

Le Masque et la plume

Petite revue de presse quotidienne...



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

Point épidémiologique

< Données au 08/05/2020

France

COVID-19 - France

138 421[Ⓢ]
(+ 642)
cas confirmés

26 230[Ⓢ]
(+ 243)
cumul des décès

Données hospitalières

22 724[Ⓢ]
(- 484)
hospitalisations

55 782[Ⓢ]
(+ 755)
retours à domicile

2 868[Ⓢ]
(- 93)
en réanimation

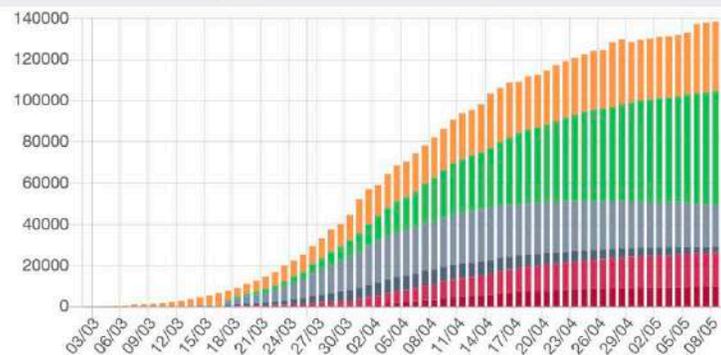
16 497[Ⓢ]
(+ 111)
décès à l'hôpital

Données EHPAD et EMS

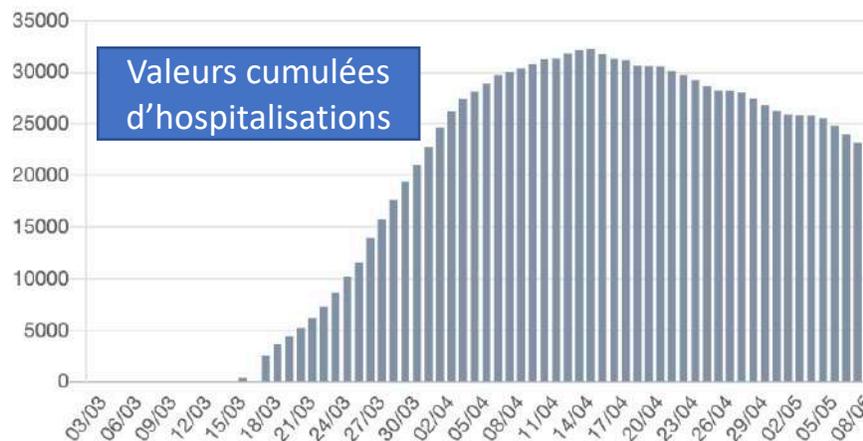
72 548[Ⓢ]
(+ 883)
cas total en
EHPAD et EMS

