

Le Masque et la plume

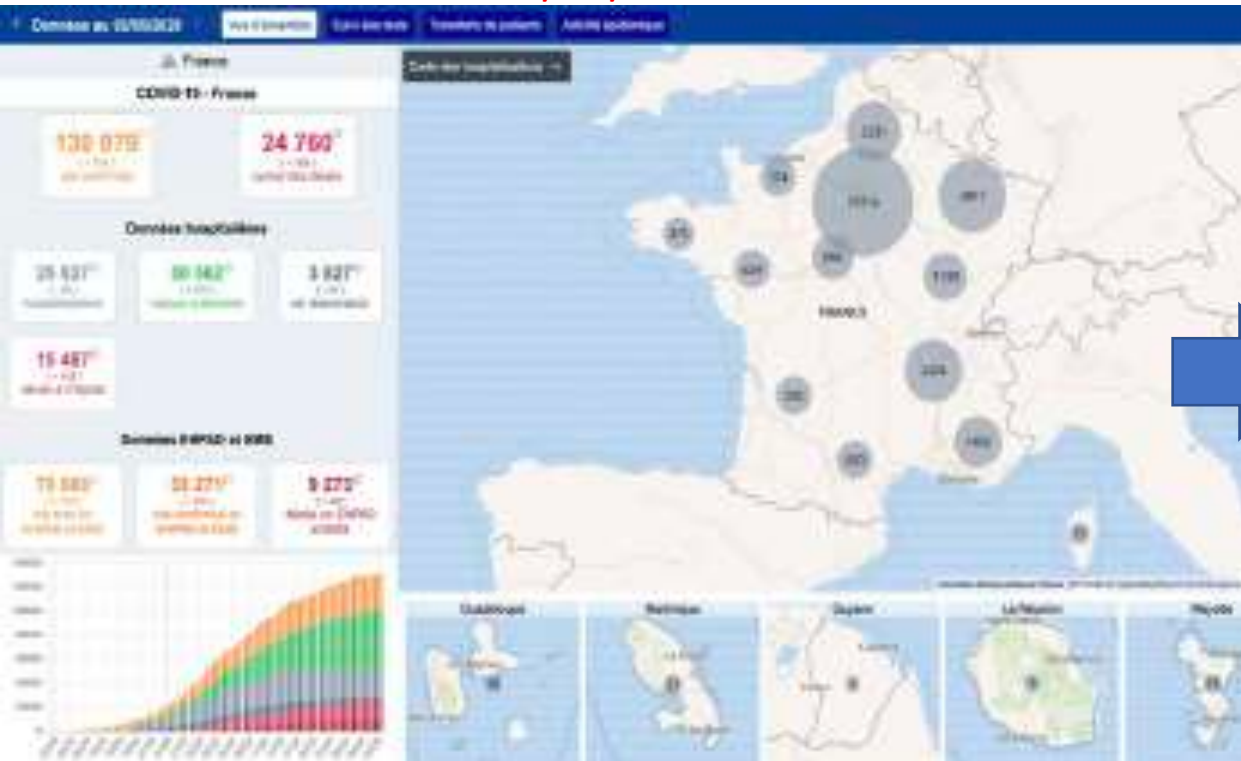
Le résumé de la semaine...



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

Point épidémiologique

02/05/2020



09/05/2020

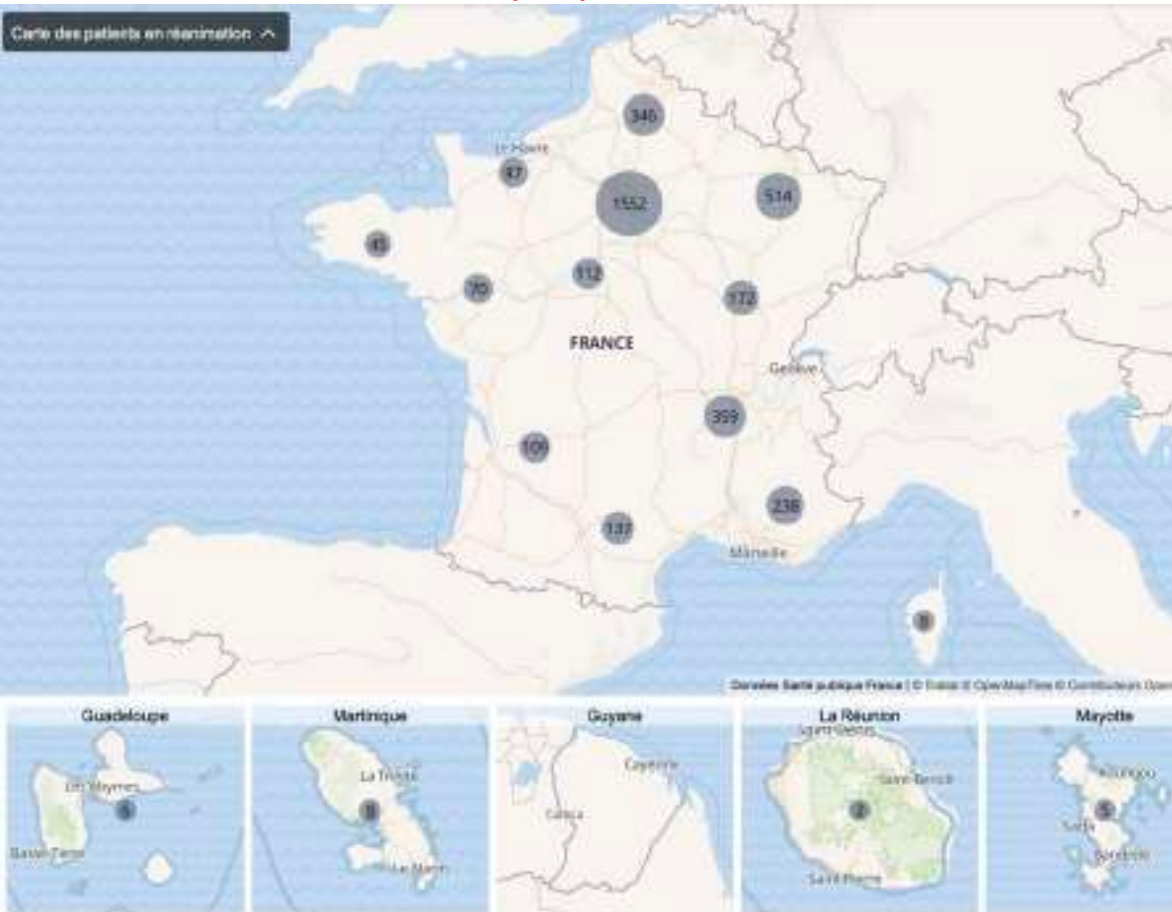


Moins d'hospitalisations 22614 vs 25827 (-3213)

