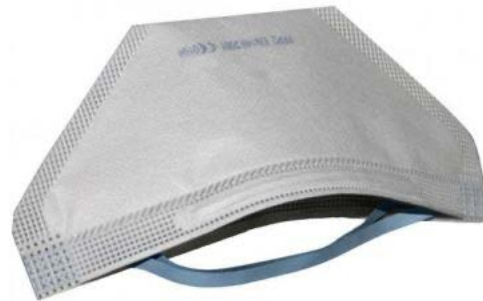


Le Masque et la plume

Petite revue de presse quotidienne...



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

Point épidémiologique

Données au 21/04/2020

COVID-19 - France

117 324
(+ 2 667)
cas confirmés

20 796
(+ 531)
cumul des décès

Données hospitalières

30 106
(- 478)
hospitalisations

39 181
(+ 1 772)
retours à domicile

5 433
(- 250)
en réanimation

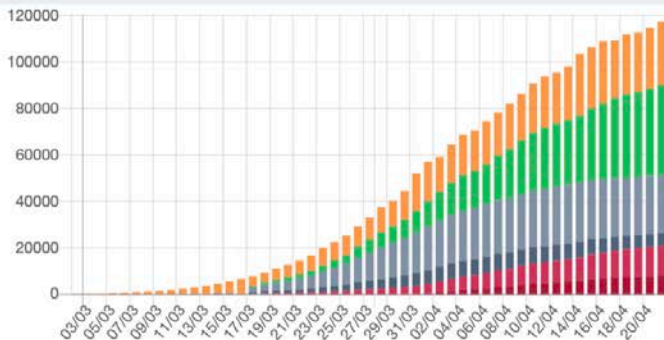
12 900
(+ 387)
décès à l'hôpital

Données EHPAD et EMS

0
cas confirmés en
EHPAD et EMS

0
cas probables en
EHPAD et EMS

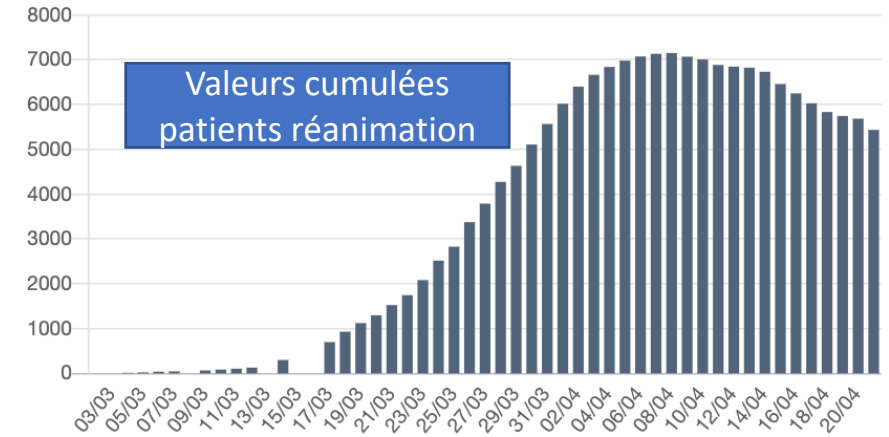
7 896
(+ 144)
décès en EHPAD
et EMS



Hospitalisation



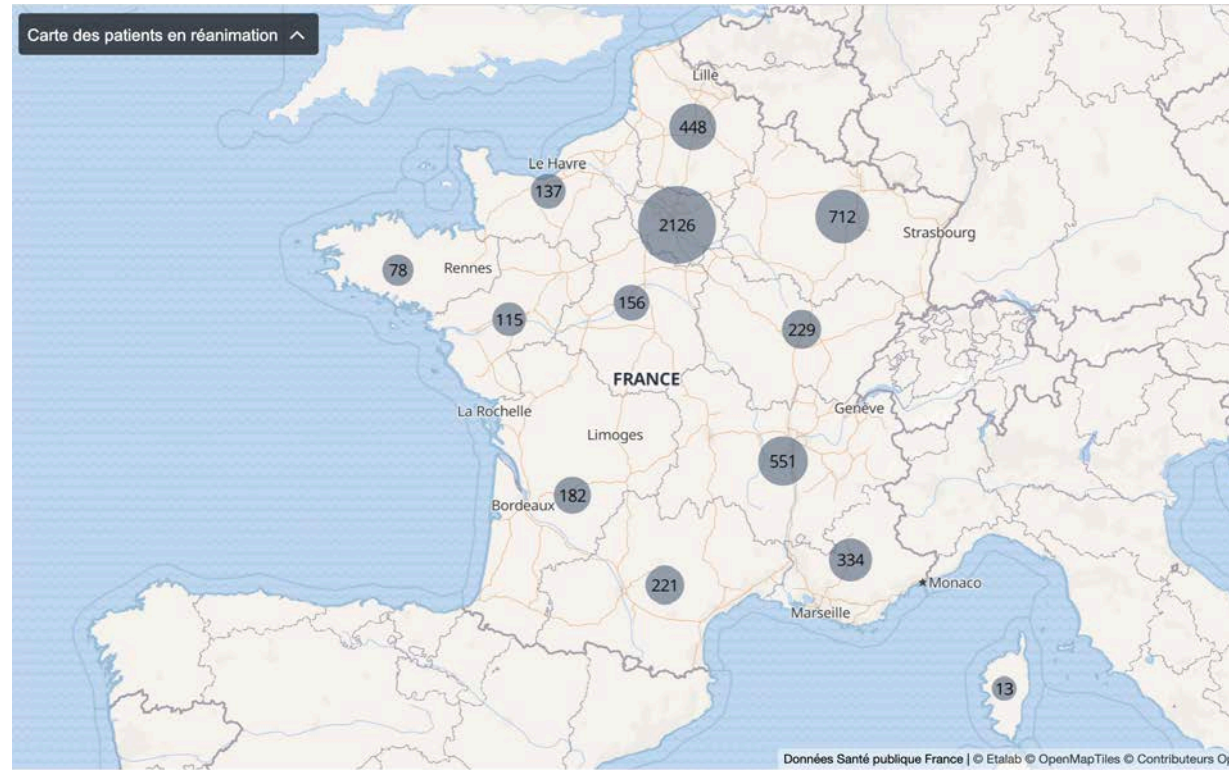
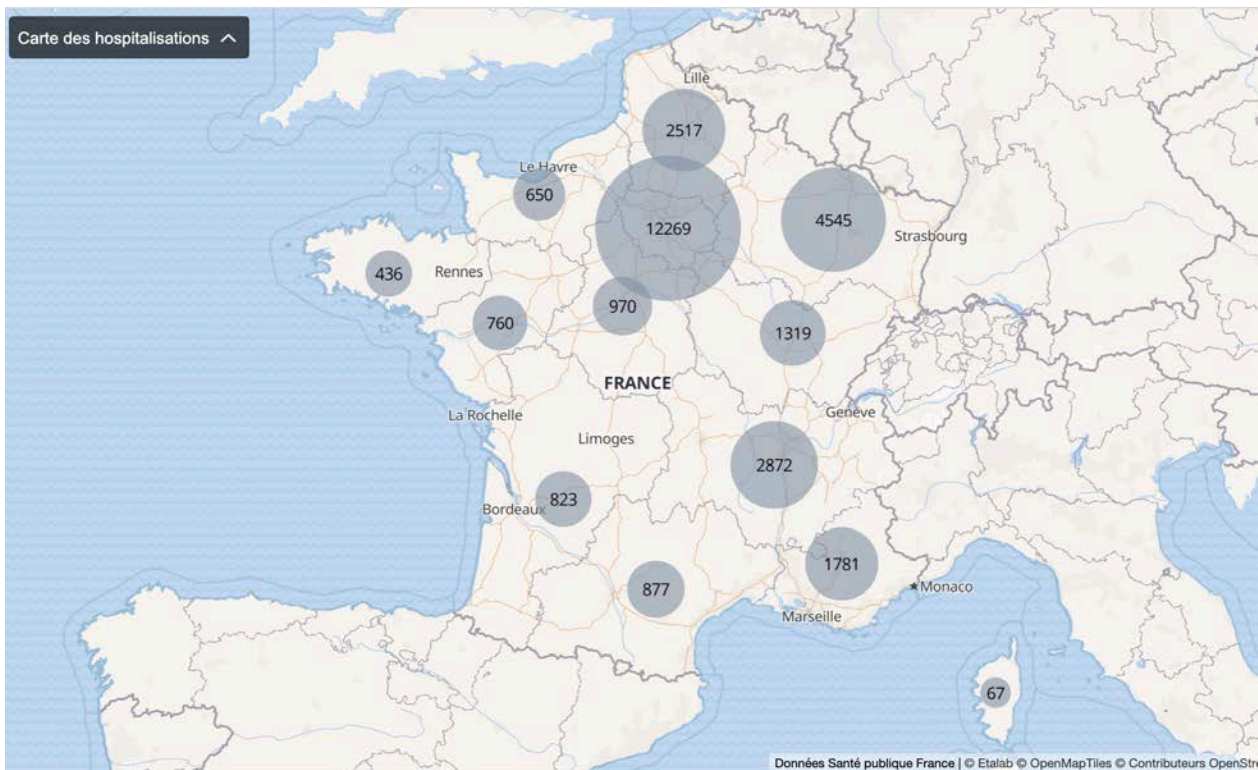
Réanimation



