

RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS

Société Marocaine de Médecine d'Urgence (SMMU) &
Société Marocaine d'Anesthésie d'Analgesie et de Réanimation (SMAAR)

**RÉORGANISATION DES SOINS AUX URGENCES ET EN ANESTHÉSIE-REANIMATION
DANS LE CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE COVID-19 EN PÉRIODE DE DÉCONFINEMENT PARTIEL**

Version MAI 2020

Experts : Lahcen Belyamani, Ahmed Rhassane El Adib, Chafik Kettani, Abdelhamid El Baite, Saad Zidouh, Hicham Bakkali, Hicham Belkhi, Naoufal Madani, Alae El Koraichi, Mostapha Bensghir, Khalid Abidi, Afak Nsiri, Saïd Salmi, Abderrahim Azzouzi, Taoufik Aboulhassan, Hanane Ezzouine, Mamoun Faroudi, Karim Filali, Brahim Housni, Nabil Kanjaa, Sifeddine Nejmi, Ali Kettani, Mohamed Mouhaoui, Mustapha Harrandou, Mohamed Nasser Semkaoui, Ismael Labib, Hicham Nassik, Saïd Younous, Hicham Sbai, Adnane Berdai, Mustapha Abarda, Anas Tazi, Yassir Snap, Moulay Ahmed Bouderkha, Younes El Aissaoui, Saloua Marzak, Mohamed Khatouf, Jamaledine Kohen, Saïd Jidane

Rédacteurs : Lahcen Belyamani, Jamaledine Kohen, Ahmed Rhassane El Adib et Saïd Jidane

Préambule

Depuis Janvier 2020, le monde vit sous les effets de la pandémie COVID 19 qui s'est déclarée en Chine le début de l'année en cours puis s'est propagée à l'ensemble du globe touchant jusqu'aujourd'hui plus de trois millions d'individus. Le Maroc a enregistré son premier cas confirmé le 2 Mars 2020, suite auquel plusieurs mesures ont été prises dont l'état d'urgence sanitaire entré en vigueur depuis le 20 Mars 2020. Le confinement fixé par nos autorités au départ pendant un mois s'est vu prolongé d'un second mois en raison de l'augmentation du nombre des cas enregistrés. Les activités de médecine et de chirurgie ont été considérablement réduites. L'annonce d'un probable déconfinement devrait nous pousser à envisager une reprise de nos activités interventionnelles, pour des patients qui en ont besoin et éviter ainsi les retards de prise en charge appropriée, liés au contexte épidémique.

Introduction

La reprise de l'activité interventionnelle aura lieu alors que la pandémie de COVID-19 est en cours. Nous devons organiser un accès à ces soins en répondant à un double impératif :

- 1) offrir un accès à des soins sécurisé et de qualité à des patients dont la procédure ne peut pas (ou plus) être reportée, et
- 2) limiter le risque de contamination de ces patients et des personnels soignants les prenant en charge.

Les Sociétés Marocaines de Médecine d'Urgence (SMMU) et d'Anesthésie, d'Analgesie et de Réanimation (SMMAR) se sont impliquées dans la sécurité, dans tous les volets de la médecine d'urgences et de la médecine péri-opératoire, notamment la réhabilitation accélérée post opératoire. D'ou l'édition de ces recommandations dont l'objectif est de produire, après le déconfinement, un cadre facilitant la reprise partielle et progressive de l'activité interventionnelle dans le contexte de la pandémie COVID-19 ; et compte-tenu de l'évolutivité de la pandémie, ces recommandations seront sujettes à modifications dans le temps en fonction de l'évolution épidémique.

Risque de formes graves de COVID-19

- Les personnes avec antécédents cardiovasculaires : HTA compliquée, antécédent d'AVC ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV
- Les diabétiques insulinodépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires
- Les personnes avec pathologie chronique respiratoire

- Les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée
- Les patients atteints de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie)
- Les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise :
 - Médicamenteuse : chimiothérapie, immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie
 - Infection à VIH non contrôlé ou avec des CD4 < 200/mm³
 - Consécutives à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques
 - Liée à une hémopathie maligne en cours de traitement
- Les malades atteints de cirrhose au stade B de la classification de Child-Pugh au moins
- Les personnes présentant une obésité morbide par analogie avec la grippe A(H1N1)2009

Risque lié à la chirurgie : Deux situations ont été identifiées

- La chirurgie à risque élevé de contamination des soignants par aérosolisation du SAR-cov-2 (chirurgie de résection pulmonaire, chirurgie ORL, neurochirurgie de la base du crâne, bronchoscopie rigide)
- La chirurgie majeure, à risque élevé de séjour post-opératoire en soins critiques, pour laquelle le risque respiratoire péri-opératoire inhérent à la chirurgie et à l'anesthésie est sans doute majoré par une infection, voire un portage, à SAR-Cov-2.

Classes des recommandations

| Classes | Définition | Le libellé à utiliser |
|-------------------|--|------------------------------|
| Classe I | Preuve et/ou accord général selon lequel un traitement ou une procédure donnée est bénéfique, utile et efficace | Recommandé(e)/indiqué(e) |
| Classe II | Preuves contradictoires et/ou divergence d'opinions sur l'utilité/l'efficacité du traitement ou de la procédure donnée | Devrait être considéré(e) |
| Classe III | Preuve et/ou accord général selon lequel un traitement ou une procédure donnée n'est pas utile/efficace, ou nuisible | Non Recommandé(e)/indiqué(e) |