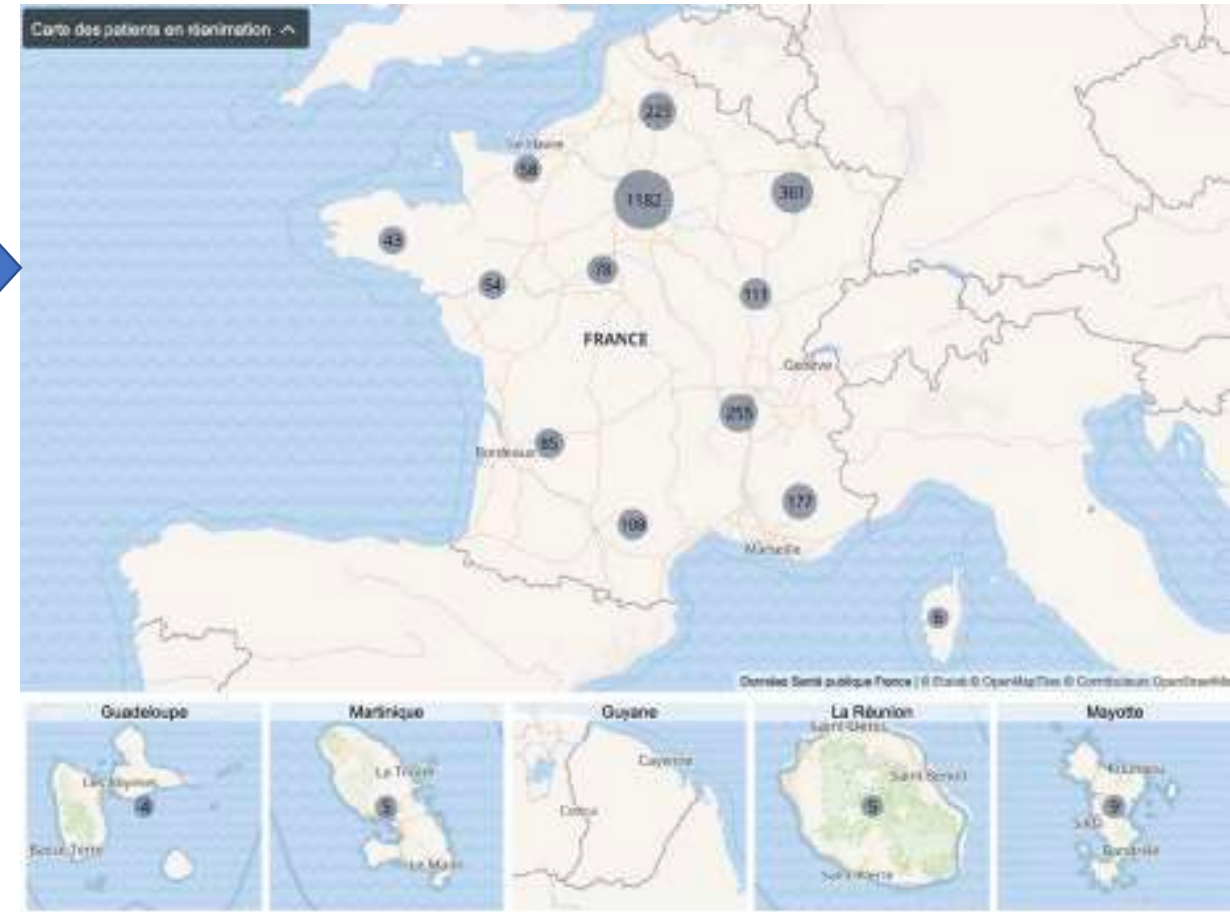


Les Réanimations

02/05/2020



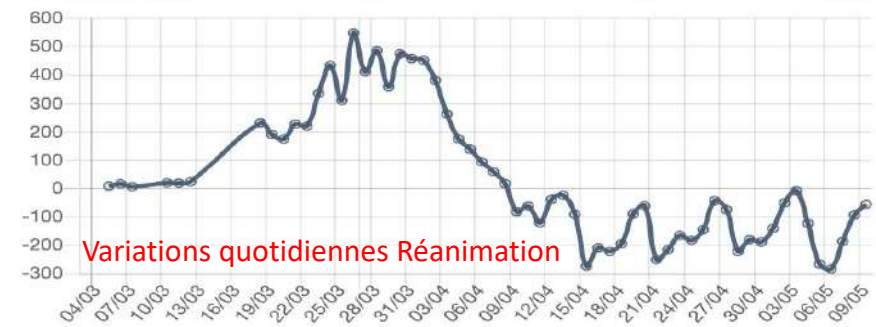
09/05/2020



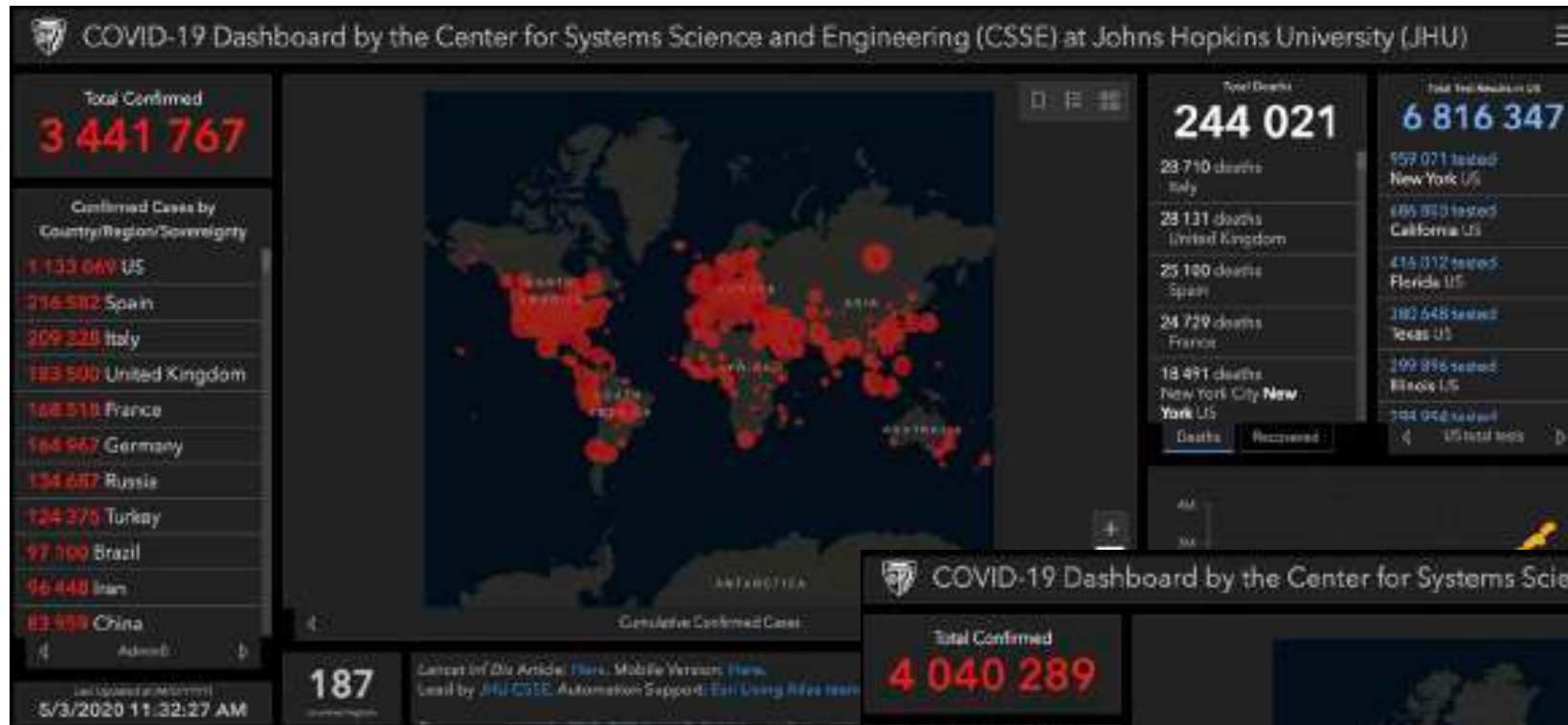
Moins de patients en réanimation 2812 vs 3827

