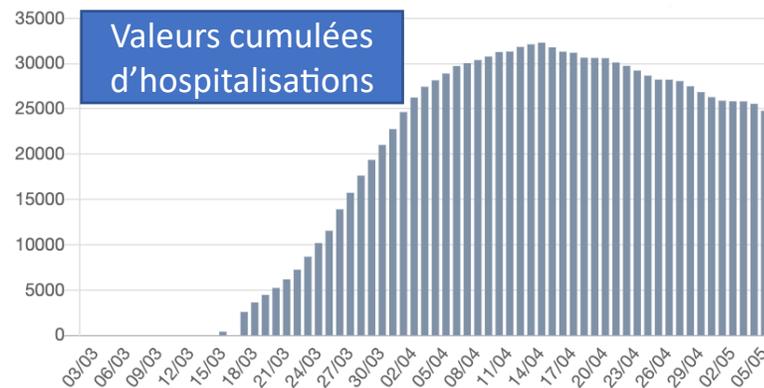
71 692^①
(+ 302)
cas total en
EHPAD et EMS

34 108^①
(+ 317)
cas confirmés en
EHPAD et EMS

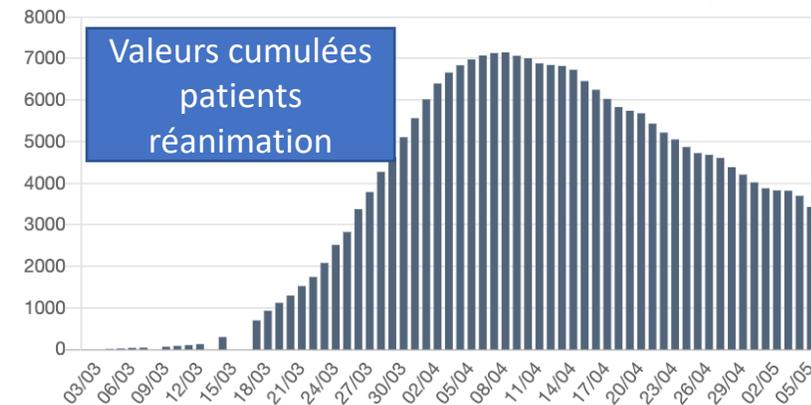
9 471^①
(+ 96)
décès en EHPAD
et EMS



Hospitalisation

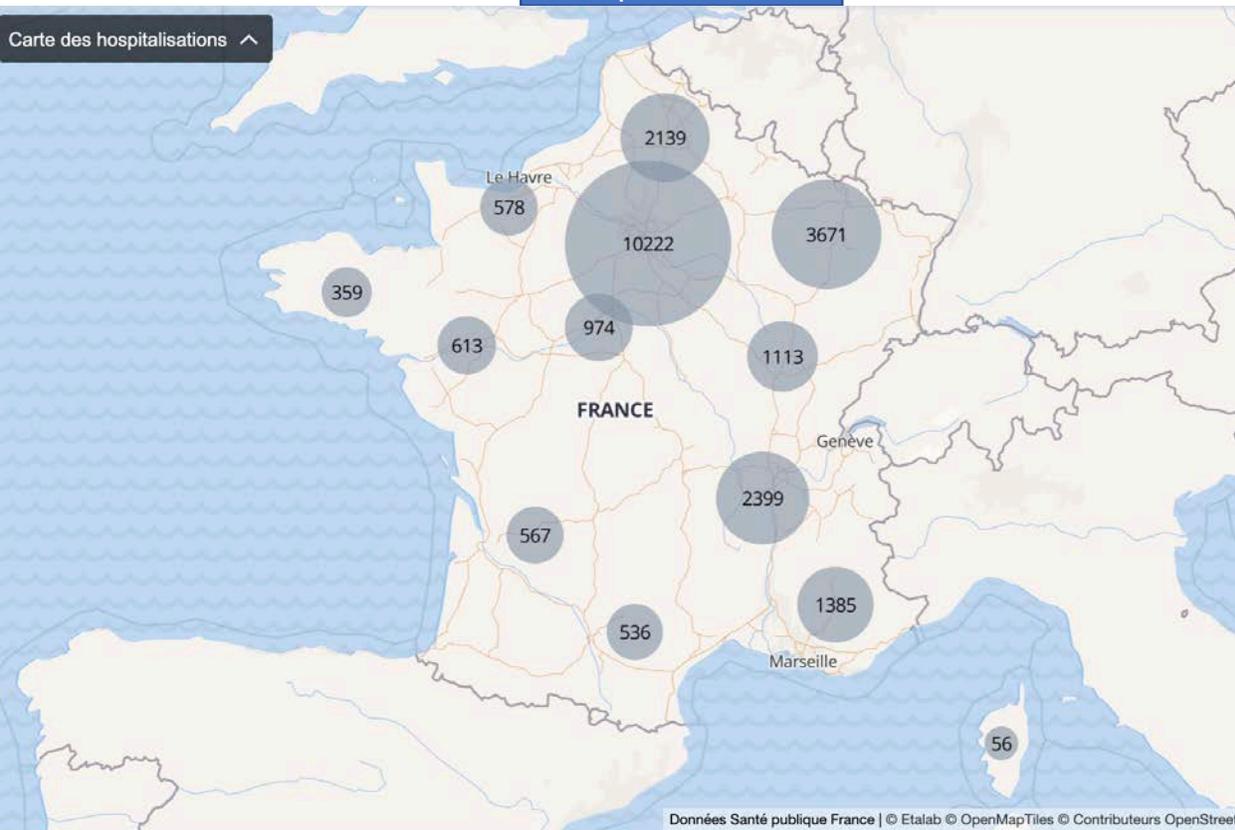


Réanimation

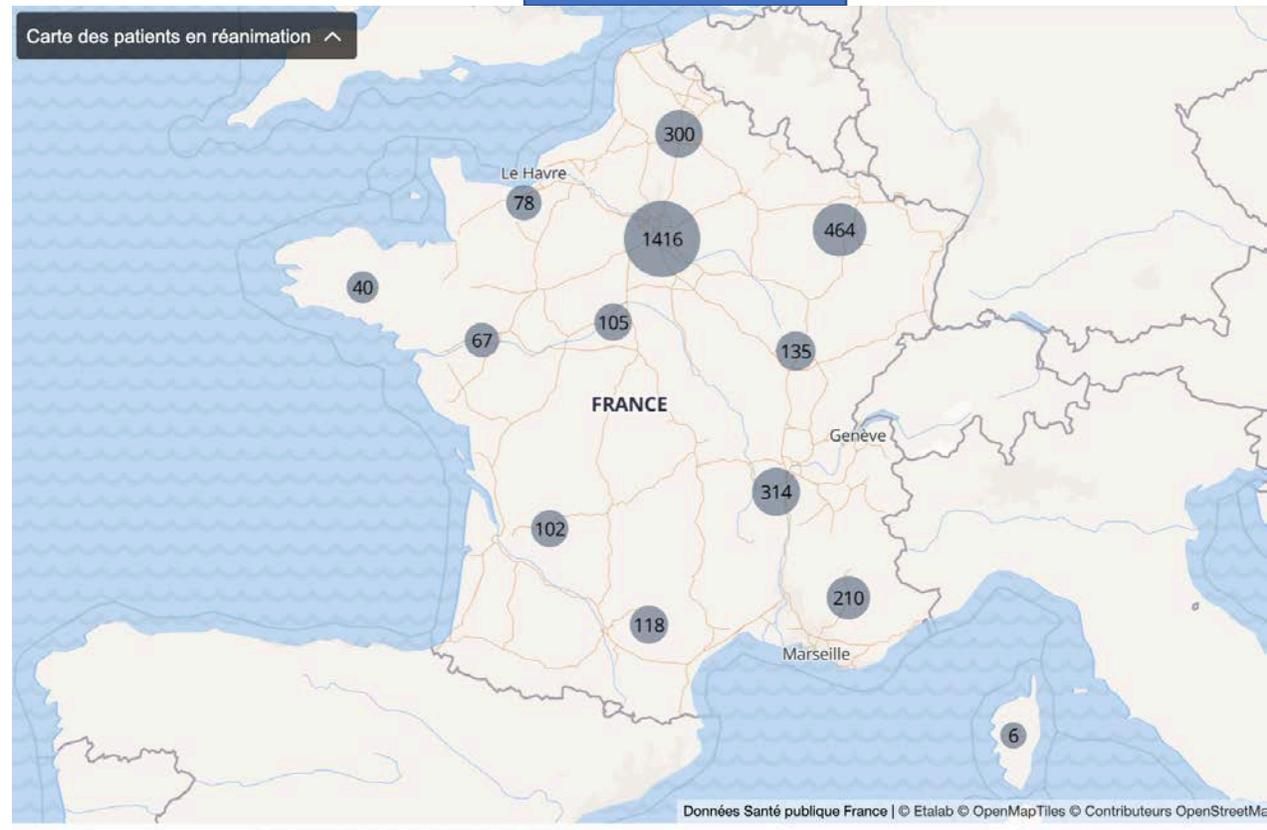


Point épidémiologique

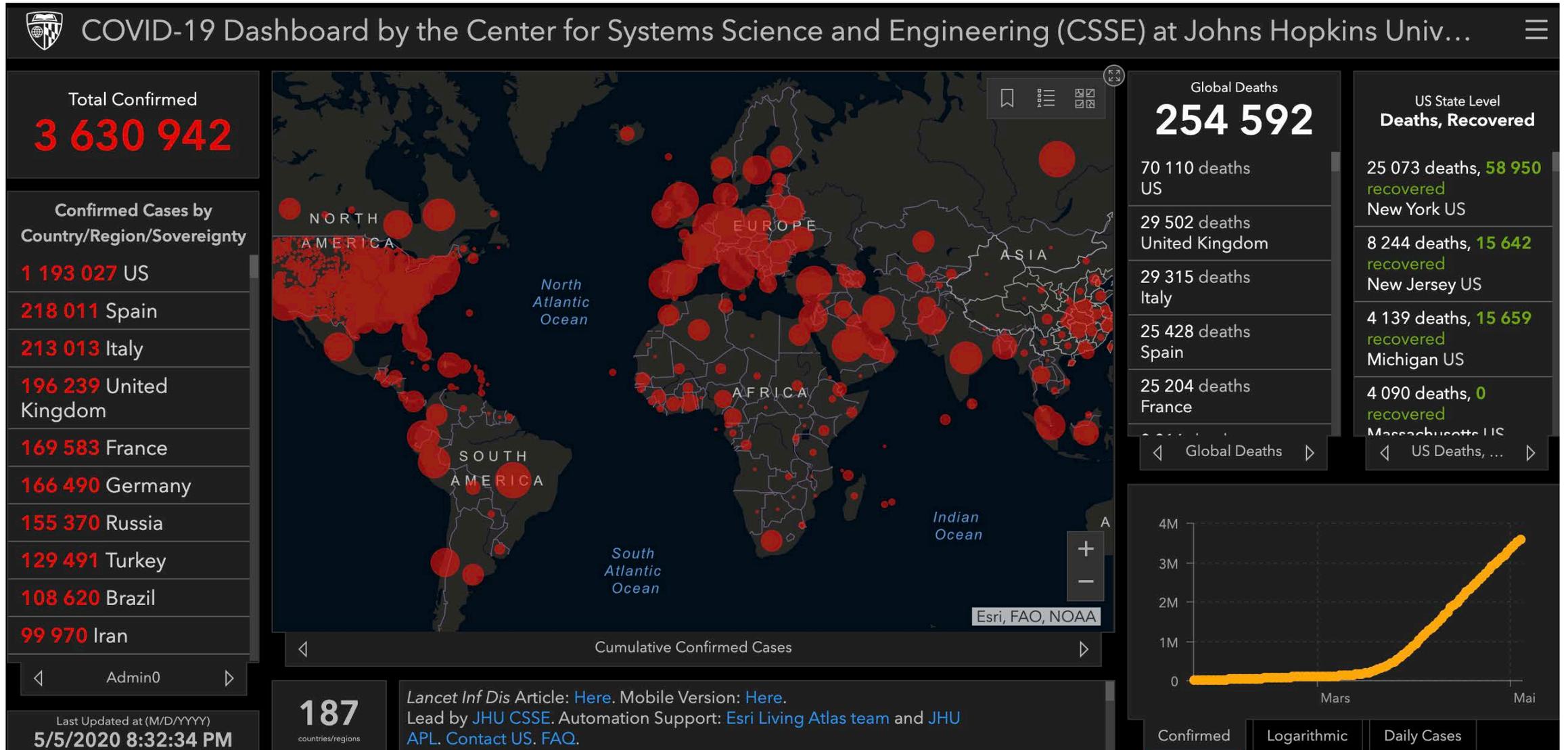
Carte des hospitalisations



Carte des réanimations



• LE MONDE le 05/05/2020 à 20h32