I. PROTECTION DES PERSONNELS SOIGNANTS ET DES PATIENTS

| MESURES GÉNÉRALES | |
|--|-----------|
| R I.1 – Les experts recommandent la création de comité local de vigilance (VIGI-COVID 19) pour : <ul style="list-style-type: none"> a. Veiller sur l'application des mesures de protection strictes pour les patients et tous les professionnels de santé, à savoir la désinfection des mains par solution hydro-alcoolique (SHA), la mise en place de masque chirurgical, les mesures de distanciation sociale en assurant une distance supérieure à 1 m, b. Le rappel de ces mesures de protection par des séances de formation, d'information, de maintien et de développement des compétences du personnel soignant et administratif sur l'application, le suivi et l'évaluation des procédures. | II |
| TRIAGE, CONSULTATION DES URGENCES ET CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE | |
| R I.2 – Les experts recommandent de procéder au niveau des services d'accueil des urgences (SAU) à : <ul style="list-style-type: none"> a. La séparation physique des circuits ambulances et patients sur pieds, b. L'implantation de la salle de triage, d'accueil et d'orientation (TAO) en dehors du SAU. | I |
| R I.3 – Les experts recommandent l'application de ces mesures aux aires de consultations : <ul style="list-style-type: none"> a. Désinfection des mains par SHA pour les patients y compris les enfants et leurs accompagnants, b. Port obligatoire d'un masque pour tous les patients et les accompagnants | I |
| R I.4 – Les experts recommandent aux professionnels de santé de se désinfecter les mains par lavage au savon (ou à défaut une SHA) avant et après chaque contact avec un patient ou son environnement, et de porter un masque chirurgical et des lunettes de protection ou visière pour tout examen clinique | I |
| R I.5 – Les experts recommandent d'appliquer les mesures suivantes pour organiser les consultations : <ul style="list-style-type: none"> – Organiser les files d'attente et faire respecter une distance > 1 m (marquage au sol...) – Limiter le nombre de patients en salle d'attente et faire respecter une distance > 1 m – Afficher des consignes générales d'hygiène – Aérer les salles d'attente et éviter la climatisation conventionnelle – Mettre à disposition des SHA à l'entrée de la salle d'attente et dans les couloirs | II |

| | |
|---|----|
| <ul style="list-style-type: none"> – Limiter l'accès aux accompagnants des patients, sauf nécessité d'assistance – Respecter une distance de sécurité pour les postes exposés au public (BAF...), et mettre en place des dispositifs spécifiques (interphone / écrans plexiglas...) – Supprimer les revues, documents et objets y compris les jouets pour enfants – Nettoyer régulièrement les surfaces (comptoir, ordinateurs, téléphones...) et le matériel (brassard à tension, saturomètre, stéthoscope ...) après chaque patient | II |
| UNITÉS DE DÉCHOQUAGE, DE SOINS CRITIQUES ET BLOC OPÉRATOIRE | |
| R I.6 – Les experts recommandent le port de masque FFP2 et un écran facial ou visière (ou lunettes de protection) pour la gestion des voies aériennes (intubation et/ou extubation, mise en place et/ou retrait d'un dispositif supra glottique,...) quel que soit le statut du patient | I |
| R I.7 – Les experts recommandent pour les manœuvres de la sphère ORL chez les patients COVID-19 confirmés ou fortement suspectés, le port de masque FFP2 et l'équipement de protection individuel EPI (sur-blouse à manches longues avec tablier, ou à défaut une casaque chirurgicale, une charlotte, et doubles gants à usage unique non stérile) | I |
| R I.8 – Les experts recommandent que le déshabillage se fasse dans la salle d'intervention (USI ou Bloc), au plus près de la porte et que les EPI soient éliminés dans le circuit DASRI | I |
| R I.9 – Les experts recommandent de minimiser les intervenants auprès des patients COVID-19 confirmés ou fortement suspectés, notamment lors des procédures intéressant la sphère ORL | I |
| SALLE DE SURVEILLANCE POST INTERVENTIONNELLE (SSPI) | |
| R I.10 – Les experts recommandent de faire les extubations ou les retrait de dispositif supra glottique en salle de bloc opératoire quel que soit le statut COVID-19 des patients | II |
| R I.11 – Les experts recommandent la mise en place d'un masque chirurgical au patient après son extubation, avant sa sortie de la salle d'intervention quel que soit son statut COVID-19 | I |
| R I.12 – Si une extubation ou un retrait d'un dispositif supra glottique devait exceptionnellement être réalisé en SSPI, les experts recommandent de porter un masque FFP2, une charlotte, des gants, et un écran facial ou à défaut des lunettes de protection lors de cette procédure | I |
| R I.13 – Les experts recommandent de respecter une distance d'au moins 1,5 m entre les patients en SSPI, et une distance de 7 m (si possible) si une extubation devrait être réalisée | II |
| SOINS CRITIQUES ET RÉANIMATION | |
| R I.14 – les experts recommandent d'observer les mesures de protection barrières et le port en permanence de masque chirurgical pour tous les professionnels de santé, notamment lors des relèves médicales et paramédicales et des pauses repas | I |
| R I.15 – Les experts recommandent le port de masque FFP2 avec l'EPI lors de : <ul style="list-style-type: none"> – L'intubation et l'extubation trachéale – La réalisation d'une trachéotomie – Les aspirations trachéales (avec et sans système clos) – Les soins aux patients sous ventilation non invasive (VNI) ou oxygénothérapie à haut débit – La réalisation d'une nébulisation | I |
| R I.16 – Les experts recommandent l'utilisation des systèmes d'aspiration trachéales à système clos. En cas d'indisponibilité, il est nécessaire d'interrompre le circuit de ventilation patient pendant la procédure d'aspiration | II |
| SPÉCIFICITÉS PÉDIATRIQUES | |
| R I.17 – Les experts recommandent de se limiter au maximum à un parent par enfant en consultation. | II |
| R I.18 – Les experts recommandent le port de masque FFP2 avec EPI par tous les professionnels de santé chez l'enfant réveillé en SSPI, en cas de manœuvres sur les voies aériennes, quel que soit le statut COVID | I |