34 890[Ⓢ]
(+ 237)
cas confirmés en
EHPAD et EMS

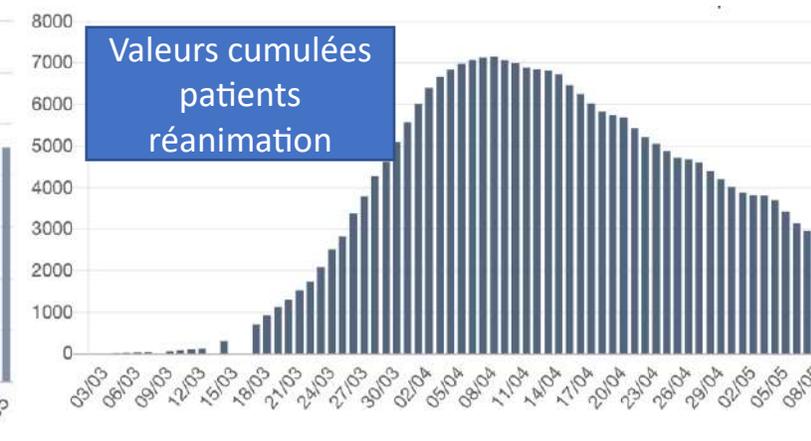
9 733[Ⓢ]
(+ 132)
décès en EHPAD
et EMS



Hospitalisation

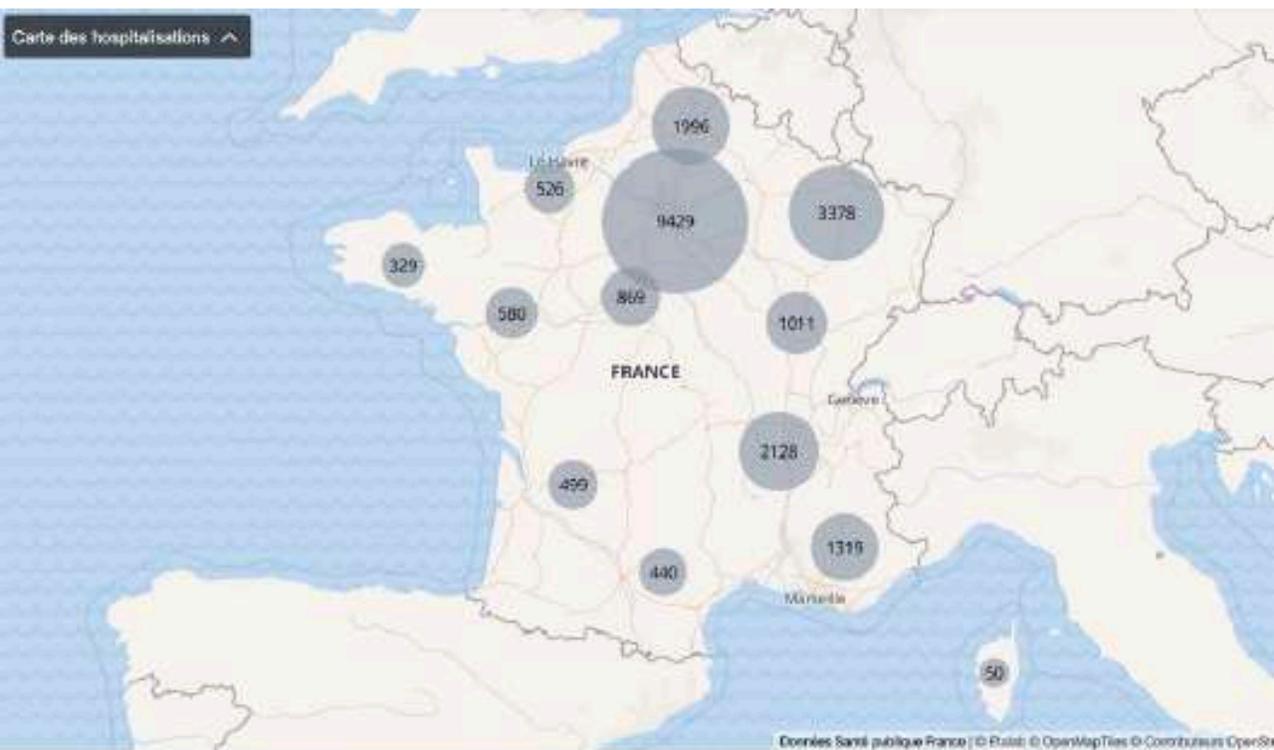


Réanimation

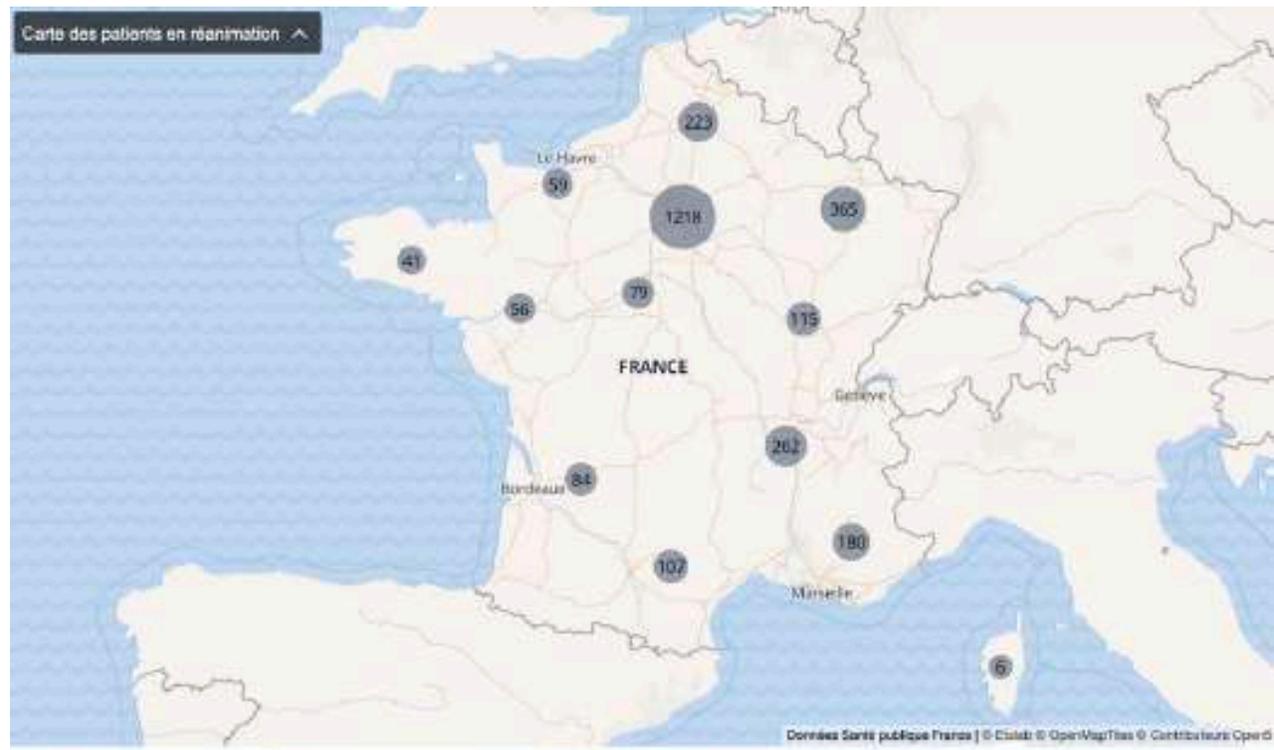


Point épidémiologique

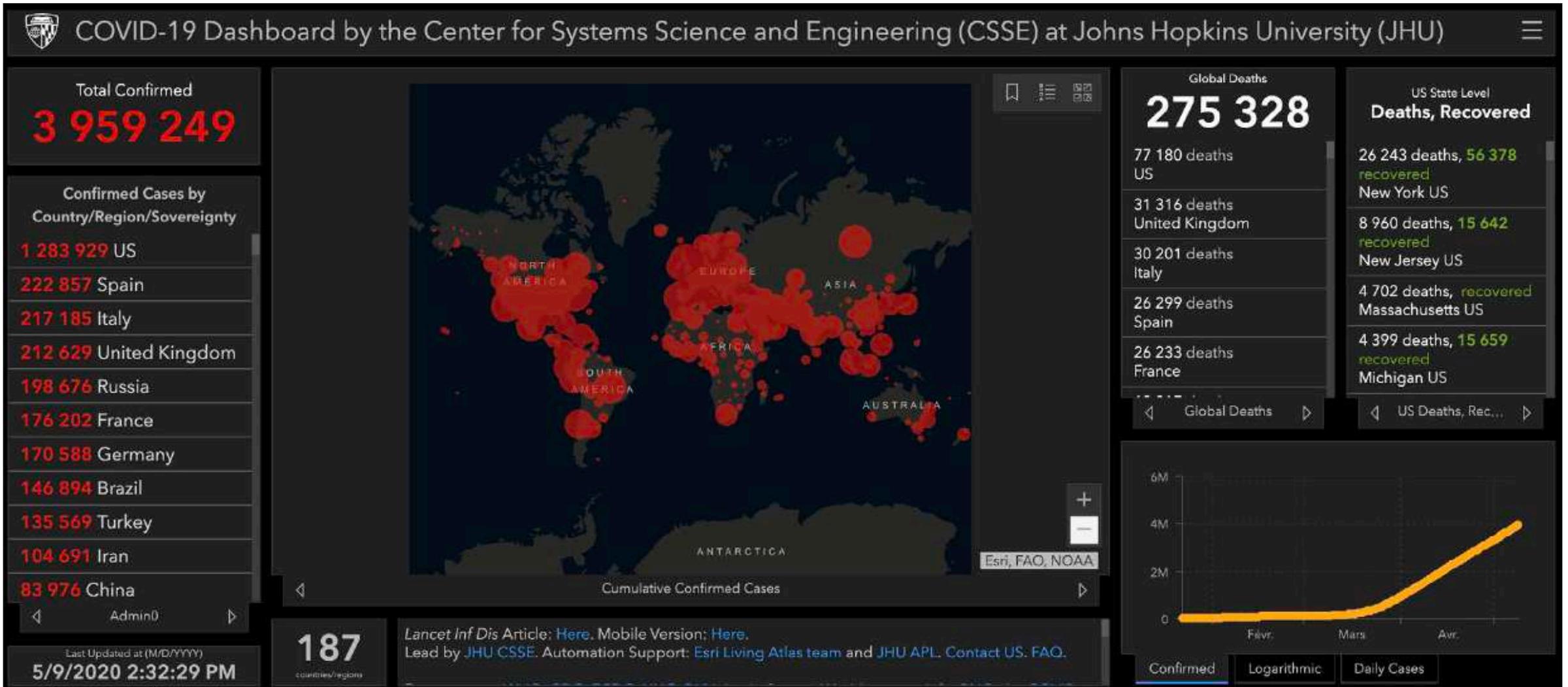
Carte des hospitalisations



Carte des réanimations



• LE MONDE le 09/05/2020 à 14h32



COVID-19 et Kawasaki

Hyperinflammatory shock in children during Covid-19 pandemic – Riphagen et al. - Lancet

Cohorte londonienne , augmentation de l'incidence de maladie type Kawasaki
Ensemble des enfants sans comorbidités, 7/8 au-delà du 75eme percentile de poids