Simulation de l'exposition du personnel des urgences à une contamination malgré l'équipement de protection individuel (EPI)

Feldman O et al, JAMA, April 2020,.

Recommandations CDC concernant l'EPI en cas de geste à risque d'aérosolisation: masque FFP2, lunettes de protection, gants et tabliers

→ **Sur-chaussures, charlottes et casques non recommandés**

→ **But du travail: évaluer la protection cutanée du personnel équipé selon les recommandations en utilisant la simulation**

2 scénarii de détresse respiratoire

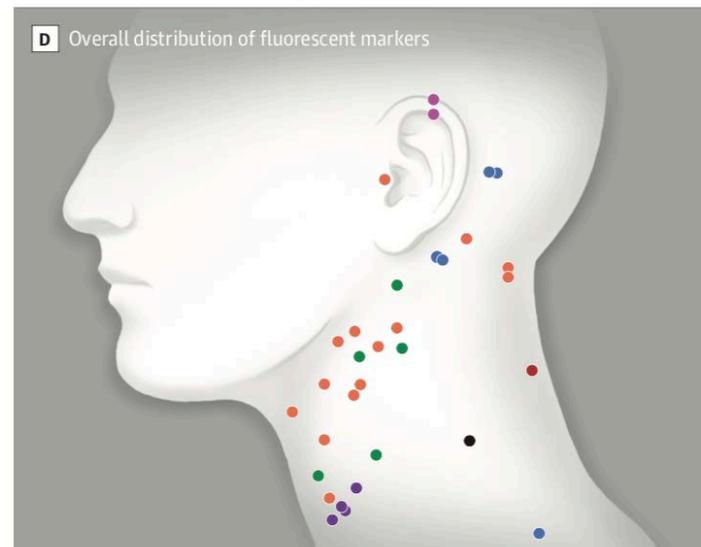
(mannequins haute fidélité adulte et pédiatrique)

- Désaturation requérant pose de VVP et IOT en urgence
- 2 épisodes de toux avec projection de gouttelettes par les narines du mannequin
- IOT séquence rapide par le praticien le plus expérimenté
- Composé fluorescent invisible appliqué sur la peau et dans les sécrétions du mannequin avant la simulation
- Visualisation de la fluorescence en fin de simulation par lumière UV sur le personnel

2 médecins + 2 infirmiers /scénario : 8 participants au total

Gouttelettes Fluo sur les participants

- peau: 7/8 participants (cou=6, oreille=1)
- cheveux: 8/8
- Chaussures: 4/8



Distribution globale des gouttelettes fluo
(1 couleur/participant)



Gouttelettes visualisées par UV dans le cou

Protection non totale malgré EPI

Points faibles

- Pas d'évaluation de l'inhalation
- Nombre faible de participants
- Simulation: applicable en pratique?