- 1015 patients

Diminution dans toutes les régions métropolitaines

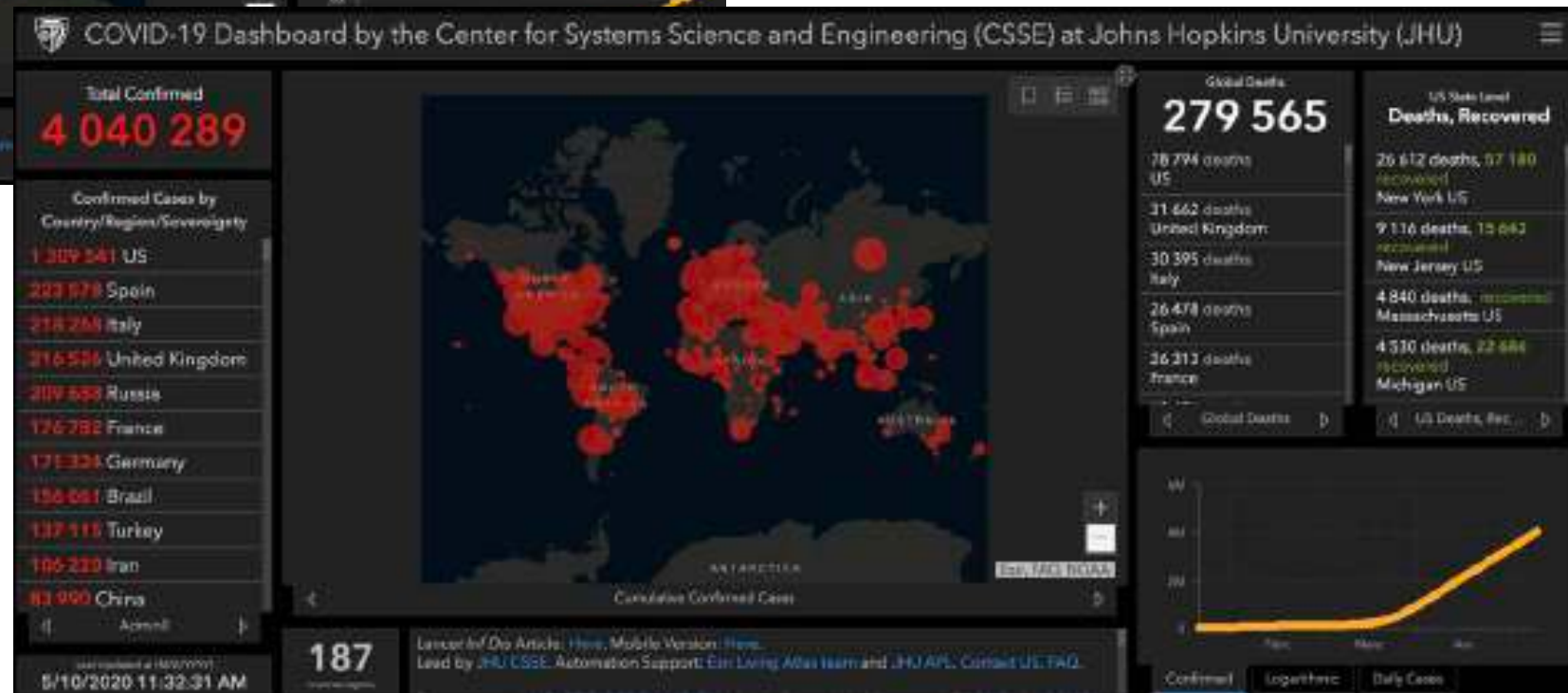


• LE MONDE le 03 Mai versus le 10 Mai



03/05/2020

10/05/2020



- 598 500 cas confirmés en plus.
- 35 500 décès en une semaine.
- France 26313 décès (+ 1584)

Le Masque et la plume



Les points clés de la Semaine

Cohorte multinationale de patients COVID-19

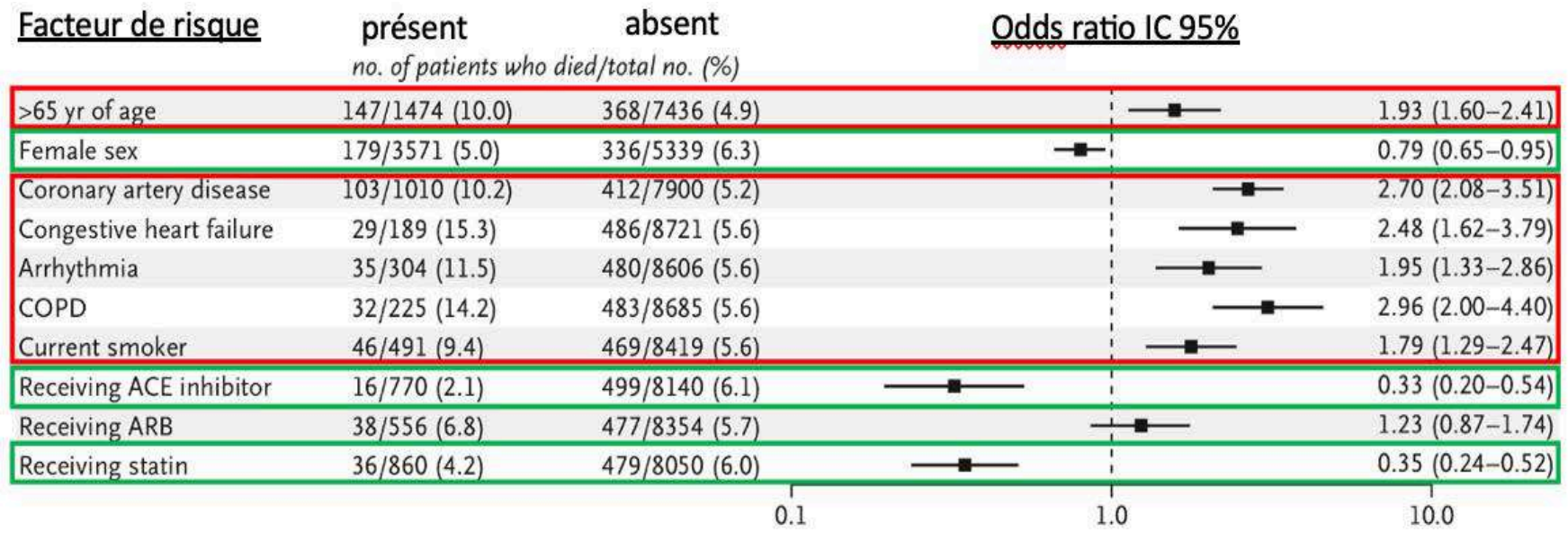
Mandeep R. Mehra et al, NEJM 2020, doi: 10.1056/NEJMoa2007621

Étude observationnelle rétrospective multinationale
 Ajustement sur : âge, ethnie, comorbidités, traitements cardiovasculaires

Outcomes : **8910 patients hospitalisés** pour COVID-19 :

- 515 **(5.8%)** décédés à l'hôpital
- Taux de mortalité:
 - 4% en secteur
 - 24.7% en réa
- 8395 **(92.2%)** sortis vivants

Facteurs prédictifs de mortalité hospitalière en analyse multivariée



Plus grande cohorte étudiée jusqu'à présent et multinationale

Tabagisme peu fréquent mais associé à la mortalité

Comorbidités cardiovasculaires indépendamment associées à la mortalité, pas de données sur l'obésité

IEC (mais pas ARA2) et statines associés à une mortalité plus basse

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,.

