

SAMU 78 – Centre 15		Procédure n° :COVID 19 – N3
<u>Responsable</u> : C. Cazenave J. Amani <u>Fonction</u> : Coordination SMUR <u>Signature</u> : Rédacteur : FG/PF/FB/ CP/CC	<u>Approbateur</u> : O. RICHARD <u>Fonction</u> : Chef de Service Chef de Pôle <u>Signature</u> :	<u>Version</u> : 4 <u>Date de création</u> : 15.03.2020
		<u>Liste de diffusion</u> : SAMU78
PRISE EN CHARGE DES VOIES AERIENNES EN SMUR POUR PATIENT SUSPECTS COVID-19		

Historique des modifications		
Numéro de version	Date de mises à jour	Nature des modifications
1	13.03.2020	création
2	15.03.2020	IOT
3	15.03.2020	Photo respi et aerosols
4	05.04.2020	Photos montage
5	08.12.21	VNI et O2 Haut débit

OBJET - OBJECTIF

Organisation de la prise en charge des voies aériennes en SMUR pour les patients suspects COVID-19.

DESCRIPTION – CONTENU

Prise en charge des voies aériennes d'un patient suspect COVID-19, par une équipe SMUR, afin d'éviter la **dissémination de l'agent infectieux par aérosols** et la contamination des personnels.

- Une intubation **précoce** doit être envisagée chez un patient présentant une détérioration rapide ou d'emblée des critères de gravité.
- Lors de la prise en charge de patient suspects de COVID-19 en détresse respiratoire, l'utilisation de la **VNI** (si hypercapnie ou épuisement respiratoire) ou de l'Oxygénothérapie Haut débit (AIRVO2) est à envisager en priorité.
- Les Aérosols thérapeutiques sont **eux aussi utilisables**.

ORGANISATION ET PROCEDURE

→ Les mesures proposées ont pour objectif d'éviter la dissémination de l'agent infectieux ainsi que la contamination des personnels et du matériel.

→ Les personnels de l'équipe doivent porter des EPI – Equipement de Protection Individuels - adaptés « aux soins à risque de projection » avant, pendant et après les gestes à risque : sur-blouse blanche étanche (sac intubation difficile) ou sur blouse de bloc ou combinaison : **masque FFP2 indispensables**

→ Heaume / visière en plastique disponible
P01 dans les UMH / au-dessus du réfrigérateur VL



→ L'aération du lieux dans lequel on réalise ces gestes à fort risque d'aérosolisation doivent êtres ventilés au maximum : ouvrir les portes et fenêtre, et dans l'UMH ouvrir les aérateurs. Lors de l'Utilisation de l'Oxygénothérapie Haut Débit utiliser le détecteur d'O2 atmosphérique (cf procédure AIRVO)

→ Définir verbalement en assignant clairement les tâches et les postes respectifs de chacun :

- Médecin et IADE « sales » auprès du patient,
- Ambulancier « propre » qui gère le matériel.

MONTAGE DU CIRCUIT POUR LA VENTILATION

Dans l'ordre :

- ☐ Placer les filtres machines sur les sorties inspiratoires et expiratoires de l'Elisée / sur la mono sortie inspiratoire expiratoire de l'Osiris.
- ☐ Brancher le circuit
- ☐ Brancher la ligne de capnographie après la pièce en Y /
- ☐ Placer un filtre patient après le capteur de capnographie + raccord annelé
- ☐ Connecter le système d'aspiration clos (embout en T: voir photo) / penser à garder le bouchon bleu qui permet l'étanchéité du système.
- ☐ Connecter le masque facial / sonde d'intubation

Photos du matériel en fin de procédure

PROCEDURE D'INTUBATION – ordre de la séquence IMPORTANT

La gestion des voies aériennes (Intubation) doit être réalisée par le personnel le plus expérimenté afin de ne pas multiplier les laryngoscopies.

L'opérateur porte une sur-blouse imperméable / combinaison étanche / sur-blouse de bloc + heaume ou visière plastique

- ☐ **Pré-oxygénation** type **VNI** à deux mains pour minimiser les fuites, avec le respirateur en VS-AI et une FiO_2 à 1. Pas d'utilisation du BAVU.
- ☐ **ISR** selon les critères habituels : Hypnomidate - Célocurine
- ☐ **Mettre en pause** le respirateur, retirer le masque
- ☐ Laryngoscopie, intubation et **gonflage** du ballonnet
- ☐ **Raccorder** la sonde au respirateur.
- ☐ **Redémarrer** le respirateur dès que le patient est raccordé au tuyau.
- ☐ Mettre le masque facial « sale » et le manche du laryngoscope avec sa lame, dans le sac jaune « à décontaminer »

Curarisation nécessaire patient pour éviter la toux et la dissémination des sécrétions contaminées.

→ Esméron® Rocuronium bolus à 0.6 mg/kg puis entretient à 0.2 à 0.3 mg/kg.

Sédation profonde → immobilisation et maintien tête indispensable coquille dépressurisée

Rappel des principes de ventilation du SDRA

Volume Courant 6-7ml/kg (poids idéal)

FR 15 à 25

PEP ≥ 5 (si Obèse 8)

FiO_2 100 % puis diminuer progressivement QSP $SpO_2 > 95\%$

CHANGEMENT DE RESPIRATEUR (au départ ou à l'arrivée dans un service de réanimation)

- ☐ Démarrer le respirateur du service receveur, après réglages
- ☐ Mettre notre respirateur de transport en pause.
- ☐ Clamper la sonde d'intubation avec la pince à clamer bleue + compresse
- ☐ Déconnecter le circuit patient au niveau de la ligne de capnographie
- ☐ Brancher le circuit du respirateur du service receveur.

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN VENTILATION NON INVASIVE (initié ou non par le SMUR)

Attention, le mode de Ventilation Non Invasif est vecteur d'**aérosolisation** ++++
Les mesures barrières sont les mêmes que dans le cadre d'une intubation et d'une Ventilation Invasive

- Pré-régler le respirateur
- Poser le masque sur le visage du patient le fixer sans fuite
- **Connecter le respirateur et démarrer** la ventilation
- Minimiser ++++ les fuites au maximum
- A l'arrêt de la VNI, mettre d'abord sur pause le respirateur et ensuite retirer le masque facial.

FIN DE PROCEDURE

- Eliminer tout le matériel à usage unique dans un carton DASRI.
- Décontaminer le respirateur et le manche du laryngoscope dans la chambre du patient.
- Elimination des EPI dans le service receveur dans sac DASRI.
- Changer la valve expiratoire et membrane de l'Elysée 350, qui sera décontaminée selon la procédure habituelle + auto test pour vérifier le bon fonctionnement de la nouvelle valve.

Montage Commun sonde d'intubation

Raccord en T Avec système d'aspiration clos / Sonde d'intubation + Filtre patient + capteur EtCO2 → circuit Elisée ou circuit Osiris



Filtres Elisée 350

- 1 filtre machine sur la voie expiratoire **et** inspiratoire du respirateur (=2 filtres machine)

- 1 filtre patient



Filtres Osiris



- 1 filtre machine (circuit monobranche)
- 1 filtre patient
- Tous les circuits Osiris ne supportent pas les capteurs EtCO2

Références

Propositions pour la prise en charge anesthésique d'un patient suspect ou infecté à Coronavirus COVID-19

Montravers Département d'Anesthésie-Réanimation CHU Bichat Claude Bernard. APHP, Paris. France.

J.C. Lucet Unité Hospitalière de Lutte Contre les Infections. CHU Bichat Claude Bernard. APHP, Paris. France