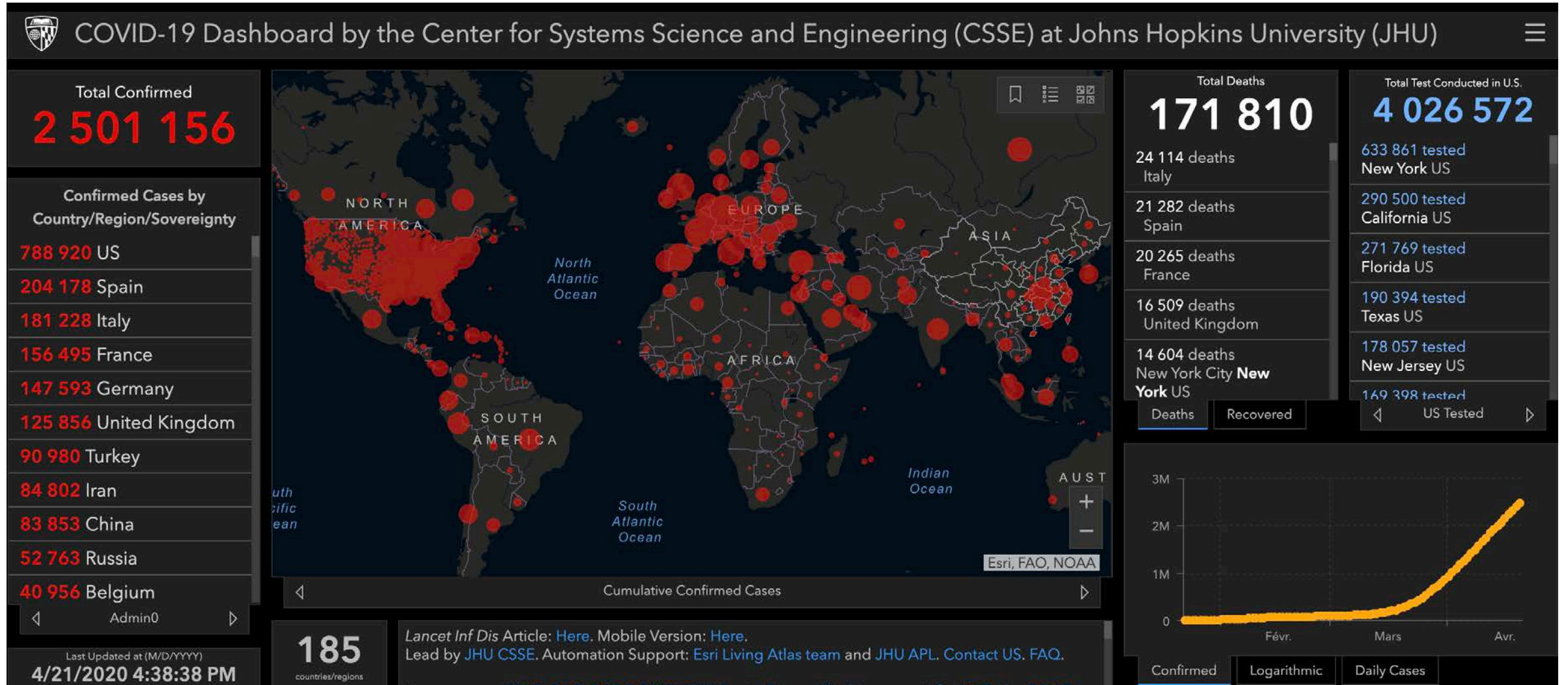
Point épidémiologique

Carte des hospitalisations

Carte des réanimations



• LE MONDE le 21/04/2020 à 16h38



COVID et Anesthésie

Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection, Lei et al., E Clinical Medecine, April 2020

Objectifs:

Analyser le devenir des patients ayant bénéficié d'une anesthésie générale dans le cadre d'une chirurgie électorale et étant COVID-19 +

Matériel et méthodes:

Analyse rétrospective, 34 patients

Monocentrique, Chinois

Chirurgie pendant la durée d'incubation du COVID-19 (début des symptômes après la chirurgie) C

