



**Association des Anesthésistes-Réanimateurs Pédiatres d'Expression
Francophone**

**Protocole de prise en charge des patients pédiatriques en période
d'épidémie de COVID hors cas confirmés COVID+**



L'objectif de ces recommandations est la protection des soignants, la limitation de la propagation du virus tout en évitant une sur-utilisation des ressources.

Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer en fonction des données de la science et des observations du terrain.

En cas de cas COVID confirmé, les recommandations de la SFAR doivent être appliquées.

Application en toute circonstance des mesures barrières 1 :

- Lavage des mains dès votre arrivée à l'hôpital puis régulièrement à chaque étape.
- Désinfection de tout ce que vous avez touché (ordinateurs, badges, stéthoscope, ...) avec produit désinfectant/détergeant
- Éviter tout contact physique avec les soignants (mains, visage....)
- Privilégier les réunions téléphoniques aux réunions présentes.
- Ne pas toucher son visage.
- Prendre le temps nécessaire à chaque étape pour vérifier l'auto-respect des mesures d'hygiène

Doivent être considérés comme Patients à risque de COVID19, les enfants présentant un des symptômes suivants :

- Contact familial (COVID19+ ou toux et fièvre chez les parents)
- Rhinite + Fièvre > 38°
- Diarrhée et/ou vomissement
- Auscultation pulmonaire anormale
- Toux
- Fièvre isolée > 38°
- Anosmie et/ou dysgueusie

Pour rappel : les enfants fortement suspects de Covid+ doivent être testés avant la chirurgie semi urgente (et annulés si cela est possible) sauf urgence vitale.

CONSULTATION D'ANESTHESIE

En l'absence de signe d'infection des voies aériennes supérieures, la consultation d'anesthésie doit se faire en respectant les gestes barrières :

- Port d'un masque chirurgical pour le soignant et l'enfant
- Gants (simple couche)
- 1 seul parent, pas de fratrie

En cas de suspicion d'enfant COVID19 la consultation d'anesthésie doit se faire en respectant les principes suivants :

- Port d'une casaque chirurgicale soignant
- Port de lunettes de protection
- Port d'un masque FFP2 pour le soignant et d'un masque chirurgical pour le patient et le parent
- Gants

Recherche chez les parents, ainsi que chez les personnes vivant dans l'environnement de l'enfant, d'une symptomatologie actuelle ou récente, de type respiratoire dans un contexte fébrile

Favoriser pour les interventions semi-urgentes la télé-consultation (téléphone, WhatsApp....)

PATIENT A RISQUE DE COVID-19

Prise en charge des voies aériennes

Système de pression dans la salle d'opération : à valider par le département local d'hygiène

Préparation du circuit du ventilateur

- Le montage du circuit doit comporter deux filtres : un proximal sur le bloc expiratoire du ventilateur et le second avant le patient. Ce système devra être changé après la réalisation du cas et jeté dans la poubelle jaune de la salle.



Matériel spécifique à la situation

- Deux masques FFP2 un pour la gestion des voies aériennes et l'autre gardé scellé pour le changement de main en cas d'échec
- Lunettes de protection ou visière
- Casaque chirurgicale
- Callot jetable qui couvre cheveux et oreilles
- 1 paire de gants
- Vidéo-laryngoscope si disponible
- Masques chirurgicaux pour tous les intervenants et pour le patient
- Reste du matériel sans particularité

Gestion des voies aériennes

- L'oxygénation haut débit (optiflow[®]) est proscrite
- En cas de ventilation manuelle, le masque d'anesthésie doit être ajusté à deux mains pour minimiser les fuites et éviter l'aérosolisation.
- La préoxygénation, la ventilation et la sécurisation des voies aériennes doivent être faites par la personne la plus expérimentée avec masque **FFP2, lunettes, gants et casaque chirurgicale** ; pour les autres intervenants masque chirurgical en respectant, si possible, les mesures barrières de 1 mètre.
- Débit de gaz frais < 6l/min
- L'intubation trachéale est le mode de contrôle des voies aériennes à privilégier.
- Mettre le respirateur en pause avant d'enlever le masque facial, jusqu'à ce que les VAS soient contrôlées.
- La ventilation mécanique en pression positive ne doit être démarrée qu'après gonflage du ballonnet de la sonde d'intubation.
- Privilégier un vidéo-laryngoscope ou air-track connecté à un écran (afin de permettre de rester à distance du visage en cas d'intubation)
- Privilégier des intervenants expérimentés afin de diminuer les manipulations secondaires à plusieurs tentatives d'intubation.
- Réglage du respirateur par une personne différente de celle qui a pratiqué les manœuvres sur les VAS
- Discuter de la curarisation afin de faciliter l'intubation et d'éviter les épisodes de toux à l'intubation

