

# MISE À JOUR COVID-19

## ANESTHÉSIOLOGIE ET BLOCS OPÉRATOIRES

Par : Sébastien Michaud & Frédéric Mior, Anesthésiologistes, CIUSSSE-CHUS

Validations : PCI, Départements d'anesthésiologie, de chirurgie et de gynéco-obstétrique

13 janvier 2023

### TRANSITION VERS LA NORMALE

On progresse vers une diminution des mesures partout dans la société avec comme objectif final d'avoir un fonctionnement basé sur la gestion des risques malgré l'existence de la COVID.

Pour la prise en charge au bloc opératoire, diverses mesures qui ont été utiles pendant la pandémie doivent maintenant être retirées.

Les aspects suivants font donc l'objet d'allègements:

- Le dépistage systématique pré-chirurgie
- Les protections utilisées lorsque le test COVID n'est pas disponible.
- L'extubation en salle d'opération.
- Salle de réveil
- La gestion des urgences U5-U6 lorsque le test de dépistage n'est pas disponible.
- La prise en charge des cas COVID connus (plan D)
- Le matériel en salle dédiée COVID

Les mesures décrites dans cette mise à jour peuvent être appliquées **dès le 23 janvier 2023** et ont fait l'objet d'échanges avec la PCI et la chirurgie.

### DÉFINITION D'UN CONTACT À RISQUE

- Contact **élargi** (à risque modéré) :
  - Usager provenant d'un étage ou d'un milieu en éclosion (ex : RPA)
- Contact **étroit** (à risque élevé) :
  - Contact avec un cas confirmé sans ÉPI à moins de 2 mètres pendant plus de 10 minutes.
  - Contact domiciliaire

### DÉFINITION D'UNE VACCINATION COMPLÈTE

Une séquence de vaccination est complète dans les 2 situations suivantes :

- Adulte n'ayant pas fait d'épisode de COVID
  - Primovaccination complète suivi d'une dose de rappel
- Adulte ayant fait un épisode de COVID
  - Primovaccination complète.

**N.B.** : Primovaccination complète = Deux doses de vaccin homologué ou trois doses chez les usagers immunosupprimés ou dialysés

### RAPPEL CONCERNANT LES ÉPI

- ÉPI **N95/C/O** :
  - N95 + Jaquette jaune + Protection oculaire + gants
- ÉPI **A/C/O** :
  - N95 + Jaquette de niveau 3 ou 4 (jaquettes bleues) + Protection oculaire + gants

## DÉPISTAGE COVID PRÉOPÉRATOIRE

- Le dépistage dans les **72h pré-opératoires** des usagers sera restreint aux seules indications suivantes (que la chirurgie soit élective ou urgente) :
  - L'usager a des symptômes OU
  - Histoire de contact élargi/étroit d'un cas confirmé (TAAN ou test rapide) dans les 10 derniers jours OU

N.B. : Voir section suivante si histoire de contact et chirurgie avec hospitalisation

- Histoire (exposition, symptôme et ATCD COVID) impossible à obtenir

**N.B.** : On ne dépiste jamais les usagers ayant eu la COVID prouvée (TAAN ou test rapide) dans les **3 derniers mois**.

## CONTACT COVID ET CHIRURGIE AVEC HOSPITALISATION PRÉVUE

Pour les usagers avec histoire de contact à risque élargi ou étroit **ET** chirurgie avec hospitalisation post-op prévue.

**Important** : Comme la COVID peut se développer dans les 10 jours suivant le contact et étant donné les risques de complications pulmonaires et de mortalité augmentés chez les usagers en chirurgie majeure (définie ici par chirurgie nécessitant une hospitalisation) qui développent la COVID pré ou post op, l'approche de ces usagers sera la suivante :

- Si l'usager **n'a pas complété** sa séquence de vaccination complète (voir définitions ci-haut et INSPQ) **ET** qu'il n'a pas eu la COVID dans le dernier 3 mois (prouvé TAAN ou test rapide) :
  - Vérifier avec l'anesthésiologiste et le chirurgien la pertinence de reporter la chirurgie.
  - Une fois que 10 jours après le dernier contact se sont écoulés :
    - Valider l'absence de symptôme
    - Débuter la planification de la chirurgie et procéder au dépistage préopératoire dans les 72h pré-opératoires si nécessaire selon ce qui est écrit ci-haut.
- Autrement : Dépister l'usager et procéder à la chirurgie si le dépistage est négatif.

## APPROCHE SETUP SIMPLIFIÉE

Le questionnaire des symptômes et des contacts deviendra le principal outil décisionnel pour la prise en charge des usagers non dépistés. IL DOIT ÊTRE RIGOREUSEMENT REMPLI.

La gestion du risque assumera maintenant que la grande majorité des intervenants et des usagers sont suffisamment protégés (vaccins, EPI, infection ancienne) contre la COVID advenant qu'un cas « passe entre les mailles du filet ».