II. BÉNÉFICE/RISQUE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ET INFORMATION DU PATIENT

| | |
|--|---|
| R II.1 – Les experts recommandent d'évaluer le rapport bénéfice/risque de l'intervention chirurgicale, si le patient est asymptomatique, en fonction des critères liés au patient, à la pathologie et à la procédure | I |
|--|---|

| Critères liés au patient | Critères liés à la pathologie | Critères liés à la procédure | |
|---|--|--|-----------|
| Score ASA Obésité (IMC > 35 kg/m ²) Âge (< 1 an et > 65 ans) Pathologie pulmonaire ou cardiovasculaire sous-jacente Apnée du sommeil Diabète Immunodépression | Alternatives thérapeutiques possibles Perte de chance en l'absence de l'intervention chirurgicale | Durée opératoire Durée de séjour Nécessité de soins critiques Besoins transfusionnels Modalités d'anesthésie Site de la chirurgie | |
| R II.2 – Les experts recommandent d'informer, oralement et par écrit, le patient et/ou ses représentants légaux des conditions particulières liées à la pandémie de COVID-19, concernant l'évaluation du rapport bénéfice/risque lié à sa maladie, à l'intervention et au circuit envisagé au regard de sa pathologie. Le traçage dans le dossier du patient de cette information est indispensable (Annexe 1, 2) | | | II |

III. ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE ET DÉCISION VIS-À-VIS DE L'INTERVENTION

| | |
|---|-----------|
| R III.1 – Les experts recommandent de rechercher systématiquement, lors de la consultation (ou la visite) d'anesthésie obligatoire, les symptômes compatibles avec une infection à SARS-CoV-2 avant toute chirurgie chez l'adulte et comme chez l'enfant | I |
| R III.2 – Les experts recommandent de rechercher systématiquement un antécédents d'infection compatible avec le COVID-19 chez le patient devant être opéré et/ou un contact étroit avec une personne infectée dans les 15 jours précédents | I |
| R III.3 – Les experts recommandent d'effectuer une mesure objective de la température et de recueillir en même temps la prise ou non de médicaments antipyrétiques, lors de la consultation (ou visite) pré-anesthésie ou à l'arrivée dans l'unité d'hospitalisation à J0. | I |
| R III.4 – Les experts recommandent chez l'enfant programmé pour une intervention chirurgicale, compte tenu du nombre important de formes asymptomatiques de COVID-19, la réalisation d'un test PCR ou test rapide avant l'intervention selon l'algorithme en annexe (Page 9). | II |
| R III. 5 – Les experts recommandent chez l'enfant programmé pour un acte ambulatoire, de rechercher la probabilité COVID-19 lors de la consultation pré-anesthésique à J-1. Si l'interrogatoire est positif, l'intervention devrait être reportée au moins 15 jours sauf en cas d'urgence | II |

IV. MODALITÉS DE LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

| | |
|---|-----------|
| R IV.1 – La consultation d'anesthésie et la visite pré-anesthésique, chez l'adulte et chez l'enfant, sont une obligation légale et les crises sanitaires, notamment celle de COVID-19 ne peuvent être un motif de dérogation | I |
| R IV.2 – Les experts recommandent pour la chirurgie urgente de réaliser les consultations d'anesthésie des patients (adulte et enfant) : <ul style="list-style-type: none"> – Dans le secteur d'hospitalisation hébergeant le patient, en prenant les précautions nécessaires, – À l'admission au bloc dans le secteur identifié pour la chirurgie (secteur non-COVID ou COVID+), – En cas d'urgence vitale ou pour les patients acheminés directement au bloc opératoire, les consultations sont prioritairement réalisées dans le secteur du bloc opératoire prenant en charge le patient (secteur non-COVID ou COVID+). | I |
| R IV.3 – Les experts recommandent pour les consultations d'anesthésies programmées chez l'adulte et l'enfant, de respecter les mesures de distanciation, les mesures barrières pour les patients, personnels et locaux ; et de prendre systématiquement la température dès l'arrivée des patients en consultation | I |
| R IV.4 – Les experts recommandent la « Séniorisation » des consultations d'anesthésie en pédiatrie | II |

V. MODALITÉS D'ANESTHÉSIE ET D'ANALGÉSIE

| ADAPTATION DES MODALITÉS D'ANESTHÉSIE | |
|--|-----------|
| R V.1 – Les experts recommandent, dans ce contexte de déconfinement partiel relatif au COVID-19, de privilégier les stratégies anesthésiques épargnant les médicaments en tension (Propofol, Midazolam, curares...) chez l'adulte et chez l'enfant | II |
| R V.2 – Les experts recommandent de privilégier, chaque fois que c'est possible, les techniques d'anesthésie locorégionale, d'analgésie locorégionale et d'infiltration | I |

| PARTICULARITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES VOIES AÉRIENNES | |
|--|------------|
| R V.3 – Les experts recommandent pour la gestion des voies aériennes supérieures (VAS) de réaliser une hygiène locale des VAS par la Polyvidone iodée ou Chlorhexidine suivie d’une induction en séquence rapide d’un patient COVID-19 confirmé ou fortement suspecté | II |
| R V.4 – Les experts recommandent de réaliser une induction selon les schémas habituels pour la gestion des voies aériennes d’un patient non-COVID en se référant aux recommandations de la SMMU-SMAAR sur « La gestion des voies aériennes supérieures» | I |
| PARTICULARITÉS DE LA GESTION DES MÉDICAMENTS EN PÉRI-OPÉRATOIRE | |
| R V.5 – Les experts recommandent d’évaluer systématiquement les interactions médicamenteuses possibles, en particulier en cas de traitement par des antiviraux en se référant aux « recommandations des interactions médicamenteuses aux urgences et en réanimation » de la SMMU-SMAAR en annexe (Page 10) | I |
| PARTICULARITÉS DE LA PRISE EN CHARGE POST OPÉRATOIRE (Y COMPRIS AMBULATOIRE) | |
| R V.6 – Les experts recommandent d’appliquer les stratégies habituelles d’analgésie multimodale et de prévention des nausées-vomissements, y compris en ambulatoire | I |
| R V.7 – Les experts ne recommandent pas l’utilisation des AINS chez les patients COVID+ ou fortement suspects. Leur utilisation reste possible dans les autres cas | III |
| PARTICULARITÉS DE L’ANESTHÉSIE ET DE L’ANALGÉSIE DANS LE CONTEXTE OBSTÉTRICAL | |
| R V.8 – Les experts recommandent de ne pas modifier la prise en charge analgésique du travail obstétrical chez les parturientes non infectées par le COVID-19 ou n’en présentant pas de symptômes de l’infection | I |
| R V.9 Les experts recommandent d’éliminer une thrombopénie avant la réalisation d’une analgésie péridurale chez les parturientes COVID + ou fortement suspectées | I |
| R V.10 – Les experts ne recommandent pas l’utilisation du protoxyde d’azote pour l’analgésie du travail obstétrical en période de pandémie de COVID-19 | III |
| R V.11 – Les experts recommandent en première intention une anesthésie péri-médullaire pour la réalisation des césariennes. En cas d’indication d’une anesthésie générale (AG), l’induction doit se faire en séquence rapide quel que soit le statut COVID-19 de la patiente. | II |
| R V.12 – Les experts recommandent l’utilisation en première intention de la vidéo-laryngoscopie pour l’intubation des parturientes en cas d’indication d’une AG, avec observance stricte des mesures de protection en cas de procédure | II |
| R V.13 – Les experts ne recommandent pas la prescription d’AINS en post-partum chez les parturientes COVID+ ou fortement suspectées | III |

VI. DÉFINITION DES CIRCUITS

| CIRCUITS DÉDIÉS AUX PATIENTS COVID + | |
|--|-----------|
| R VI.1 – Les experts recommandent la mise en place d’un circuit dédié COVID+ depuis les urgences en passant par les blocs opératoires et en réanimation. Ce circuit doit être sécurisé (avec les mesures de protections adéquates pour les patients et les personnels soignants) ; identifié avec une signalétique visible ; dimensionné de façon à limiter les interférences avec les circuits classiques | I |
| R VI.2 – Les experts recommandent la surveillance post interventionnelle, dans la mesure du possible, en salle dédiée et protégée COVID+ | II |
| CIRCUITS DÉDIÉS AUX PATIENTS NON-COVID | |
| R VI.3 – Les experts recommandent de prendre en charge les patients non-COVID adultes et enfants opérés en chirurgie programmée (ambulatoire, conventionnelle ou lourdes) dans un circuit isolé du circuit COVID+ | I |

VII. ORGANISATION DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

| CALENDRIER ET SCHÉMA DE REPRISE DE L’ACTIVITÉ CHIRURGICALE APRÈS LE DÉCONFINEMENT | |
|--|-----------|
| R VII.1 – Les experts recommandent de reprendre la chirurgie programmée non urgente de façon progressive en fonction de la disponibilité des lits de réanimation et conventionnels, d’EPI, de respirateurs, médicaments, produits sanguins labiles et de personnel formé | II |
| COORDINATION DE LA REPRISE DE L’ACTIVITÉ CHIRURGICALE APRÈS LE DÉCONFINEMENT | |
| R VII.2 – Les experts recommandent la mise en place, dans chaque établissement, d’une cellule de régulation multidisciplinaire hebdomadaire, qui établira de façon collégiale le programme opératoire de la semaine suivante selon les critères de priorisation et de programmation des patients. Cette cellule de régulation sera composée de | II |

| | |
|---|----|
| responsables de la chirurgie/des plateaux interventionnels, de l'anesthésie réanimation et des soins infirmiers du bloc opératoire | |
| R VII.3 – Les experts recommandent de définir les modalités de priorisation des patients par spécialités qui doivent s'appuyer sur les recommandations émises par les sociétés savants | II |
| R VII.4 – Les experts recommandent de réaliser un inventaire par spécialité et par service des patients en attente ou reportés lors du confinement COVID-19 afin d'aider à l'organisation du programme opératoire | II |
| ÉVALUATION DE LA REPRISE DE L'ACTIVITÉ CHIRURGICALE APRÈS DÉCONFINEMENT | |
| R VII.5 – Les experts recommandent de réévaluer fréquemment, au sein de chaque établissement, les politiques et les procédures, sur la base des données collectées, des ressources, des essais et des autres informations cliniques liées à la pandémie de COVID-19 | I |

Annexe 1 : Informations patients



معلومات خاصة للمرضى

سيدتي، سيدي،

سوف تكونون ضيوفنا خلال هذه الفترة الوبائية، لذلك اتخذت المؤسسة الصحية مجموعة من الإجراءات لرعاية المرضى المصابين بالفيروس التاجي المسؤول عن وباء COVID. فمُنذ بداية الوباء، اتخذنا تدابير صارمة لغاية عزل المرضى عن الحاملين للفيروس أو المشتبه في إصابتهم به. هذه الإجراءات تم تحديدها وفقاً لتوجيهات السلطات الصحية والعلمية، ومكنتنا من الحفاظ على نشاطنا الجراحي للمرضى الأكثر احتياجاً.

ويتم تنفيذ إستراتيجية عزل وفصل المرضى المصابين داخل المشفى حيث خصصت مسبقاً قطاعات الاستشفاء وحددت مسارات المرضى والموظفين المكلفين بالأنشطة المختلفة. وتأكدوا من أن المؤسسة قد اتخذت جميع الاحتياطات اللازمة لتجنب العدوى منذ دخولكم إلى المستشفى، عبر تنفيذ تدابير صارمة. الهدف من هذه الإجراءات هو جعل مقامكم في المستشفى آمناً قدر الإمكان.