Chirurgies diverses: Digestive (carcino), gynéco (tumeur), neurochirurgie (clippage anévrysme), orthopédie (canal cervical, PTH), thoracique (lobectomie)..

Résultats:

- Age médian 55 ans (IQR 43-63) / 21 à 84 ans
- **15 patients (44.1%) ont nécessité de la Réanimation**
- Malades plus âgés avec plus de comorbidités (HTA, atteinte cardiovasculaire) en réa
- Plus de réanimation si chirurgie lourde (classée niveau 3) et si durée longue de chirurgie (médiane 200min patients ICU vs 70 min non ICU)
- **7 patients décédés (20.5%)** tous de défaillance respiratoire +/- cardiaque (à priori pas de complications chirurgicales)

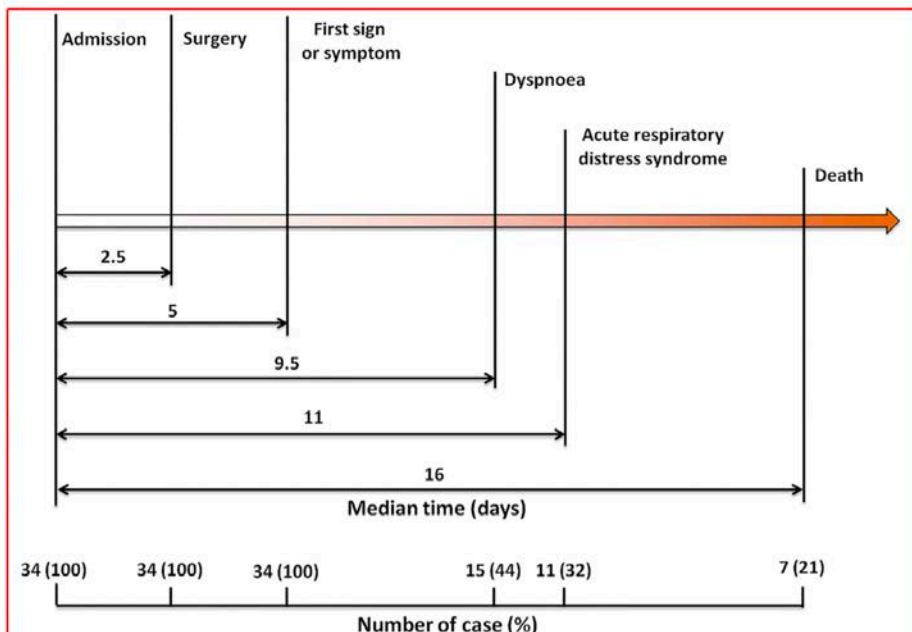


Figure 1 Frise évolution temporelle des patients (n(%))

