

AG inhalatoire chez l'enfant NON suspect COVID-19 en période épidémique

CONTEXTE

- Induction inhalatoire** quand l'induction intraveineuse est moins bénéfique pour le patient ou abord veineux difficile
- Contexte épidémique** COVID-19 stade 3
- Aucun signe fonctionnel évocateur de COVID-19 chez l'enfant (fièvre – toux – auscultation anormale – signes digestifs – signes ORL comme dysgueusie et anosmie) ou l'entourage familial
- Cette fiche **ne concerne pas** les patients fortement suspects de COVID 19 ou COVID 19 confirmés ni l'induction IV.
- En cas de suspicion de COVID 19 l'enfant doit être testé avant la chirurgie (sauf urgence vitale immédiate) si possible

OBJECTIF: rendre l'induction inhalatoire la plus sécuritaire pour protéger les soignants dans un contexte où la majorité des patients sont asymptomatiques

Avant induction

EFFECTIFS

- Personnel réduit au strict nécessaire en salle
 - 1 MAR – 1 IADE – IBODE(s) ou AS /AP
- Limitation des allers et venues au strict minimum (matériel, sortie de SSPI, téléphone etc)

REPARTITION DES TACHES

- MAR ou IADE (expérimenté) à la tête d'emblée
- 2^{ème} MAR ou IADE gère les drogues et le respirateur
- Infirmier ou AS de salle en soutien (maintien de l'enfant, appel à l'aide si nécessaire...)

MESURES BARRIERES SOIGNANT

- A la tête (intubation): masque FFP2 + lunettes de protection + gants + surblouse manches longues + calot
- Autres intervenants: masque chirurgical en place, gants pour voie veineuse

MESURES BARRIERES ENFANT POUR LE TRANSFERT

- Quel que soit le statut immunitaire: masque chirurgical du service jusqu'à l'induction et de la SSPI au service d'accueil

Tout doit être fait pour éviter que la personne à la tête ne doive toucher autre chose que l'enfant avant la fin de l'induction et le retrait des gants (respirateurs, électrodes, seringues etc)

La solution hydro-alcoolique doit être utilisée au maximum entre chaque manipulations

Induction

OBJECTIF: limiter au maximum l'aérosolisation et le risque de contamination qui est élevé lors de l'induction inhalatoire

RESPIRATEUR

- 1 filtre branche expiratoire/1 filtre connecté au patient
- Débit de gaz frais le plus bas possible (max 6L/min) (3L/min pour poids < 10kg)
- Pas oxygénation haut débit
- VSAI possible si étanchéité du masque optimale (bénéfice risque en faveur de l'AI notamment chez les nourrissons)
- Manipulation respirateur et cuve halogéné toujours par la même personne qui n'est pas à la tête
- Pause du respirateur à chaque débranchement ou interruption de ventilation au masque

GESTION DES VAS

- Matériel de gestion des VAS sur table dédiée
- Masque ajusté à deux mains pour minimiser les fuites
- Intubation (ou dispositif supraglottique)
- Débuter la ventilation après gonflage du ballonnet

DROGUES D'INDUCTION

- Protocole d'anesthésie permettant le contrôle rapide des VAS
- Co-induction Sévo – Morphinique classique + Propofol (attention hémodynamique) ou curare

EXTUBATION

- SSPI ou salle d'intervention
- 1 personne à l'extubation avec précautions de l'intubation (gants, masque FFP2, lunettes de protection, surblouse)
- 1 personne gère les autres manipulation (monitorage, drogues, aide)
- Arrêt de la ventilation avant dégonflage du ballonnet; extubation pression positive
- Si possible masque chirurgical pour l'enfant jusqu'au retour dans le service d'accueil