Problématiques: 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 casaques non recommandés**

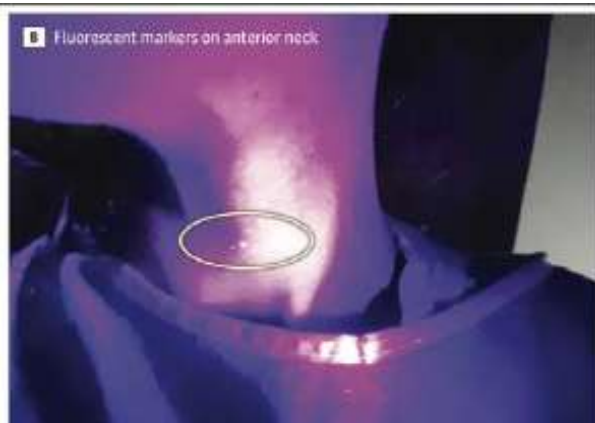
→ **But du travail: évaluer la protection cutanée du personnel équipé selon les recommandations en utilisant la simulation**

Méthode: Simulation sur mannequin avec 2 scenari de détresse respiratoire et prise en charge en urgence avec VVP et IOT.

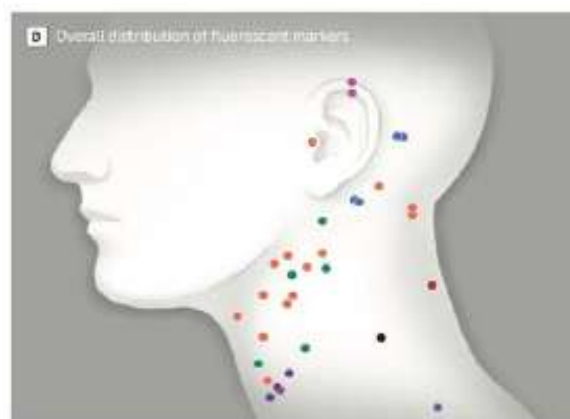
Sécrétions du mannequin avec marqueurs fluorescents -> visualisation en fin de simulation de la fluorescence sur le personnel exposé.

Résultats: Gouttelettes Fluo sur les participants

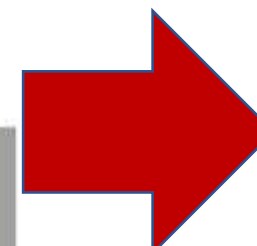
- peau: 7/8 participants (cou=6, oreille=1)
- cheveux: 8/8
- Chaussures: 4/8



Gouttelettes visualisées par UV dans le cou



Distribution globale des gouttelettes fluo (1 couleur/participant)



**La protection des soignants
semble non totale malgré EPI**

**Limites: Simulation versus vie
réelle?**

COVID-19 et Kawasaki

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

Cohorte londonienne rétrospective de 8 enfants

Constat: Augmentation de l'incidence de maladie type Kawasaki

Aucune comorbidité initiale, tous de poids >75^{ème} percentile

Aucun prélèvement positif à SARS-CoV-2 à la prise en charge, contagé chez 4 enfants, 2 positifs à la sortie. Sérologies non disponibles.

7/8 sortie de réanimation, durée de séjour 3-4j. 1 décès d'AVC ischémique

➔ **Autres cohortes en cours d'analyse**

➔ **Imputabilité non établie**, incidence faible rapportée au nombre de cas Covid

➔ Vigilance et rapports de cas nécessaires

SARS-CoV-2 et sérologie

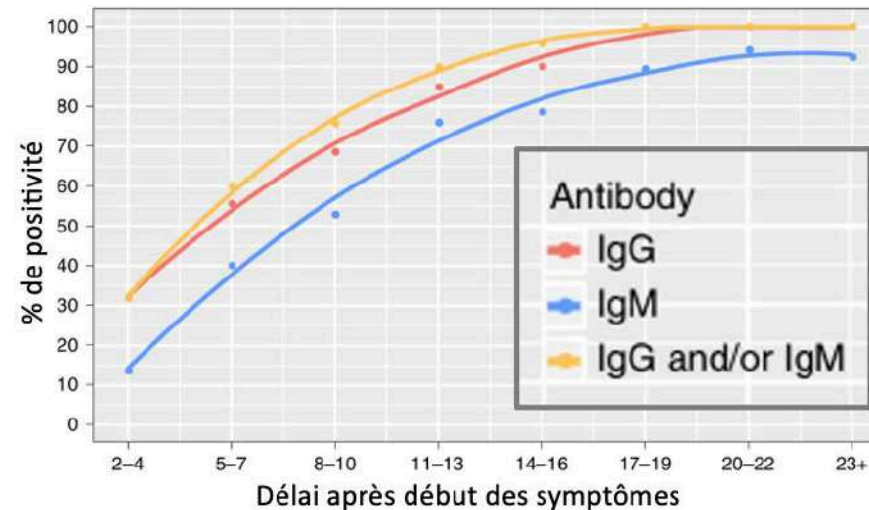
Quan-Xin Long et al, Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients with COVID-19 ; <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0897-1>

- 285 patients avec RT-PCR + dont 39 formes graves ou critiques
- Suivi sérologique de 63 patients après leur sortie (dont 26 avec une sérologie négative initialement)
- 52 cas suspects cliniques et/ou scannographiques avec 2 RT-PCR négatives
- Surveillance par RT-PCR et sérologie de 164 cas contact (échantillon collecté environ 30 jours après contact)

Ig G positives chez 100% des patients à J17-19

Ig M positives chez 94% des patients à J20-22

Petite décroissance des IgM après 3 semaines



Tests sérologiques pour le SARS-CoV-2 complémentaires de la PCR :

- Diagnostic précoce et rapide mais prélèvements à renouveler (certaines séroconversions plus tardives)
- Suivi des sujets contacts notamment les asymptomatiques

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

Caractéristiques	HCQ (58.9% n=811)	Non HCQ (41.1% n=565)
< 40 ans	80 (9.9)	105 (18.6)
40-59 ans	217 (26.8)	142 (25.1)
60-79 ans	367 (45.3)	220 (38.9)
> 80 ans	147 (18.1)	98 (17.3)
Sexe féminin	337 (41.6)	258 (45.7)
BMI 25-29.9	224 (27.6)	157 (27.8)
BMI 30-39.9	218 (26.9)	133 (23.5)
BMI > 40	52 (6.4)	20 (3.5)
Tabagisme actif	89 (11.0)	68 (12.0)
Diabète	301 (37.1)	190 (33.6)
HTA	398 (49.1)	38 (6.7)
PaO ₂ /FiO ₂	223 (160–303)	360 (248–431)

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)