Age	6-14 ans
Symptômes	
Fièvre >39°C	8/8
Diarrhées	6/8
Conjonctivite	3/8
Supports	
VM	5/8
Amines	7/8
PCR SARS CoV 2 positive	2/8
Contage SARS CoV 2	4/8
Outcome	
Décès	1/8, AVC ischémique
Durée de séjour	3-7j

Choc vasoplégique d'allure inflammatoire
Ventilation mécanique pour défaillance cardiaque
TTT : Ig IV + C3G + Clindamycine +/- Aspirine

- **Aucun enfant ne présentait de prélèvement respiratoire positif à SARS CoV 2 à la prise en charge**
- 2 enfants testés positifs après sortie
- Contage SARS-CoV-2 chez 4 enfants (dont 1 positif secondairement)

Pas de sérologie disponible, petite cohorte
Autres cohortes en cours de publication
Vigilance sur recrudescence des Kawasaki, incidence faible
rapportée au nombre de contaminations

Étude observationnelle US : Hydroxychloroquine chez les patients hospitalisés

Geleris et al., NEJM, DOI: 10.1056/NEJMoa2012410

Étude observationnelle monocentrique Newyorkaise

1376 inclusions : patients hospitalisés avec PCR + du 7/03 au 8/04 (70 exclus : intubation, décès ou transfert dans les 24h après admission)

CJP composite : délai inclusion - décès et/ou intubation

Traitement par HCQ :

- **600 mg x 2 à J1 puis 400 mg x 1 jusqu'à J5**
- Indication : patients avec SpO2 < 94%, à la discrétion du clinicien