نطلب منكم، حفاظاً على سلامتكم وسلامة المرضى والعاملين، إحاطتنا علماً بأي علامة تدل على إصابتكم بفيروس كورونا. ونشير أيضاً أنه إذا لم يكن لديكم أعراض COVID وأنكم حتى وإن خضعتم لاختبار سلبي قبل الجراحة (الاختبار غير مطلوب)، فهذا لا يستبعد بصفة قطعية إصابتكم بالمرض أو على الأقل أن تكونوا في مرحلة الحضانة. بعد إجراء العملية إن شاء الله، يجب إبلاغنا بأي أعراض تبدو لكم غير طبيعية. وإذا كان هناك أي شك، أثناء مقامكم بيننا، سيتم إجراء فحوصات إضافية لاستبعاد ظهور الالتهاب الرئوي الفيروسي.

على الرغم من كل هذه الاحتياطات، لا يمكننا استبعاد حدوث العدوى لكم سواء أثناء دخولكم أو مقامكم بالمستشفى. لذلك من الضروري أن تمتثلوا للتدابير المتخذة من أجل سلامتكم والتي أوصت بها السلطات الصحية قبل وأثناء وبعد دخولكم المنشأة.

أخيراً، تأكدوا من أننا سنقوم بكل ما في وسعنا حتى لا تتأثر رعايتكم بالأزمة الصحية الراهنة.

توقيع

رئيس قسم المستعجلات/التخدير/الإنعاش/الجراحة

Annexe 2 : Informations aux parents d'enfants



معلومات خاصة لأباء الأطفال المرضى

سيدتي، سيدي،

سيستفيد طفلكم من تدخل جراحي سوف يتطلب تخديرًا عامًا أو تخديرًا موضعياً. ونعلمكم أن الفترة الراهنة لوباء COVID الذي نعيشه أمّلت علينا تغييرات تنظيمية ضرورية للرعاية الجراحية لطفلكم. في هذه الظروف، يعمل فريق المستعجلات/التخدير/الإنعاش لدينا كل ما في وسعه لضمان رعاية أفضل لطفلكم.

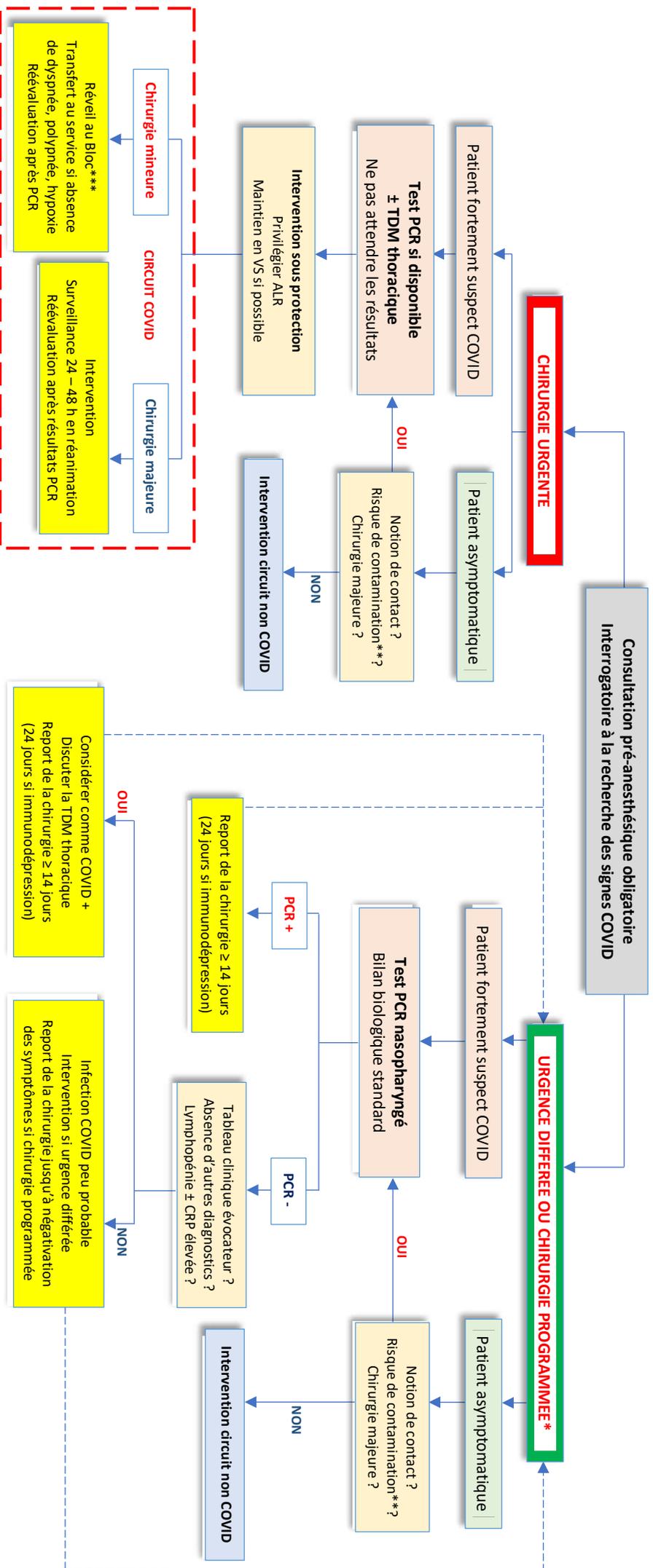
فمنذ بداية الوباء، اتخذنا تدابير صارمة للغاية لعزل المرضى عن الحاملين للفيروس أو المشتبه في إصابتهم به. هذه الإجراءات تم تحديدها وفقاً لتوجيهات السلطات الصحية والجموع العلمية، ومكنتنا من الحفاظ على نشاطنا الجراحي للمرضى الأكثر احتياجاً. وقد تم تنفيذ إستراتيجية عزل وفصل المرضى المصابين داخل المشفى حيث خصصت مسبقاً قطاعات الاستشفاء وحددت مسارات المرضى والموظفين المكلفين بالأنشطة المختلفة. وتؤكدوا من أن المؤسسة قد اتخذت جميع الاحتياطات اللازمة لتجنب العدوى لطفلكم منذ دخوله إلى المستشفى، عبر تنفيذ تدابير صارمة. الهدف منها هو جعل مقام طفلكم في المنشأة آمناً قدر الإمكان.