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

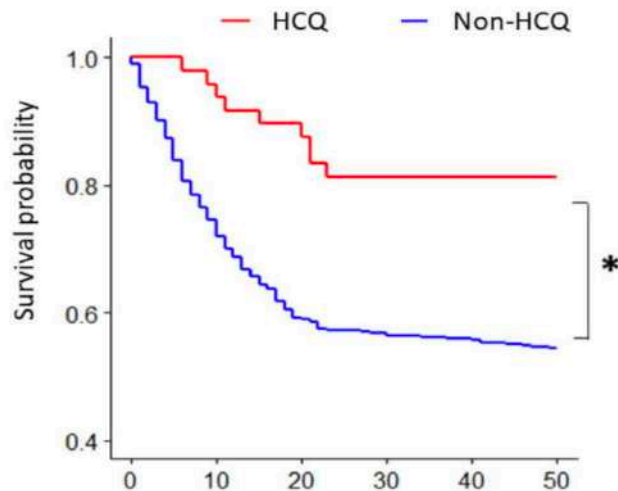
Hydroxychloroquine application is associated with a decreased mortality in critically ill patients with COVID-19. Yu et al, MedRxiv, May 2020, doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.27.20073379>

Population:

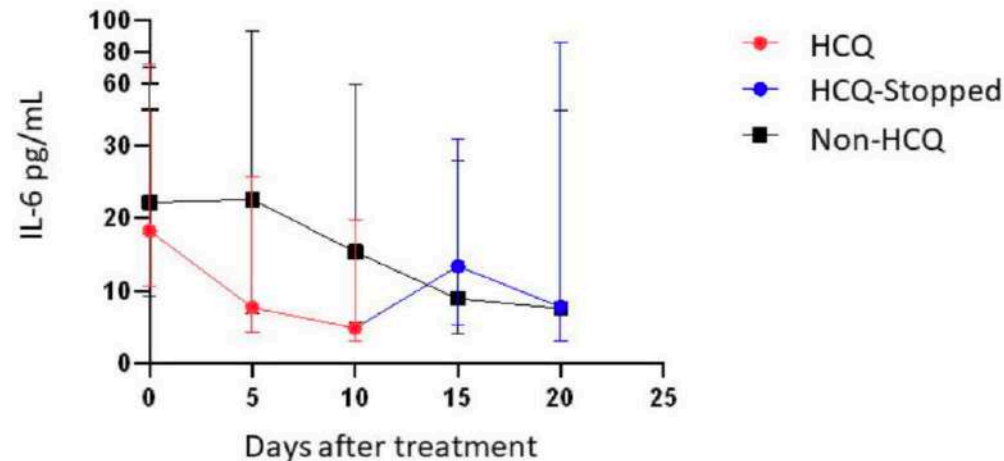
- Formes graves de COVID-19 avec au moins 1 critère parmi: Ventilation mécanique, Choc septique, Défaillance d'organes nécessitant une admission en réanimation

Résultats:

- 568 patients / 48 Hydroxychloroquine (200mg X 2/j 7-10j) vs 520 sans HCQ
- Comparabilité des autres traitements (antiviraux, Ig IV)
- **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 ré-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?

Le Masque et la plume



Tous les points recos concernant:

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



Version MAI 2020

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

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.

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)

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

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 2. BÉNÉFICE/RISQUE DE L'INDICATION OPÉRATOIRE

Chez les patients asymptomatiques, évaluation selon 3 types de critères :

- Liés au patients
- Liés à la pathologie
- Liés à la procédure

Critères

Critères	
Liés au patient	Score ASA Obésité (IMC supérieur à 35 kg/m ²) Age (<1 an et >65 ans) Présence d'une pathologie pulmonaire ou cardio-vasculaire sous-jacente Apnée du sommeil Diabète Immunodépression
Liés à la pathologie	Alternatives thérapeutiques possibles Perte de chance en l'absence d'intervention
Liés à la procédure	Durée opératoire Durée de séjour Nécessité de soins critiques +/- ventilation mécanique postopératoire Besoins transfusionnels Nombre de personnel nécessaire au bloc opératoire Modalité d'anesthésie (gestion des VAS) Site de chirurgie (voies aérodigestives supérieures et thorax)

CHAMP 2. INFORMATION AU PATIENT

- Information orale et écrite du patient et/ou ses représentants légaux des conditions particulières liées à la pandémie et de l'évaluation du rapport bénéfice/risque
- Traçabilité dans le dossier indispensable
- Liens des lettres d'informations (patient, parents, enfant) : <https://sfar.org/download/lettres-dinformations/>

Potentiellement associés à une majoration des complications postopératoires

Potentiel effet délétère de l'annulation ou du report

- 2 facteurs de risque à prendre en compte :
- Utilisation des ressources
 - Risque de transmission à l'équipe soignante

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

Version MAI 2020



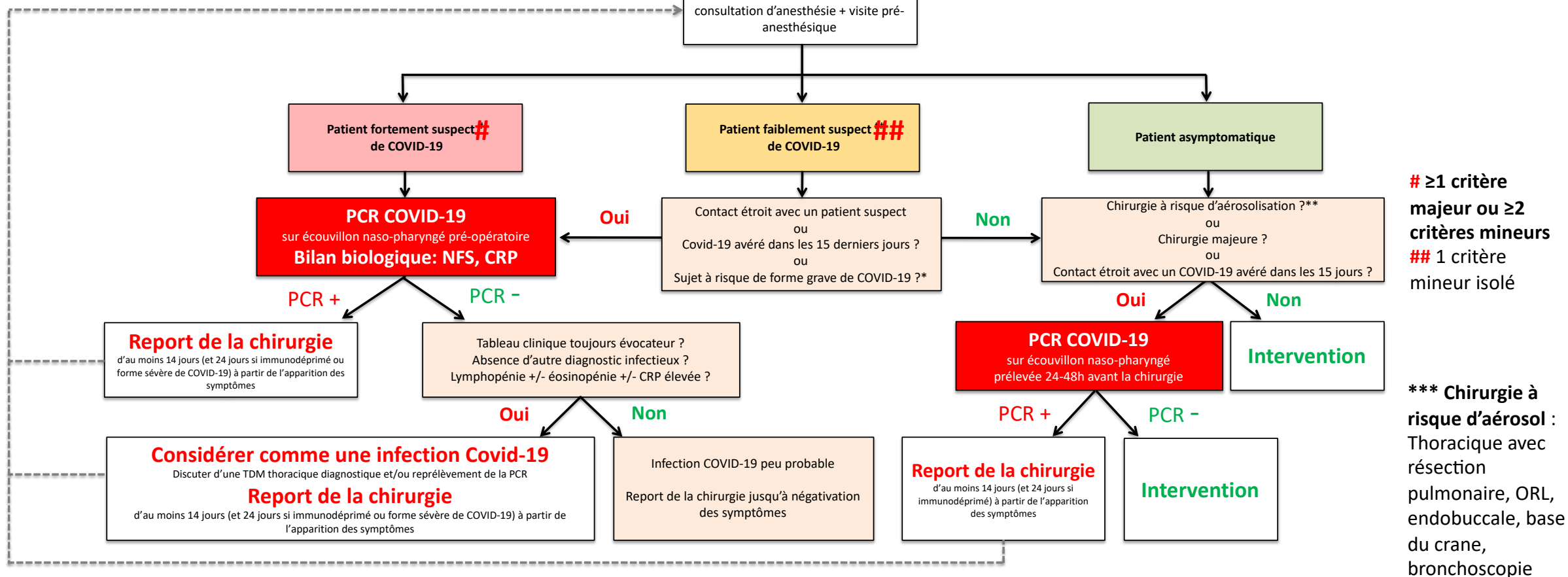
en association avec les sociétés : ADARPEF, CARO et SFR