Messages clés:

- Conclusions impossibles
- Analyse rétrospective de données
- Incidences de décès en réanimation chirurgicale (8% hors contexte COVID dans la réanimation des auteurs) et de passages en réanimation (26% de passages en réanimation chez les patients COVID hospitalisés) supérieures aux chiffres habituels mais aucune idée du dénominateur réel (nombre de patients COVID asymptomatiques opérés?)
- Mini-série nécessitant de plus amples données sur COVID et anesthésie

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

COVID-19 et Atteintes neurologiques

Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection, NEJM, Helms April 2020

- Étude observationnelle française dans 2 réanimations strasbourgeoises
- Caractéristiques neurologiques de 58 patients en SDRA admis consécutivement (6 exclus car toujours curarisés ou décédés)
- PCR nasale + pour tous les patients
- IRM chez 13 patients, EEG chez 8 patients, PL chez 7 patients

Caractéristiques des patients :

- Âge médian : 63 ans
- IGS2 médian : 52 (37-65)
- ATCD neurologiques : 7 patients (AIT, épilepsie, troubles cognitifs légers)

Résultats EEG : tracés aspécifiques

- 49 patients sur 58 soit 84% avaient une symptomatologie neurologique:
Fréquences de l'agitation, l'encéphalopathie et la confusion dans les formes respiratoires sévères de COVID-19

- Troubles de la perfusion chez tous les patients ayant eu une IRM
- 3 AVC

Cause inconnue à ce jour : atteinte spécifique du virus ? sévérité de la maladie ? sédatifs ?

Variable	All Patients (N=58)
Sedation for ARDS	
Midazolam	
No. of patients (%)	50 (86)
Days of treatment	
Median	4
Interquartile range	4–7
Propofol	
No. of patients (%)	27 (47)
Days of treatment	
Median	0†
Interquartile range	1–6
Sufentanil	
No. of patients (%)	58 (100)
Days of treatment	
Median	8
Interquartile range	4–12
Neurologic signs — no./total no. (%)	
Temperature >38.5°C at time of clinical examination	8/49 (16)
Positive findings on CAM-ICU‡	26/40 (65)
Agitation	40/58 (69)
Corticospinal tract signs	39/58 (67)
Dysexecutive syndrome	14/39 (36)
Brain MRI — no./total no. (%)	
Leptomeningeal enhancement	8/13 (62)
Perfusion abnormalities	
Cerebral ischemic stroke	3/13 (23)§
CSF analysis — no./total no. (%)¶	
Oligoclonal bands with the same pattern in serum	2/7 (29)
Elevated CSF IgG and CSF protein levels	1/7 (14)
Low albumin level	4/7 (57)
Negative RT-PCR for SARS-CoV-2 in CSF	
	7/7 (100)

COVID-19 et Guillain-Barré

Guillain-Barré Syndrome Associated with SARS-CoV-2, Toscano, NEJM April 2020

- 5 cas de Guillain-Barré chez des patients Covid-19 dans 3 hôpitaux italiens (28/02 au 21/03)
- Sur 1000-1200 cas confirmés admis sur la période
- 1 mois de suivi

Symptômes neurologiques initiaux (J5-J10) :
4 patients : faiblesse des jambes, paresthésies
1 patient : diplégie faciale, ataxie, paresthésies

Anticorps antigangliosides : absent (n=3)

Formes sévères :

- Déficit important chez tous les patients
- 3 atteintes axonales à l'EMG (2 démyélinisantes)
- Nécessité de ventilation mécanique : 3 sur 5
- 2 toujours dépendants de la ventilation mécanique à 1 mois