لذلك من الضروري، لسلامة طفلكم وسلامة المرضى والعاملين، إبلاغنا بأي أعراض غير طبيعية تدل على الإصابة بفيروس كورونا: السعال والحمى وفقدان الذوق أو الرائحة، التعب غير الطبيعي، آلام العضلات، الصداع، البقع الجلدية... في حالة الشك، قد يتم تأجيل التدخل الجراحي اعتماداً على درجة إستعجاله، وقد يتم إجراء عينة للكشف عن الفيروس. على الرغم من كل هذه الاحتياطات، قد تحدث عدوى محتملة أثناء دخول طفلكم إلى المستشفى أو بعد عودته إلى المنزل. لذا يجب إبلاغنا بأي أعراض تبدو لكم غير طبيعية. أثناء إقامة طفلكم بالمستشفى، لا يسمح إلا بمرافقة شخص واحد فقط. ومن أجل تقليل مخاطر حدوث العدوى أو المضاعفات سيتم تقييم المخاطر قبل إصدار أي إذن بالزيارة. وندعوكم لاحترام التدابير الموصى بها منذ بداية الأزمة الصحية والتي تتمثل في ارتداء الكمامة الجراحية للجميع.

بعد العملية، إذا اشتبه بإصابة طفلكم أو تأكدت إصابته، فلا يمكنكم الإلتحاق به إلا في بعد عودته إلى غرفته. وسيبقى فريق التخدير والإنعاش رهن إشارتكم للإجابة عن تساؤلاتكم واستفساراتكم.

توقيع

رئيس قسم المستعجلات/التخدير/الإنعاش/الجراحة



* Certaines situations doivent être discutées au cas par cas, en fonction du terrain, de la disponibilité des ressources et de l'évolution des données épidémiologiques (Comité VIGI-COVID)

** Chirurgie thoracique avec résection pulmonaire, chirurgie ORL, chirurgie endo-buccale, neurochirurgie de la base du crâne, bronchoscopie rigide

*** Réveil au bloc ou espace dédié en SSPI avec isolement géographique et masque chirurgical pour le patient

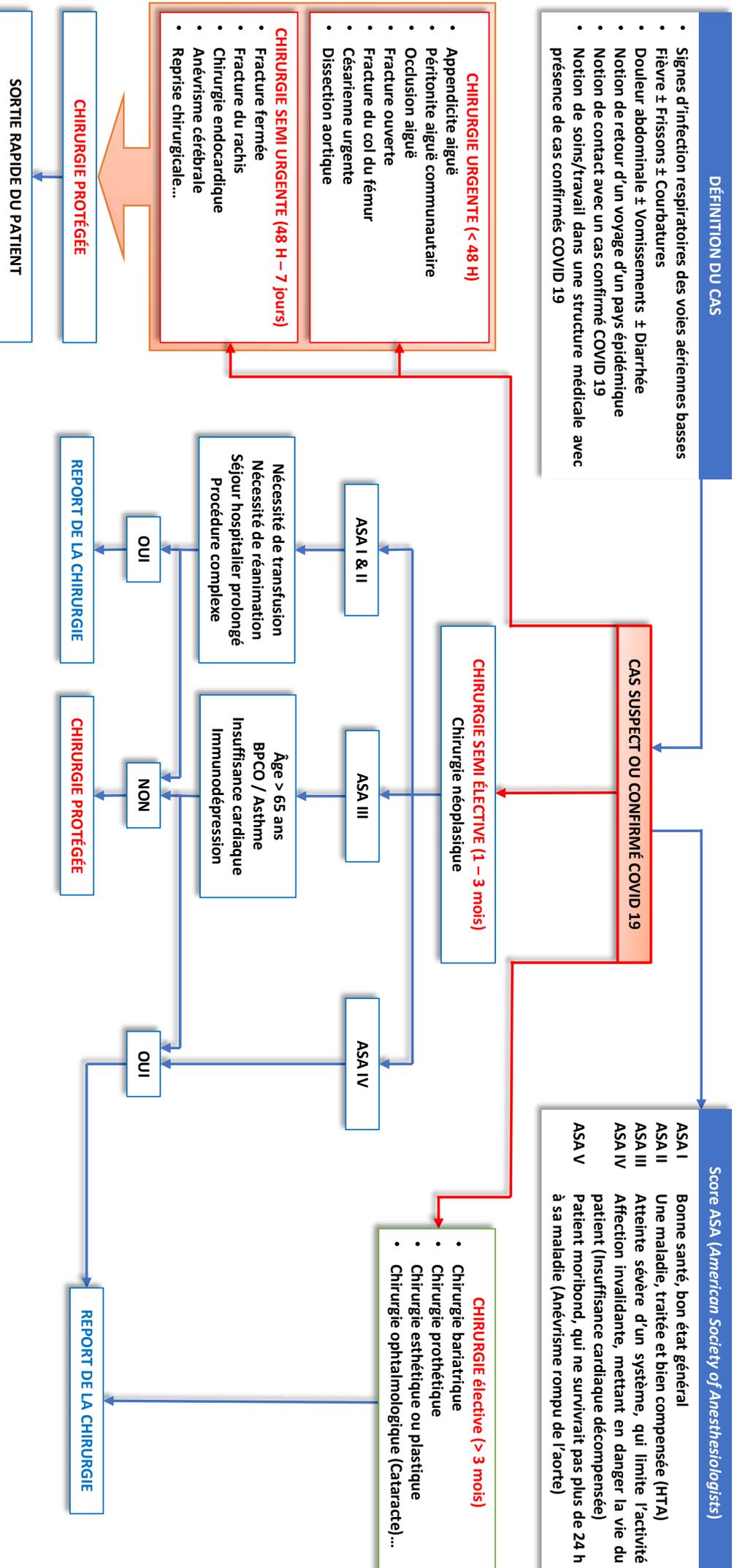
| | DRV/c | LPV/r | RDV | FAVI | CIQ | HCLQ | NITA | RBV |
|----------------------------------|-------|-------|-----|------|-----|------|------|-----|
| HYPNOTIQUES | | | | | | | | |
| Hydroxyzine | | | | | | | | |
| Kétamine | | | | | | | | |
| Midazolam | | | | | | | | |
| Propofol | | | | | | | | |
| Thiopental | | | | | | | | |
| GAZS ANESTHESIQUES | | | | | | | | |
| Desflurane | | | | | | | | |
| Halothane | | | | | | | | |
| N2O | | | | | | | | |
| Sévoflurane | | | | | | | | |
| CURARES | | | | | | | | |
| Cisatracurium | | | | | | | | |
| Rocuronium | | | | | | | | |
| Succinylcholine | | | | | | | | |
| Vécuronium | | | | | | | | |
| ANALGESIE / ANESTHESIE | | | | | | | | |
| Alfentanil | | | | | | | | |
| Fentanyl | | | | | | | | |
| Remifentanyl | | | | | | | | |
| Sufentanil | | | | | | | | |
| DROGUES DES URGENCES | | | | | | | | |
| Adrénaline | | | | | | | | |
| Dobutamine | | | | | | | | |
| Ephédrine | | | | | | | | |
| Noradrénaline | | | | | | | | |
| Vasopressine | | | | | | | | |
| ANALGESIE POST OPERATOIRE | | | | | | | | |
| Morphine | | | | | | | | |
| Paracétamol | | | | | | | | |
| Tramadol | | | | | | | | |
| ANESTHESIQUES LOCAUX | | | | | | | | |
| Bupivacaïne | | | | | | | | |
| Lidocaïne | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| | Aucune interaction clinique significative attendue |
| | Interaction potentielle de faible intensité |
| | Interaction potentielle |
| | A ne pas co-administrer |