CHAMP 3. BILAN PRE OPERATOIRE ET DECISION VAV DE LA CHIRURGIE

Questionnaire : <https://sfar.org/download/fiches-pratiques-covid-mai-2020/>

CHIRURGIE PROGRAMMEE

Critère majeur	Critère mineur
Fièvre >38°C Toux sèche Dyspnée, FR>22/min Anosmie Ageusie	Maux de gorge, rhinorrhée Douleur thoracique Myalgies AEG Confusion, céphalées Diarrhées, nausées / vomissements Éruptions cutanées / crevasses des doigts/main



≥1 critère majeur ou ≥2 critères mineurs
1 critère mineur isolé

*** Chirurgie à risque d'aérosol : Thoracique avec résection pulmonaire, ORL, endobuccale, base du crâne, bronchoscopie

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

Version MAI 2020

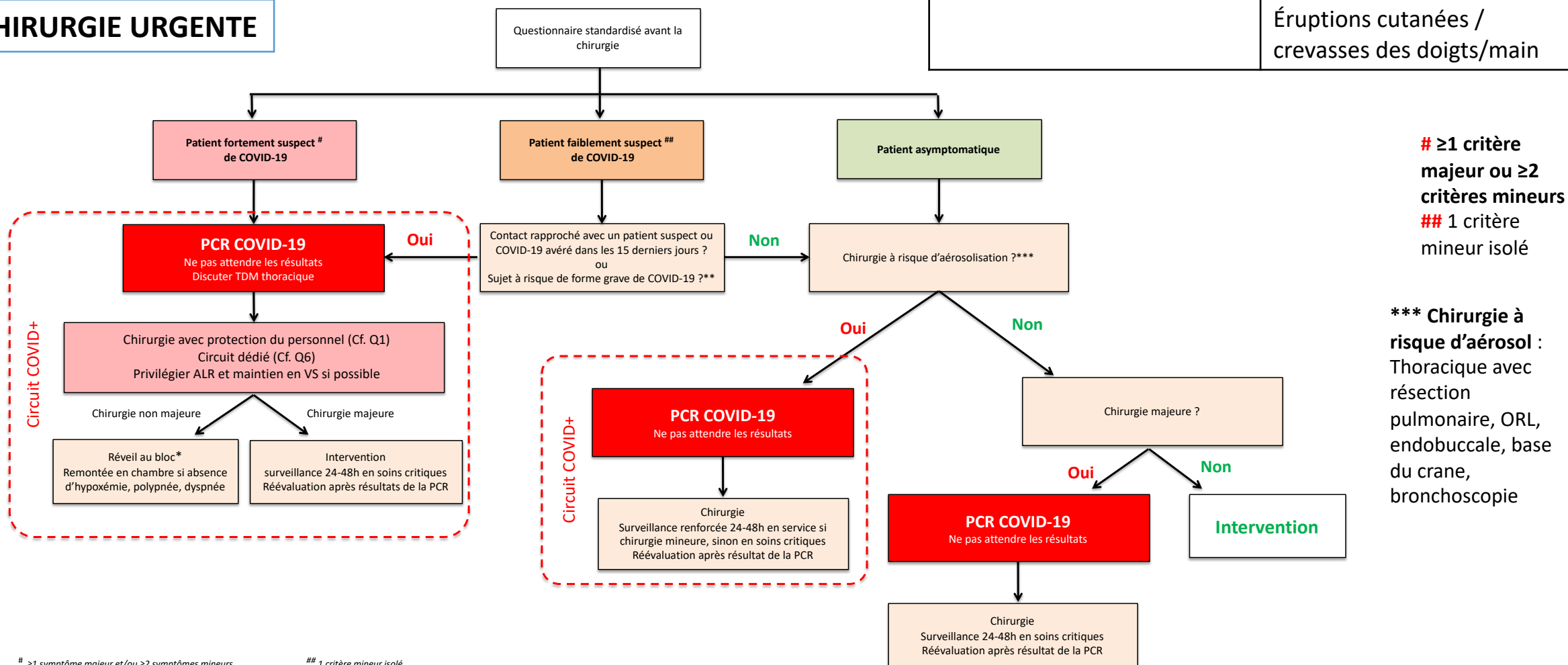


en association avec les sociétés : ADARPEF, CARO et SFR

CHAMP 3. BILAN PRE OPERATOIRE ET DECISION VAV DE LA CHIRURGIE

CHIRURGIE URGENTE

Critère majeur	Critère mineur
Fièvre >38°C Toux sèche Dyspnée, FR>22/min Anosmie Ageusie	Maux de gorge, rhinorrhée Douleur thoracique Myalgies AEG Confusion, céphalées Diarrhées, nausées / vomissements Éruptions cutanées / crevasses des doigts/main



≥1 symptôme majeur et/ou ≥2 symptômes mineurs

1 critère mineur isolé

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

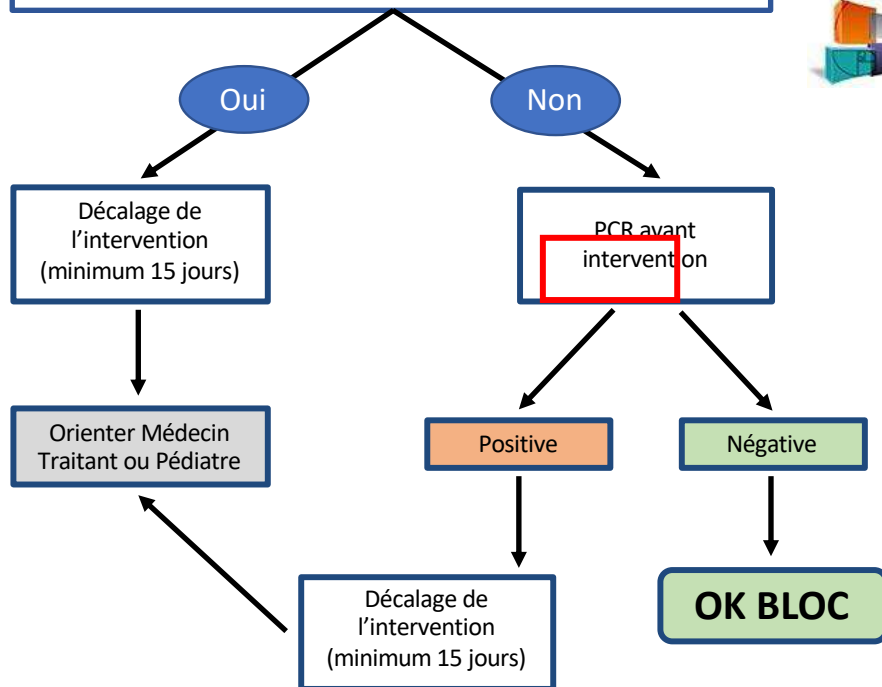
CHAMP 3. BILAN PRE OPERATOIRE ET DECISION VAV DE LA CHIRURGIE

PEDIATRIE

HOSPITALISATION

Consultation ou téléconsultation d'Anesthésie et visite préopératoire

- Contact proche suspect (COVID+ ou toux et fièvre)
- Rhinite + Fièvre
- Diarrhée vomissements
- Auscultation pulmonaire anormale
- Toux
- Fièvre isolée
- Anosmie (perte de l'odorat) et/ou agueusie (perte du goût)
- Signes cutanés récents (urticaire, rash, engelure)