Formes graves COVID-19 et Hydroxychloroquine... La suite

Hydroxychloroquine application is associated with a decreased mortality in critically ill patients with COVID-19. Yu et al, MedRxiv, May 2020, doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.27.20073379>

Rationnel:

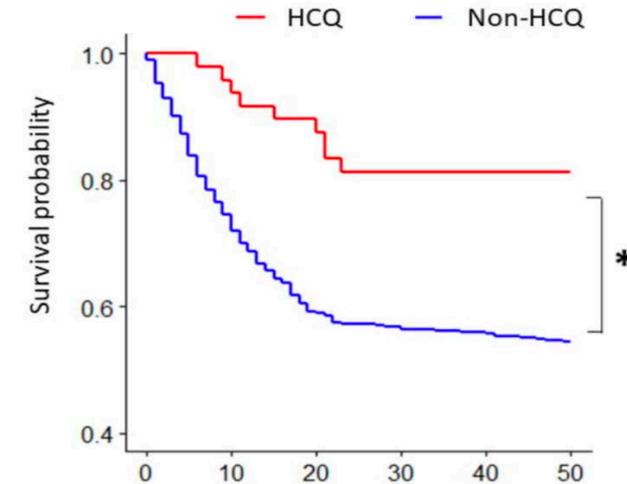
Chloroquine et hydroxychloroquine bénéficient de propriétés immunomodulatrices et antivirales qui pourraient être bénéfiques dans le cadre de l'infection à SARS-CoV-2

Méthode:

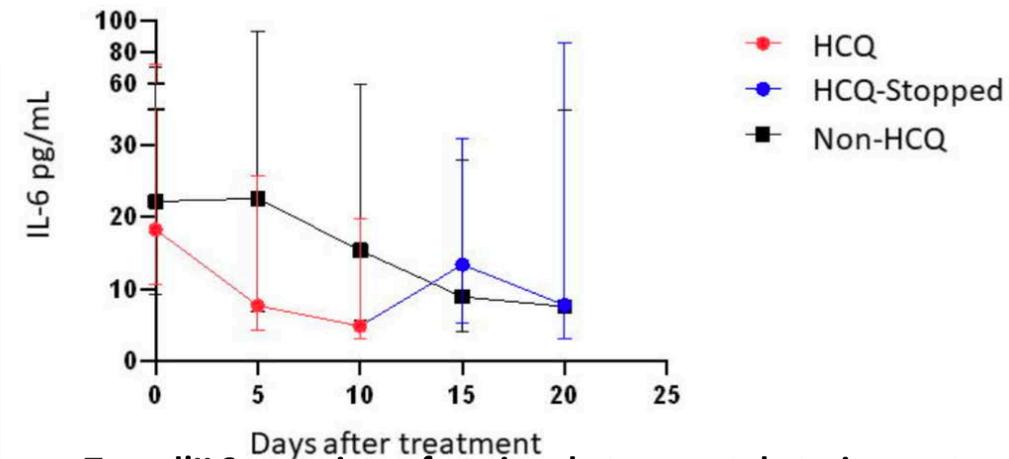
- Etude rétrospective, Monocentrique, Wuhan.
- Diagnostic microbiologique + Scannographique d'infection à SARS-CoV-2.
- Critères inclusion, au moins 1 critère parmi: Ventilation mécanique, Choc septique, Défaillance d'organes nécessitant une admission en réanimation

Résultats:

- 568 patients inclus entre le 1^{er} Février et le 8 Avril / 48 HCQ (200mg X 2/j 7-10j) vs 520 sans HCQ
- Comparabilité des autres traitements (antiviraux, Ig IV) / Plus d'antibiotiques dans le groupe NHCQ et de traitements par INF.
- **Mortalité 238/520 (45.8%) groupe non HCQ vs 9/48 (18.8%) groupe HCQ ($p < 0.001$)**
- Après ajustement sur Age, Sexe, HTA, Diabète, Cardiopathie, BPCO, Sat à l'admission:
HCQ associée à une diminution de la mortalité HR 0.32 IC95% 0.16-0.62 $p < 0.001$
- HCQ et Cytokines pro-inflammatoires:
Diminution de l'IL-6 dans le groupe HCQ avec augmentation à l'arrêt du traitement.