| | |
|-------|----------------------|
| DRV/c | Darunavir/Cobicistat |
| LPV/r | Lopinavir/Ritonavir |
| RDV | Remdesivir |
| FAVI | Favipiravir |
| CIQ | Chloroquine |
| HCLQ | Hydroxy-chloroquine |
| NITA | Nitazoxanide |
| RBV | Ribavirin |

| | DRV/c | LPV/r | RDV | FAVI | CIQ | HCLQ | NITA | RBV |
|----------------------|-------|-------|-----|------|-----|------|------|-----|
| ANTIBIOTIQUES | | | | | | | | |
| Acide clavulanique | | | | | | | | |
| Amikacine | | | | | | | | |
| Amoxicilline | | | | | | | | |
| Céfazoline | | | | | | | | |
| Céféxime | | | | | | | | |
| Céfoxatine | | | | | | | | |
| Ceftazidime | | | | | | | | |
| Ceftriaxone | | | | | | | | |
| Ciprofloxacine | | | | | | | | |
| Ertapénème | | | | | | | | |
| Gentamycine | | | | | | | | |
| Imipenem/Clisati | | | | | | | | |
| Lévofloxacine | | | | | | | | |
| Linezolid | | | | | | | | |
| Méropénèm | | | | | | | | |
| Métronidazole | | | | | | | | |
| Piperacilline | | | | | | | | |
| Tazobactam | | | | | | | | |
| Vancomycine | | | | | | | | |
| AUTRES | | | | | | | | |
| Acenocoumarol | | | | | | | | |
| Amidone | | | | | | | | |
| Apixaban | | | | | | | | |
| Aspirine | | | | | | | | |
| Bétaméthasone | | | | | | | | |
| Clopidogrel | | | | | | | | |
| Dabigatran | | | | | | | | |
| Dalteparine | | | | | | | | |
| Dexaméthasone | | | | | | | | |
| Enoxaparine | | | | | | | | |
| Fondaparinux | | | | | | | | |
| Héparine | | | | | | | | |
| Insuline | | | | | | | | |
| Methy/prednisolone | | | | | | | | |
| Métoclopramide | | | | | | | | |
| Nicarbidine | | | | | | | | |
| Oméprazole | | | | | | | | |
| Oransétron | | | | | | | | |
| Prednisolone | | | | | | | | |
| Rivaroxaban | | | | | | | | |
| Salbutamol | | | | | | | | |
| Ticagrelor | | | | | | | | |

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA GESTION DU RISQUE ANESTHÉSIQUE LIÉ À LA CHIRURGIE COVID 19



RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ DU PATIENT COVID 19 AU BLOC OPÉRAIRE