La prise en charge pour l'utilisation des protections sera simplifiée de la manière suivante, que le contexte soit électif ou urgent :

**Usager Asx et sans contact modéré \ élevé (sans test de dépistage)** : Plan A

**Usager avec Sx suggérant la COVID et \ ou avec contact élargi ou étroit** : Dépister. Attendre le résultat du dépistage à moins d'urgence U4 ou moins :

- Utiliser plan A si le dépistage est négatif
- Utiliser plan C si résultat du dépistage impossible à obtenir avant la chirurgie.
- Utiliser plan D si le dépistage est positif et que la chirurgie ne peut être reportée.

**N.B.** : Pour les usagers provenant d'un étage en éclosion :

- Un test COVID est fait aux usagers au moment où l'éclosion est déclarée. Attendre ce résultat si possible.
- Si l'usager est admis sur un étage déjà en éclosion ou qu'il y est depuis plusieurs jours, un test COVID fait dans les 72h précédentes est valide.

**Usager COVID Confirmé par test (rapide ou TAAN)** dans les 10 derniers jours (21 jours si COVID sévère ou usager avec immunosuppression significative) :

- Pour la protection du personnel : Reporter la chirurgie ou utiliser Plan D si le report est impossible.

**N.B.** : Pour diminuer les complications pulmonaires chez l'usager, reporter la chirurgie selon les recommandations en vigueur post-COVID, tout en tenant compte du risque/bénéfice de ce report (voir section délai post-COVID).

**Usager dont l'histoire d'exposition ou de symptômes est impossible à obtenir (ex. trauma 1111) :** Dépister et utiliser le plan C si l'attente du résultat avant de procéder n'est pas possible. Gérer le risque à posteriori selon le résultat du dépistage. Le plan D n'est plus nécessaire dans ces situations.

## EXTUBATION EN SALLE D'OPÉRATION

Pour les usagers faits en plan A, l'extubation peut continuer d'être effectuée à la salle de réveil selon les critères usuels hors-COVID. **Les usagers faits avec les autres plans doivent être extubés en salle selon les procédures, avant d'être transférés en salle de réveil.**

## SALLE DE RÉVEIL

La salle de réveil peut dorénavant **TOUJOURS** avoir lieu à la salle de réveil, même pour les usagers COVID positif. Toutefois, tel que mentionné au paragraphe précédent, les usagers des plans autres que A doivent avoir été extubés en salle d'opération. L'usager doit cependant demeurer à plus de 2 mètres des autres usagers et le personnel à moins de 2 mètres doit utiliser l'ÉPI N95/C/O.

## MATÉRIEL EN SALLE DÉDIÉE COVID

Étant donné que les données démontrent une faible transmission de la COVID par contact, le matériel peut dorénavant demeurer en salle dédiée COVID. Il doit cependant être à plus de 2 mètres du patient et manipulé seulement par une personne non contaminée.

## PERSONNEL À PLUS DE 2 MÈTRES

Pour tous les plans, incluant le Plan D, le personnel peut maintenant utiliser l'ÉPI N95/C/O (Jaquettes jaunes) s'il demeure **en tout temps à plus de 2 mètres** de l'usager, et ce même lors d'IMGA. Ainsi, en respectant la procédure de déshabillage, il sera plus facile pour le personnel non contaminé de circuler à l'extérieur de la salle et du SAS. Cela élimine, pour la majorité des cas, le besoin d'une équipe supplémentaire.

## DÉLAI D'ATTENTE POST-COVID

Suite à la révision de recommandations américaines, canadiennes et britanniques et à plusieurs discussions, voici une mise à jour/rappel concernant les délais post-COVID. Malheureusement,

les données sont trop faibles pour alléger cette conduite chez les patients vaccinés, donc elle s'applique à tout le monde pour le moment.

Il est important de distinguer le délai d'attente associé à la contagion qui permet de protéger le personnel et les délais ci-dessous qui permettent de diminuer le risque de complication post-opératoire pour les patients.

Tous les délais sont calculés à partir du test positif ou du début des symptômes, comme il est fait actuellement.

- Chirurgie ou Intervention sous anesthésie générale ou qui nécessitent présence d'un anesthésiologiste :
  - Attendre 4 à 7 semaines suite à une infection à la COVID asymptomatique ou légère (sans symptôme respiratoire bas (dyspnée, tachypnée, désaturation, infiltrat pulmonaire, pneumonie...)). Si la chirurgie à lieu avant 7 semaines, ils devraient être avisés d'un risque de complication pulmonaire légèrement plus élevé que la moyenne.
  - Attendre 7 semaines pour les patients ayant eu une atteinte modérée à sévère (symptômes respiratoires bas et/ou hospitalisation), chez qui les symptômes persistent ou qui sont immunocompromis.
  - Attendre 12 semaines pour les patients ayant été admis aux soins intensifs.