Courbe de Kaplan-Meier des patients COVID-19 traités avec ou sans HCQ



Taux d'IL6 sanguin en fonction du temps et du traitement

Etude rétrospective. Faible effectif HCQ.

Non en accord avec le reste de la littérature dans les formes graves.

En attente de Discovery?

CHAMP 5. MODALITES D'ANESTHESIE ET D'ANALGESIE

Rappel : contraintes majeures de la reprise d'activité chirurgicale :

- Tension sur l'approvisionnement
- Modification des capacités d'hospitalisation
- Risque de contamination du personnel et des patients
- Principe de distanciation

Modalités de l'anesthésie :

Privilégier l'épargne des médicaments en tension
(notamment Propofol, Midazolam, curares)

- Monitoring BIS et TOF
- Anesthésie inhalatoire plutôt qu'AIVOC
- ALR dès que possible

Prise en charge des VAS :

Risque d'aérosolisation du virus

1) Recommandations de réa à appliquer au bloc :

- <https://sfar.org/download/recommandations-dexperts-portant-sur-la-prise-en-charge-en-reanimation-des-patients-en-periode-depidemie-a-sars-cov2/>
- <https://sfar.org/principes-de-gestion-des-voies-aeriennes/>

- Limiter le nombre de personnel présent en salle
 - Eviter de ventiler au masque facial en phase de préoxygénation
 - Interrompre l'oxygène avant le retrait du masque BAVU
 - Intubation par le sénior le + expérimenté avec vidéolaryngoscope
 - Connecter le respirateur, après avoir gonflé le ballonnet
- 2) ISR chez le patient COVID+ ou suspect
- 3) Induction classique chez le patient non COVID

CHAMP 5. MODALITES D'ANESTHESIE ET D'ANALGESIE

Évaluation systématique des interactions médicamenteuses en particulier en cas de traitement antiviral :

<https://www.covid19-druginteractions.org/>

Attention à :

- Hydroxychloroquine : allongement du QT
- Autre médicament prolongeant le QT : halogénés, dropéridol, ondansétron, azithromycine
- Lopinavir/Ritonavir :
 - Risque de surdosage : anesthésiques locaux, kétamine, midazolam, sufentanil, oxycodone, tramadol
 - Risque de sous-dosage : propofol, morphine

Prise en charge postopératoire (y compris ambulatoire) :

- Analgésie multimodale et prévention NVPO
- AINS à éviter chez les patients COVID+ ou suspects
- Injection unique de dexaméthasone : pas de sur-risque chez le patient asymptomatique

Contexte obstétrical :

- **Prise en charge analgésique du travail :**
 - Pas de modification si patiente COVID- ou asymptomatique
 - Éliminer une thrombopénie pour l'APD si forme symptomatique
 - Éviter le protoxyde d'azote (aérosolisation)
- **Césarienne :**
 - Privilégier l'APD
 - ISR si AG (vidéolaryngoscopie si patiente COVID+)
- Éviter les AINS chez les patientes COVID+ ou suspects

COVID-Anesthésie

Quel est le risque de complications respiratoires des patients opérés alors que COVID-19 jusqu'à j7 ?

Plus de complications respiratoires?
Devenir à J28?

Pas de réponse sans registre prospectif national.

Merci de votre participation!

<https://sfar.org/covidanesthesie/>

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

#COVID: confinement vie à domicile

#Partagez

#Retweetez