| | | |
|---|--|--|
| <p>Identification du patient Étiquette du patient avec IPP Nom, prénom et date de naissance</p> | <p>ACCUEIL DU PATIENT COVID 19</p> <p>ÉQUIPE :</p> <ul style="list-style-type: none"> Masque chirurgical (COVID suspect), FFP2 (COVID confirmé) Calot (ou charlotte) & Sur-chaussures <p>MALADE :</p> <ul style="list-style-type: none"> Vérification de la température Masque chirurgicale & Charlotte | <p>PRÉPARATION DU SITE COVID 19</p> <p>ÉQUIPE À MINIMA (ANESTHÉSISTE + INFIRMIER) :</p> <ul style="list-style-type: none"> EPI (lunettes/visière, sur-blouse, gants, SHA) Pas de sortie durant la procédure ou l'intervention Pas de rhabillage et de déshabillage pré-définie Zone de stérilisation du matériel pré-définie <p>STATION : 2 filtres (sur la pièce Y et sur valve expiratoire)</p> |
| <p>DROGUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Kétamine, Propofol Célocurine, Rocuronium Fentanyl, Sufentanil Atropine, Ephédrine Adrénaline, Noradrénaline Antibiotiques, Analgésiques <p>PLATEAU D'INTUBATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> Guide d'Eschmann, Guide simple Vidéo-Laryngoscope ou Laryngoscope Masque laryngé Pince de Magill Sondes d'intubations Seringues | <p>ANESTHÉSIE DU PATIENT COVID 19</p> <p>CONDITIONNEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> Installation sur la table opératoire Prise d'une voie veineuse périphérique Monitoring standard : FC, FR, SpO₂, Capnographie Selon terrain/chirurgie : VVC (après intubation) <p>INDUCTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pré-oxygène : 5–10 L/min (masque chirurgical sur lunettes O₂) Enlever le masque chirurgical Appliquer le masque facial de façon étanche (manœuvre VE) avec circuit branché sur la machine Induction à séquence rapide : <ul style="list-style-type: none"> Propofol 2 – 3 mg/kg ou Kétamine 1,5 mg/kg Célocurine 1,5 mg/kg ou Rocuronium 1,2 mg/kg Lidocaïne 1,5 mg/kg Arrêter la ventilation Intubation orotrachéale Clamper la sonde d'intubation Brancher le respirateur Dé-clamper la sonde d'intubation Gonfler le ballonnet Démarrer la ventilation protectrice +++ (Vt à 6 ml/kg, FR à 13 – 16/min, FO₂ 45 – 60%, PEEP à 5 – 7 cmH₂O) Vérifier la ventilation : Capnographie, thorax, stéthoscope Administer les morphiniques : <ul style="list-style-type: none"> Fentanyl 2 – 3 µg/kg Sufentanil 0,2 – 0,3 µg/kg Antihypertensive | <p>ENTRETIEN DE L'ANESTHÉSIE DU PATIENT COVID 19</p> <p>ENTRETIEN DE L'ANESTHÉSIE :</p> <ul style="list-style-type: none"> Oxygène / Air Sédation IV > Inhalé → Réveil rapide Propofol : interaction avec LPB/r, Chloroquine, Hydroxy-chloroquine Sévoflurane : attention espace QT Isoflurane : attention retard du réveil / Sévoflurane Pas de N₂O <p>SURVEILLANCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> FC, FR, SpO₂, PNI, Capnographie Si possible : curarisation, profondeur anesthésique Feuille de réanimation informatisée +++ <p>RÉANIMATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> Remplissage prudent Compensation des pertes sanguines <p>ANALGÉSIE POST-OPÉRAIRE :</p> <ul style="list-style-type: none"> Paracétamol : attention au foie AINS : à éviter Morphine IV : réduire les doses Néfopam Anesthésie locale autorisée ALR : pas d'adjuvants, pas de Morphine intrathécale |
| <p>CHOIX DE LA PROCÉDURE</p> <ul style="list-style-type: none"> Intubation / Fibroscopie à éviter sauf indication spécifique Intubation trachéale > Masque laryngé | <p>ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE COVID 19</p> <p>CHOIX ALR/AG :</p> <ul style="list-style-type: none"> Si possible ALR ou APM > AG Choisir la technique la mieux maîtrisée Séniorsation des procédures Évaluer le risque de conversion AG <p>PROCÉDURE :</p> <ul style="list-style-type: none"> Vérifier le taux de plaquettes Vérifier la température Discuter bénéfices/risques Discuter bénéfice KT péri-nerveux Éviter les blocs avec risque respiratoire Éviter l'échec : augmenter la concentration de l'AL Guidage échographique > Neurostimulation <p>CONTRE-INDICATIONS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Thrombopénie Troubles de l'hémostase Hypoxémie Troubles de conscience Agitation Défaillance d'organes | <p>Bloc...../...../..... Stille.....</p> <p>Date...../...../..... Heure.....</p> <p>Chirurgien.....</p> <p>Anesthésiste.....</p> <p>Coordonnateur.....</p> |
| <p>PROCÉDURES À RISQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> Préoxygénation Nébulisation Ventilation manuelle VNI Intubation Déconnection du circuit ventilatoire Aspiration Extubation | <p>RÉDUCTION DU RISQUE :</p> <ul style="list-style-type: none"> Anesthésie profonde Curarisation profonde Éviter la toux : laryngoscopie, intubation, gonflage ballonnet Réviser l'intubation de la première tentative Gestes doux : intubation, retrait du guide, retrait du laryngoscope <p>EXTUBATION DU PATIENT COVID 19</p> <p>PROCÉDURE :</p> <ul style="list-style-type: none"> Aspiration système clos : trachée, bouche, Lidocaïne 1,5 mg/kg Antagonisation des curares Extubation patient endormi Oxygène à faible débit Remise en place du masque chirurgical | <p>ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE COVID 19</p> <p>SITE D'EXTUBATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> Site opératoire si SPM < 60 min SSPI si SSPI > 60 min Réanimation si transfert direct programmé <p>TRANSFERT PATIENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> Intubé vers la réanimation (éviter la déconnection circuit-patient) Masque chirurgical si patient conscient Fiche de réanimation post-opératoire +++ <p>SORTIE DU BLOC COVID 19</p> |
| <p>Procédure doit être écrite Doit être coordonnée avec l'équipe Entraînement, simulation +++</p> | <p>EXTUBATION DU PATIENT COVID 19</p> | <p>SORTIE DU BLOC COVID 19</p> |