Azithromycine : 60% des patients du groupe HCQ

45.8% des patients traités dans les 24h et 85.9% dans les 48h après admission

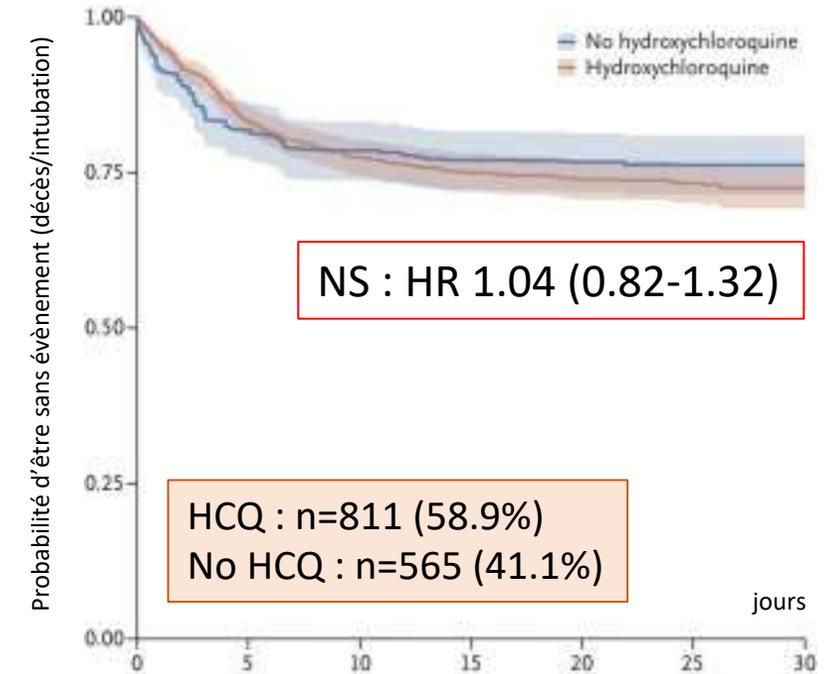
Scores de propension et analyse multivariée

CJP : 346 (25.1%) :

- 166 décès sans IOT
- 180 IOT (66 décès après IOT)
- Soit 232 décès au total

Suivi médian : 22.5 jours

Analysis	Intubation or Death
No. of events/no. of patients at risk (%)	
Hydroxychloroquine	262/811 (32.3)
No hydroxychloroquine	84/565 (14.9)
Crude analysis — hazard ratio (95% CI)	2.37 (1.84–3.02)
Multivariable analysis — hazard ratio (95% CI)*	1.00 (0.76–1.32)
Propensity-score analyses — hazard ratio (95% CI)	
With inverse probability weighting†	1.04 (0.82–1.32)
With matching‡	0.98 (0.73–1.31)
Adjusted for propensity score§	0.97 (0.74–1.28)



- Pas de différence de mortalité/intubation après différentes méthodes d'ajustement
- Score de propension pour homogénéiser les groupes et se rapprocher d'un RCT
- A noter un P/F plus bas avant ajustement dans le groupe HCQ
- 119 patients sont toujours hospitalisés (seul 24 d'entre eux n'ont pas été intubés)

CHAMP 7. REPRISE DE L'ACTIVITÉ CHIRURGICALE APRÈS DÉCONFINEMENT LIÉ À LA PANDÉMIE DE COVID-19

Quel calendrier et schéma de reprise?

Objectif: reprendre prioritairement et progressivement les activités qui s'avèrent décisives pour limiter la perte de chance des patients en attente de chirurgie carcinologique ou non carcinologique.

Chirurgie programmée non urgente à reprendre de façon progressive et étalée dans le temps

→ **entente public/privée:** attitude commune d'offre de soins adaptée

Critères de reprise:

- Réduction soutenue des nouveaux cas de COVID-19 dans la zone géographique pendant minimum 14 jours avant la reprise
- Autorisation ARS
- Capacités de traiter tous les patients
- Nombre approprié de lits de soins critiques/réanimation et conventionnels, d'équipements de protection individuelle (EPI), de respirateurs, médicaments, produits sanguins labiles et de personnels formés dans l'établissement.

Comment coordonner au sein de l'établissement?

