

# AG en urgence chez l'enfant à risque de COVID19 (non testé)

## CONTEXTE

- AG de l'enfant symptomatique: rhinorrhée claire ou purulente + fièvre >38°C / toux / auscultation pulmonaire anormale / fièvre isolée >38°C / signes ORL (dysgueusie, anosmie) / signes digestifs (diarrhées, vomissements)
- ou avec des facteurs d'exposition au COVID 19 (contact familial COVID + ou toux et fièvre chez parents).
- Les enfants fortement suspects de COVID 19 doivent idéalement être **testés** avant chirurgie semi-urgente (et reportés si possible s'ils sont positifs), sauf urgence non différable.

**OBJECTIF: rendre l'induction inhalatoire la plus sécuritaire possible pour protéger les soignants tout en mettant en balance les ressources limitées de notre système**

## 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<sup>ème</sup> 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 + casaque chirurgicale + calot jetable + gants
- Un masque FFP2 en réserve si changement de main pour intubation
- Autres intervenants: masque chirurgical en place, gants si contact avec le malade, distance 1m lors de l'intubation (hors aide)

### MESURES BARRIERES ENFANT POUR LE TRANSFERT

- Masque chirurgical jusqu'à induction

### MATERIEL

- Respirateur: un filtre proximal au respirateur sur branche expiratoire, un filtre connecté au patient
- Le circuit et les filtres seront jetés après utilisation et la poubelle changée

**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**

### DROGUES D'INDUCTION

- Protocole d'anesthésie permettant le contrôle rapide des VAS en évitant la toux, **induction IV** dès que possible

### RESPIRATEUR

- Débit de gaz frais le plus bas possible (max 6L/min)
- Pas d'oxygénation haut débit
- VSAI et ventilation contrôlée possible si étanchéité du masque optimale
- Manipulation respirateur et cuve halogéné toujours par la même personne (autre que celui qui intube)
- Pause du respirateur à chaque débranchement ou interruption de ventilation au masque

### GESTION DES VAS

- Matériel de gestion des VAS sur table dédiée
- Vidéolaryngoscope déporté si disponible
- Masque ajusté à deux mains pour minimiser les fuites
- Intubation (préférée au masque laryngé)
- Débuter la ventilation après gonflage du ballonnet

### EXTUBATION

- Réveil sur table et surveillance post-op en salle – transfert direct vers le service d'accueil si possible
- 1 personne à l'extubation avec les précautions de l'intubation
- 1 à 2 personnes gèrent les autres manipulation (monitorage, drogues, aide)
- Arrêt de la ventilation avant dégonflage du ballonnet; extubation pression positive
- Si possible masque chirurgical pour l'enfant d'emblée (ou masque O2) jusqu'au retour dans le service d'accueil
- Nettoyage complet du matériel. Circuit et usage unique dans une poubelle scellée (selon reco hygiène locales).