Nombreuses formes asymptomatiques →
PCR systématique si hospitalisation

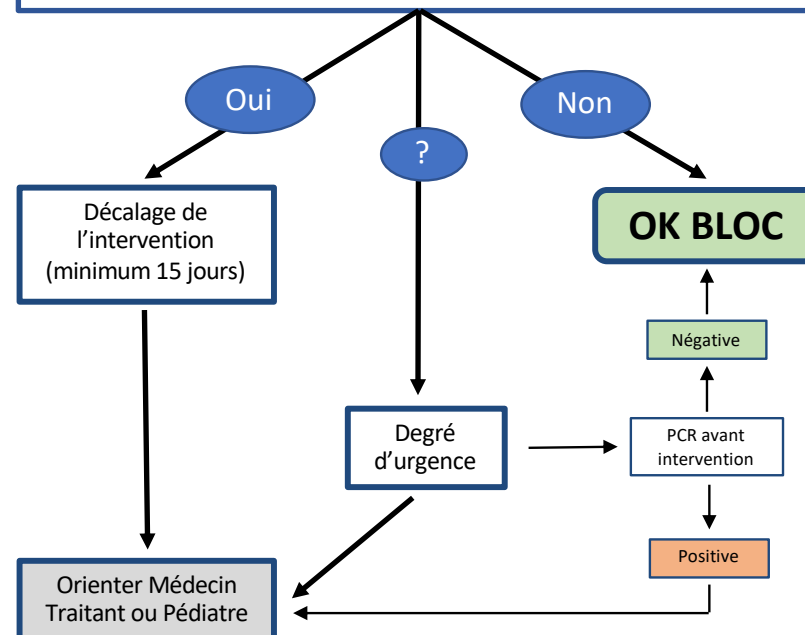
Questionnaire

[:https://sfar.org/download/fiches-pratiques-covid-mai-2020/](https://sfar.org/download/fiches-pratiques-covid-mai-2020/)

AMBULATOIRE

Appel à J-1

- Contact proche suspect (COVID+ ou toux et fièvre)
- Rhinite + Fièvre
- Diarrhée vomissements
- Auscultation pulmonaire anormale
- Toux
- Fièvre isolée
- Anosmie (perte de l'odorat) et/ou agueusie (perte du goût)
- Signes cutanés récents (urticaire, rash, engelure)



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

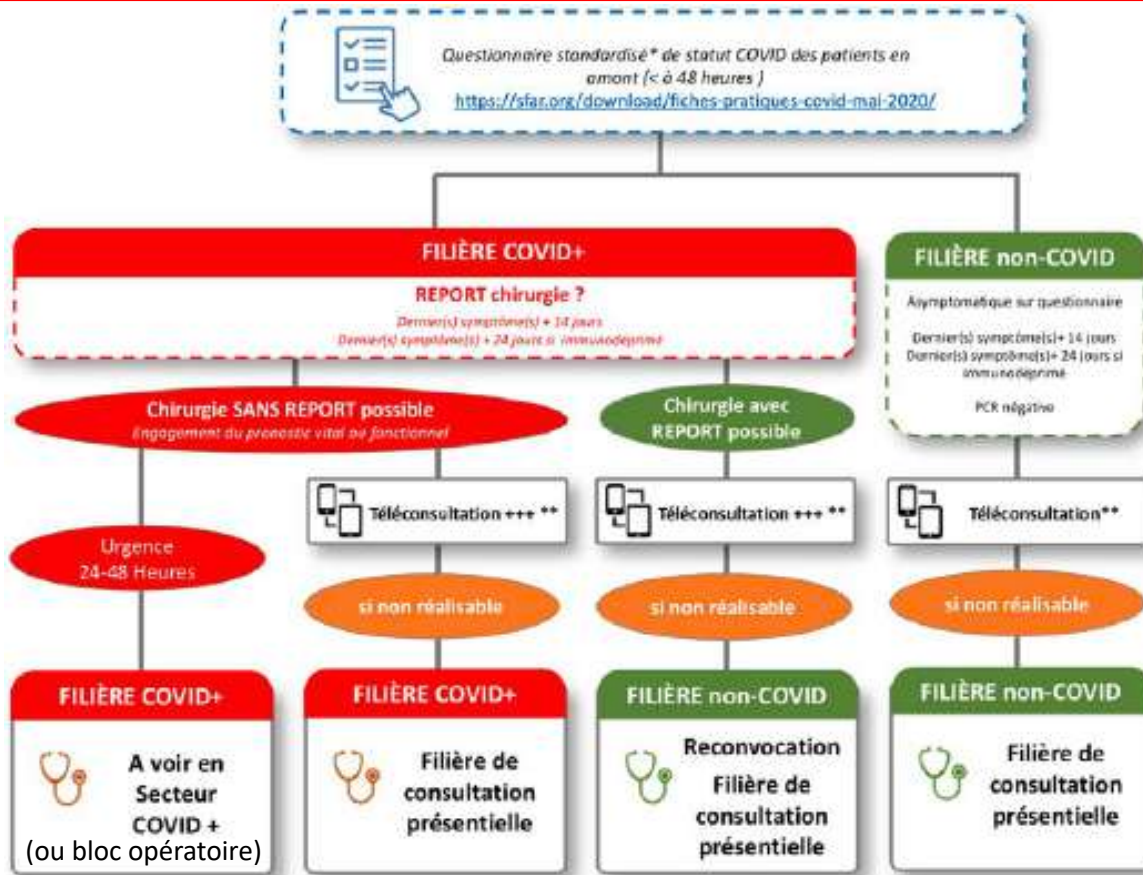
Version MAI 2020

en association avec les sociétés : ADARPEF, CARO et SFR



CHAMP 4. CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE - TELECONSULTATION

A tout moment, patient/médecin peuvent décider d'interrompre la téléconsultation et organiser une CPA présentielle



En contexte de pandémie :

- **La CPA reste une obligation**
- **La CPA ne se substitue pas à la VPA** qui doit être d'autant + attentive et séniorisée en pédiatrie
- Importance de l'information, le consentement, la traçabilité, le secret médical

Recueil minimum en téléconsultation :

- Identification patient et MAR
- Traitement habituel
- Évaluation et technique de contrôle des VAS
- Évaluation risque dentaire
- Évaluation risque anesthésique (ASA)
- Technique anesthésique

Evaluation des VAS :

- Adaptée à l'outil : photos, source lumineuse, mesures effectuées par le patient
- **Réévaluation systématique en VPA**

Examens complémentaires :

- Information patient de l'éventuel report en fonction
- Organisation adaptée afin de ne pas retentir sur l'organisation du bloc opératoire

** La visio est à privilégier ; l'appel téléphonique correspond à une situation dégradée et doit être justifiée dans le dossier du patient
Un guide de préparation est à envoyer au préalable au patient pour faciliter la téléconsultation

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

CHAMP 6. CIRCUITS DEDIES PATIENTS COVID-19

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

- Exposition des patients non-COVID 19 à la contamination
- Exposition du personnel soignant

Quel circuit dédié?