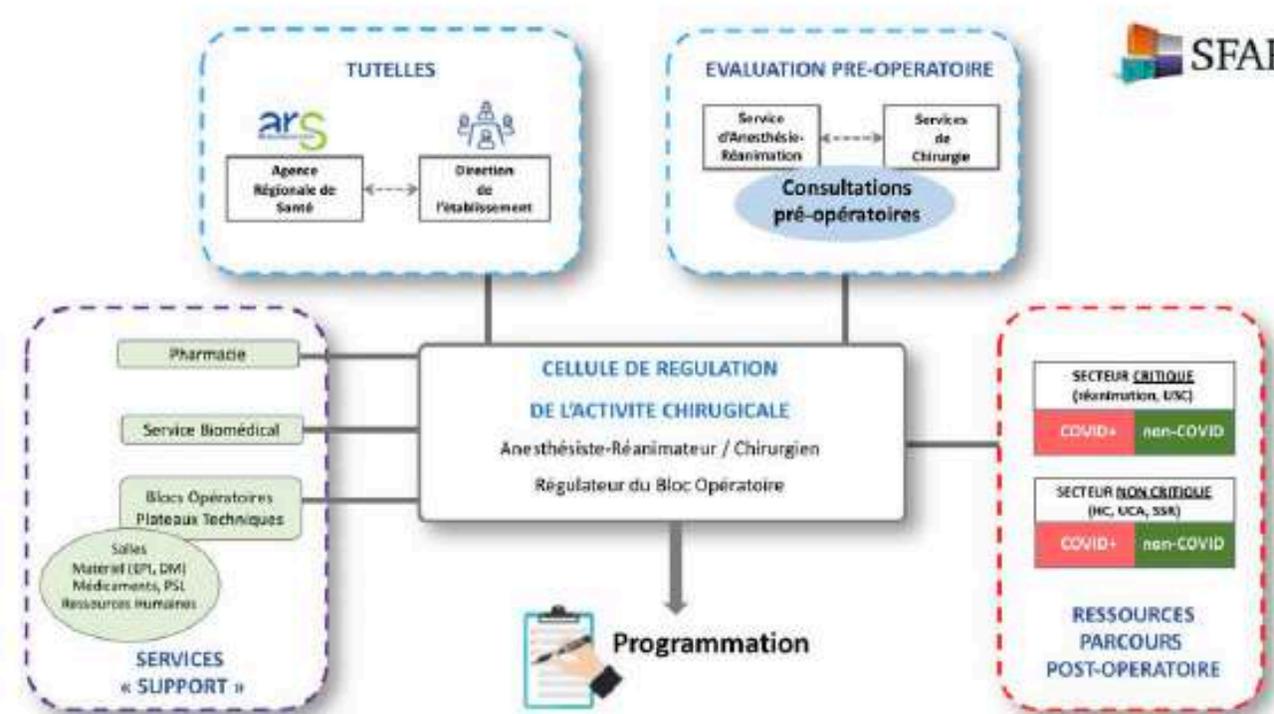
- Cellule de régulation multidisciplinaire hebdomadaire → établir de façon collégiale le programme opératoire de la semaine suivante selon priorisation des patients (diapo suivante)
- Composition: Responsables de la chirurgie/plateaux interventionnels, anesthésie-réanimation, soins infirmiers du bloc opératoire.
- Définir les critères de priorisation des patients par spécialités s'appuyant sur les recommandations des sociétés savantes et ARS
- Inventaire par spécialité des patients en attente ou reportés lors du confinement pour aider à la priorisation

Évaluation de la reprise de l'activité en fonction de l'actualisation des données?

- Réévaluer fréquemment les politiques et procédures en fonction des données disponibles.

CHAMP 7. REPRISE DE L'ACTIVITE CHIRURGICALE APRES DECONFINEMENT LIÉ À LA PANDÉMIE DE COVID-19

ANNEXE 12. Interactions de la cellule de régulation multidisciplinaire



Cellule de régulation, Réunion et aides à la décision

Composition	<ul style="list-style-type: none"> - 1 chirurgien - 1 MAR - 1 régulateur du bloc opératoire - Et/ou un régulateur de la planification chirurgicale - Et/ou coordinateur médical du bloc
Pré-requis avant réunion	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les capacités en lit d'aval (soins critiques et conventionnels) - Stocks EPI, médicaments, PSL, matériel nécessaire
Choix décisionnels dépendant de:	<ul style="list-style-type: none"> - Inventaire des patients annulés et reportés - Evaluation des priorités chirurgicales - Priorisation des spécialités (onco) - Définition des vacations opératoires - Type de stratégies de reprises (25-50-75%?)
Critères de priorisation	<ul style="list-style-type: none"> - Critères d'urgence ou de chirurgies non différables - Réévaluer le statut des patients (différable à non-différable) - Rechercher les FDR de susceptibilité accrue à l'infection à SARS-CoV-2 - Balance bénéfique risque entre expositions des patients immunodéprimés en post opératoire et le risque d'infection virale - Risque péri-opératoire des patients en phase d'incubation du virus

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