- Privilégier les inductions intraveineuses qui limitent les complications respiratoires chez l'enfant présentant une hyperréactivité des VA et les durées de ventilation manuelle
- Dans le cas de changement d'intervenant pour l'intubation il convient d'avoir un masque FFP2 et des lunettes prêtes à l'emploi
- Les mêmes mesures doivent être appliquées à l'extubation
- Réveil sur table et, si possible, surveillance post opératoire en salle d'opération
- Si passage en SSPI : zone dédiée, personnel équipé de surblouse, masque chirurgical et gant
- Après extubation et sortie de SSPI (ou bloc opératoire), le patient devra porter un masque chirurgical pendant toute la durée de son hospitalisation

Après sortie du patient

- Le circuit du respirateur et le matériel à usage unique doivent être mis dans la poubelle qui sera scellée.
- Les lunettes peuvent être réutilisées après désinfection simple
- Nettoyage complet du matériel

PATIENT SANS RISQUE DE COVID-19

Dans ce cas, compte tenu de l'incidence non négligeable des formes asymptomatiques, il est préconisé d'appliquer les mesures barrières intermédiaires

Prise en charge des voies aériennes

Préparation du circuit du ventilateur

- Le montage du circuit doit avoir deux filtres, un proximal sur le bloc expiratoire et le second connecté au patient. Hormis le filtre connecté au patient, le reste du système pourra être réutilisé pour un prochain patient

Matériel spécifique à la situation

- Masques chirurgicaux pour tous les intervenants et pour le patient
- Gants
- Callot jetable qui couvre cheveux et oreilles
- Reste du matériel sans particularité

Gestion des voies aériennes

- L'oxygénation haut débit (optiflow[®]) est proscrite
- Gants, surblouse et lunettes pour la personne qui prend en charge les voies aériennes
- L'intubation pourra se faire avec un laryngoscope normal à usage unique
- Privilégier les inductions intraveineuses qui limitent les durées de ventilation manuelle
- Les mêmes mesures doivent être appliquées à l'extubation
- Réveil sur table et si possible surveillance post opératoire en salle d'opération.
- Si passage en SSPI : zone dédiée, personnel équipé de surblouse, masque chirurgical et gant
- Le patient extubé devra porter un masque chirurgical pendant toute la durée de son hospitalisation

Après sortie du patient

- Le Matériel à usage unique doit être mis dans la poubelle sans nécessité de la changer.
- Nettoyage complet du matériel

CAS PARTICULIERS

Endoscopies trachéo-bronchiques ou laryngées sous anesthésie générale que l'enfant soit ou non suspect :

- Précautions COVID+ systématiques (pour l'ORL ou pneumologue sénior)
- Deux autres masques FFP2 dispo pour l'IADE (ou interne d'anesthésie) et l'interne de spécialité si besoin d'assistance à la tête.
- Suites dans un secteur normal ou Covid selon l'existence ou non de signes (fièvre, toux, rhinite, anosmie perte de goût sans obstruction nasale)

Chirurgie endonasale

Toute chirurgie endonasale non urgente est à proscrire en période d'épidémie : risque d'aérosolisation dans l'air en cas de COVID +.

Chirurgie à maintenir si atrésie choanale bilatérale ou sténose des orifices piriformes mal tolérées sur un nouveau-né. Un test COVID préalable est indispensable.

Les ORL sont prévenus qu'on ne fait plus de drainage d'ethmoïdite aigue par voie endonasale, utiliser une voie d'abord externe

Autres indications au cas par cas mais exceptionnelles