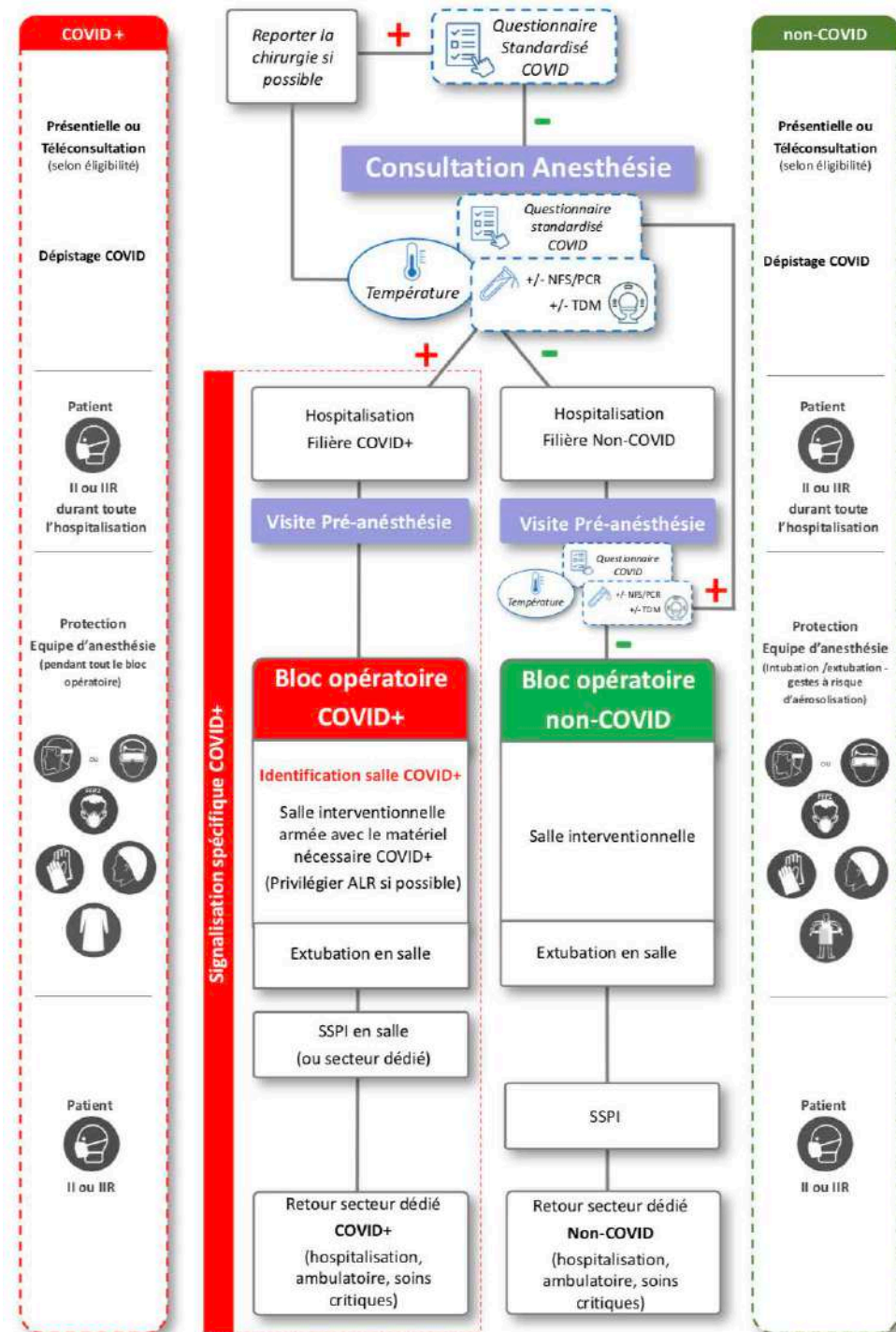
- Circuit sécurisé : Protections adéquates
- Identifié : Signalétique visible
- Dimensionné
- Une salle de bloc opératoire identifiée au minimum
- Filière spécifique pour le post-opératoire

Lieu idéal de la surveillance post-interventionnelle?

- Extubation en salle d'intervention
- Lieu idéal de surveillance post opératoire = salle d'intervention
- Par défaut secteur protégé COVID +

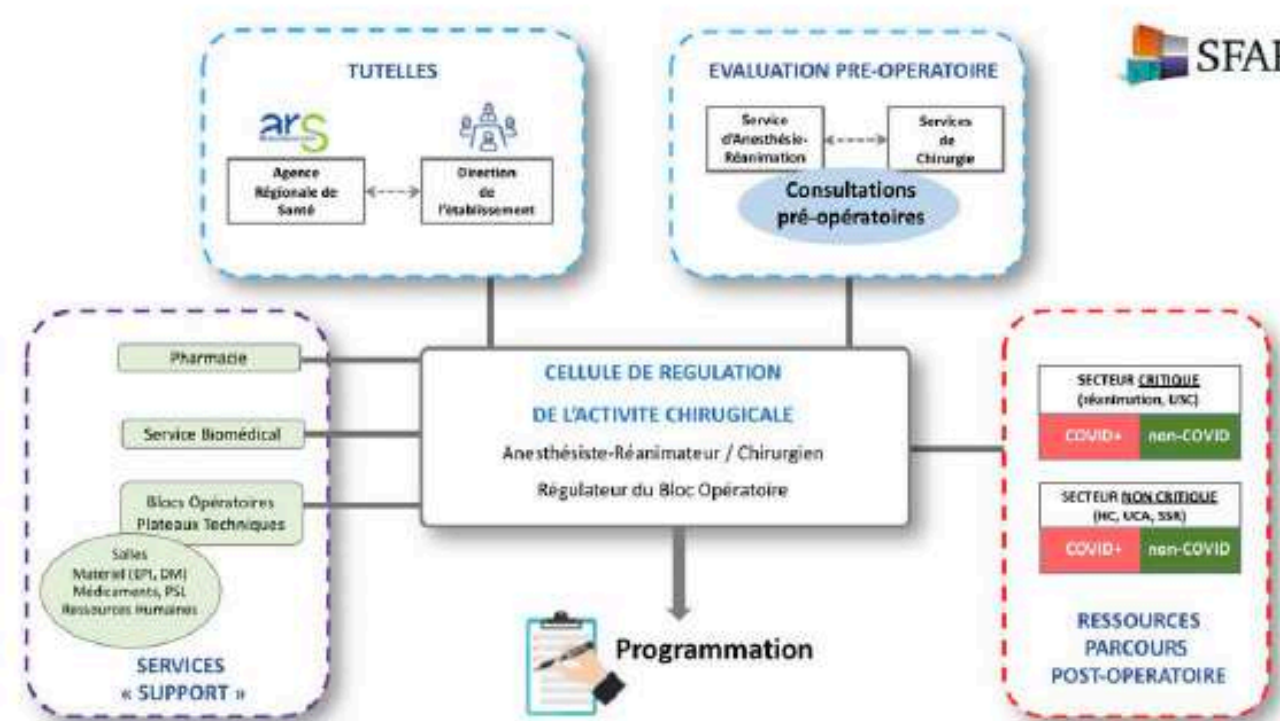
Prise en charge des patients non COVID?

- Circuit isolé du circuit COVID +
- Respect de toutes les mesures précédemment citées
- Privilégier la filière ambulatoire et la réhabilitation améliorée après chirurgie



CHAMP 7. REPRISE DE L'ACTIVITE CHIRURGICALE APRES DECONFINEMENT LIÉ À LA PANDEMIE 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 AR - 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 si il a pu changer de différable à non-différable - Rechercher les FDR de susceptibilité accrue à l'infection à SARS-Co—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