TOUTEFOIS, l'urgence de la chirurgie ou de l'intervention (et les difficultés d'accès au bloc opératoire) peuvent justifier de procéder avant ce délai. Avant d'annuler une chirurgie pour ce motif, il faudra valider avec l'équipe médicale (anesthésiologistes et chirurgiens) s'il est adéquat pour le patient d'être reporté. **Dans plusieurs cas, le risque de reporter l'intervention peut être important et il sera décidé de procéder sans attendre ce délai. Dans tous les cas, le jugement des cliniciens prime et un consentement éclairé, documenté clairement au dossier, doit être fait avec le patient.**

- Pour les chirurgies ou interventions sous anesthésie locale :
  - Idéalement, les patients ne devraient pas être opérés pendant leur période de contagiosité, sauf exception. Donc :
    - Attendre la fin de la période de contagiosité (pour la plupart des patients, ce sera 10 jours après le début des symptômes ou du résultat du test covid +. Se référer à la PCI pour les délais)
    - Si après la période de contagion le patient présente toujours des symptômes importants, reporter la chirurgie tel que procédure habituelle pour d'autres types d'infection (Influenza, IVRS...)

Des recommandations provenant d'autres spécialités que l'anesthésiologie existent probablement, donc des délais supplémentaires pourraient s'appliquer.

## RÉSUMÉ : CHIRURGIE ET COVID (DÉC 2022)

<p><b>COVID + par PCR ou test rapide</b></p> <p><b>(Pendant la période de contagion. Voir recommandations PCI)</b></p>	<p>Opérer les cas non-reportables seulement</p> <p>Utiliser le plan D</p>
<p><b>CONTACT ÉLARGI OU ÉTROIT</b></p>	<p>On reporte chirurgie seulement si:</p> <p>Chirurgies majeures (définie par chirurgie avec hospitalisation)</p> <p>ET</p> <p>Usager non-adéquatement vacciné ET sans ATCD de COVID dans les derniers mois</p> <p>(Voir section « dépistage préopératoire » pour détails de la prise en charge de ces usagers)</p> <p>On planifie chirurgie si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asymptomatique <u>EI</u>,</li> <li>• Test négatif pré-op* <u>EI</u>,</li> <li>• Chirurgie d'un jour OU Chirurgie urgente* (U4 ou plus urgent) OU Chirurgie majeure chez un usager adéquatement vacciné ou ayant eu la COVID prouvé (TAAN ou Test rapide) dans les derniers 3 mois</li> </ul> <p>*Protections à utiliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Test négatif ou COVID &lt; 3 mois : Plan A</li> <li>• Test non disponible (contexte urgence U4 et plus urgent) : Plan C</li> </ul>
<p><b>DOUBLE NÉGATIF (Pas de Sx et pas d'exposition modérée\élevée)</b></p> <p><u>OU</u></p> <p><b>TEST négatif dans les dernières 72h</b></p> <p><u>OU</u></p> <p><b>COVID + dans le dernier trois mois (et période d'isolement terminée)</b></p>	<p>PLAN A (avec extubation en salle d'opération OU en salle de réveil)</p>
<p><b>Histoire sur les contacts, les symptômes ou les ATCD COVID impossible à obtenir</b></p> <p><u>EI</u></p> <p><b>Résultat de test non disponible</b></p>	<p>PLAN C</p>

ANNEXE : TABLEAU SYNTHÈSE DES PLANS (MAJ 19 DEC 2022)

	<b>Plan A</b>	<b>Plan C*</b>	<b>Plan D*</b>
Type de Salle	Toutes	Toutes	COVID (sauf si ALR sans risque de conversion)
Changement air (délais)	Pas de délai	Pas de délai	Respect des délais ou ACO pour tous
Extubation	SOP ou salle de réveil	En salle	En salle
Lieu de la salle de réveil	Salle de réveil	Salle de réveil avec précautions	Salle de réveil avec précautions
ÉPI pour personnel en tout temps à <b>plus de 2 mètres</b> du patient	Usuel	N95/Jaquettes jaunes/Oculaire/Gants	N95/Jaquettes jaunes/Oculaire/Gants
EPI pour intubation (intubateur ET personnel à moins de 2m lors de l'intubation)	Usuel	N95/Jaquettes jaunes/Oculaire/Gants	N95/Jaquettes <b>Bleues</b> /Oculaire/Gants
Matériel de la salle (hors armoires fermées) et intersalle	Normal	Normal	Maintenir à plus de 2 mètres de l'usager. Doit être manipulé par du personnel non-contaminé.
Personne dans le SAS \gestion de la circulation du SAS	Non requis	Non Requis	<b>Non requis</b> <b>(possible de circuler entre la salle et le SAS avec les EPI)</b>
Faire venir équipe de backup pendant le cas (pour répondre aux autres situations pendant que l'équipe est mobilisée par le cas et pour aider au cas)	Non requis	Non Requis	Cas par cas
Transport de l'usager	Régulier	Régulier avec ÉPI	Régulier avec ÉPI
Port du masque par l'usager en tout temps	Oui	Oui	Oui

\* UTILISER LA SÉQUENCE D'INTUBATION MODIFIÉ À MOINS DE CONTRE-INDICATION