N°	Age	Début des symptômes neuro	LCR	IRM - cérébrale - médullaire	Traitements reçus	Scanner thoracique	Outcomes
1	77	J7	Prot : 101 mg/dL 4 éléments PCR SARS-CoV-2 neg	Normale Réhaussement racines caudales	Ig IV x 2	Pneumopathie interstitielle	VNI sans intubation Persistance d'une faiblesse des bras, d'une paraplégie, d'une dysphagie
2	23	J10	Prot : 123 mg/dL 0 éléments PCR SARS-CoV-2 neg	Réhaussement nerfs faciaux Moelle normale	Ig IV x 1	Normal	Amélioration avec diminution de l'ataxie et de la faiblesse faciale
3	55	J10	Prot : 193 mg/dL 0 éléments PCR SARS-CoV-2 neg	Normale Réhaussement racines caudales	Ig IV x 2	Pneumopathie interstitielle	Toujours intubé, tétraplégie flasque
4	76	J5	Prot : normale 0 éléments PCR SARS-CoV-2 neg	Normale Normale	Ig IV x 1	Normal	Légère amélioration mais pas de station debout à 1 mois
5	61	J7	Prot : 40 mg/dL 3 éléments PCR SARS-CoV-2 neg	Non faite Normale	Ig IV x 1 échanges plasmatiques	Pneumopathie interstitielle puis bactérienne	Intubé puis trachéotomisé, tétraplégique et dépendant de la ventilation

- Délai entre 1ers symptômes et apparition des troubles neurologiques similaire avec celui des autres virus

- Et association entre Guillain-Barré et autres coronavirus déjà décrite
Mais : impossible d'affirmer la responsabilité du SARS-CoV-2 dans ces formes graves de syndrome de Guillain-Barré

- Pas de virus retrouvé dans le LCR à la PCR

- Pas de lien avec une atteinte respiratoire sévère sur ces cas

Point Reco: Préconisations pour l'utilisation parcimonieuse sédations durant la pandémie COVID 19?

Contexte:

- **Risque de pénurie pour les molécules utilisées pour la sédation et certains antibiotiques**
- Délai : 7-15 jours selon les modèles → **Utilisation raisonnée impérative**

Par les Pr J-M Constantin (SFAR), E Maury (SRLF) et F Aubrun (SFETD)

Sédation en soins critiques: adapter nos pratiques

- **Eviter la sur-sédation:** monitoring par scores cliniques ou BIS si curarisation
- **Prioriser l'analgésie**
 - Sufentanil et Fentanyl en 1^{ère} intention
 - Co-analgésie encouragée (Néfopam, Kétamine)
- **Hypnotiques pivots**
 - **Midazolam:** tenir compte de l'effet plafond pour choisir les posologies
 - **Propofol:** limiter les doses: risque de rupture et PRIS (STOP si TG>2mmol/l et/ou lactate>2 mmol/l et/ou acidose métabolique inexplicée)
 - **Halogénés** possibles si équipements disponibles et personnel formé (système dédié, monitoring de la Fe, filtre à charbon après la valve expiratoire)
 - **Association propofol midazolam** possible pour limiter les doses

Autres hypnotiques pouvant être associés au moment des épreuves de sevrage de sédation en vue de l'extubation

- **Benzodiazépines:**
 - IV : Diazepam, Clonazepam
 - Entérale : Diazepam, Clonazepam
- **Neuroleptiques**
 - IV: Levomepromazine, Loxapine, Haloperidol, Cyamémazine
 - Entérale : Levomepromazine, Loxapine, Haloperidol
- **Clonidine** (75 à 600 mcg/j) si tolérable hémodynamiquement
- **Gamma-OH** (gamma hydroxy butyrate): 2 g en IV toutes les 2 h.
- **Kétamine** : 0.2 à 0.5 mg/kg/h
- **Dexmédétomidine** si objectif de sédation légère

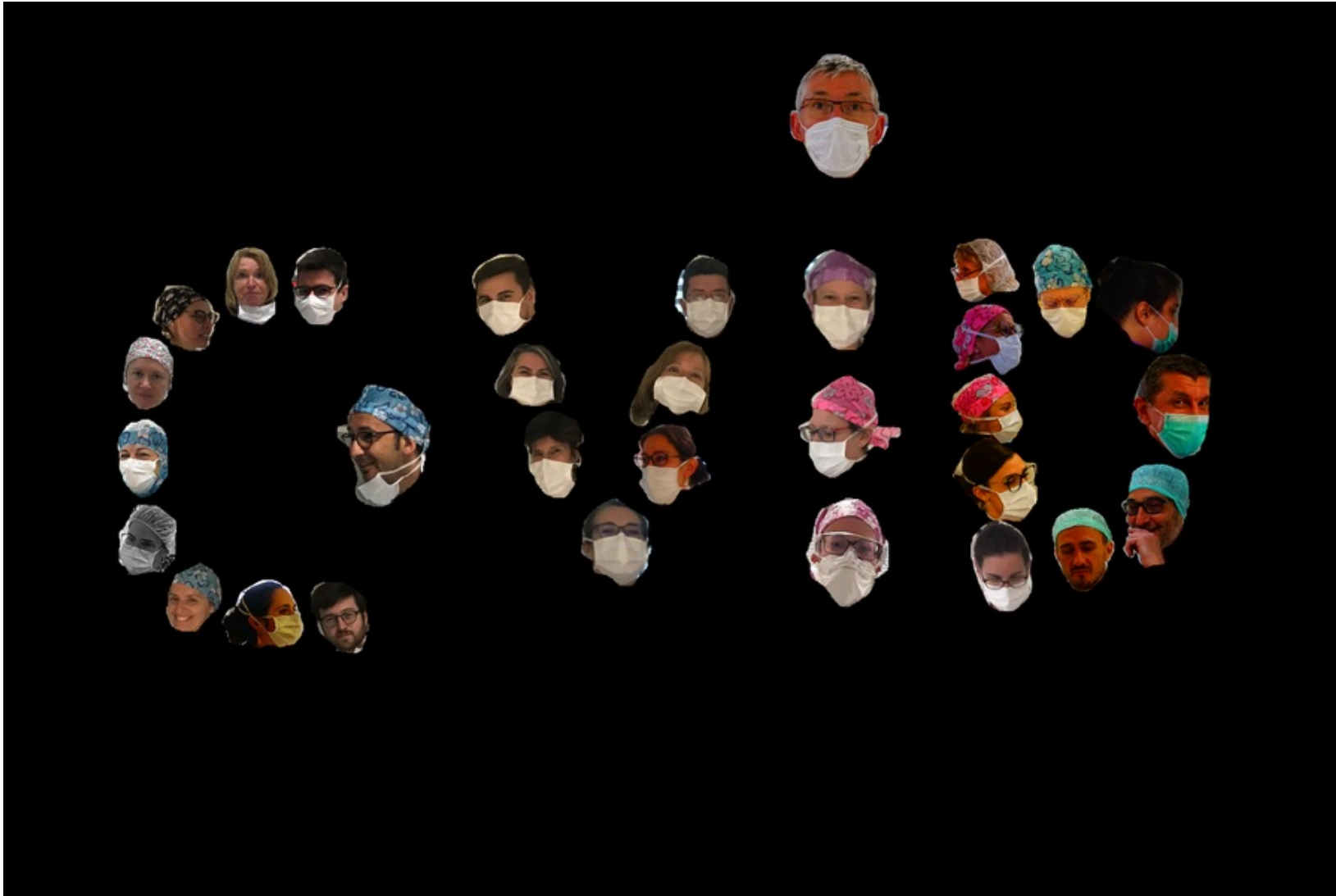
Utilisation des curares

- **Objectif principal:** Synchronisation patient-ventilateur
- **Monitoring** par TOF pour éviter la sur-curarisation
- **Administration discontinue** doit être discutée
- **Potentialisation par Magnesium** (12-24g/j) si hémodynamique stable

Ventilation

Envisager l'utilisation de modes assistés qui améliorent la tolérance du ventilateur (VS- Ai en première intention, VPC, APRV ...)

Une réa/Une photo...



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

Département Anesthésie-Réanimation Hôpital Sainte Musse, Toulon

#COVID: confinement vie à domicile

#Partagez

#Retweetez