

Recommandations pour transfert interhospitalier d'enfants avec un diagnostic suspecté ou confirmé d'infection au virus SARS-CoV-2 (COVID-19)

Préambule

Les connaissances à propos du virus émergent SARS-CoV-2 (COVID-19) sont en constante évolution. Partout au Québec, au Canada et ailleurs de le monde nous tentons de comprendre comment prendre en charge efficacement et sécuritairement des patients atteints ou suspectés de cette nouvelle maladie. Le présent document reflète ce que nous pensons être les meilleures pratiques à ce moment-ci de la pandémie pour à la fois optimiser la prise en charge du patient et protéger les équipes soignantes. Ces recommandations s'appliquent principalement au transfert terrestre puisque des protocoles spécifiques existent pour le transport aérien. Ce document ne remplace pas le jugement du clinicien.

Objectifs

- Favoriser la prise en charge optimale et sécuritaire d'un patient pédiatrique suspecté ou diagnostiqué avec une infection au virus SARS-CoV-2 nécessitant un transfert interhospitalier
- Minimiser le risque de contamination des équipes soignantes et du personnel pré-hospitalier.

Définition d'un cas suspecté

- *La définition de cas suspectés pour l'urgence et les soins intensifs sera la même que celle fournie par la santé publique du Québec*
- *Tous les cas d'infections respiratoires sévères COVID-19 négatives sans étiologie demeurent en isolation COVID-19 jusqu'au résultat du deuxième test de dépistage.*

Critères pédiatriques d'admission aux soins intensifs

1. FiO₂ > 30 % pour saturation > 90 % (pour les patients avec diagnostic confirmé de COVID-19. Pour les cas suspecté : selon jugement clinique)
2. Détresse respiratoire significative
3. Instabilité hémodynamique persistante malgré une réanimation volémique adéquate
4. Altération de l'état de conscience
5. Tout patient intubé ou nécessitant une ventilation non-invasive

NOTIFICATION DU CENTRE RECEVEUR

Patients avec critères d'admission aux soins intensifs (cf ci-haut)

- 1) Appel au CCAR par le médecin du centre référent
 - Voir diagramme provincial du CCAR en annexe 1 et diagramme interne au CHU Sainte-Justine en annexe 2

- 2) Le CCAR met en place un appel conférence incluant:
 - a) médecin de soins intensifs
 - b) AIC des soins intensifs
 - c) médecin de l'urgence

- 3) Confirmation du statut COVID confirmé ou suspecté du patient selon les définitions de cas actuelles de la santé publique

- 4) Clarifier le trajet du patient à l'arrivée :
 - a) admission d'emblée aux soins intensifs (patients intubés seulement) : dans ce cas les procédures de pré-admission doivent être enclenchées
 - b) passage à l'urgence pour évaluation de l'indication de soins intensifs pour les patients non-intubés

MODIFICATION À LA PRISE EN CHARGE USUELLE AU CENTRE RÉFÉRENT

Bronchospasme / Status asthmaticus

- Ne pas utiliser de médicaments en nébulisation.
- Administrer le salbutamol et/ou l'ipratropium à l'aide d'une aérochambre adapté à l'âge de l'enfant
- Corticothérapie
 - Favoriser dexaméthasone (0,3 mg/Kg, max 16 mg) PO x2 doses à 24-36h d'intervalle au lieu de la prednisone 5 jours (réduire la durée de la corticothérapie)
 - Si corticostéroïde IV requis : favoriser dexaméthasone IV (0,6 mg/Kg, max 16 mg) en 3-5 min sans rediluer x1 dose
 - Si le bronchospasme s'améliore peu avec des traitements répétés de ventolin, considérer l'administration de MgSO4 et de ventolin IV
 - Se référer au guide clinique de l'urgence du CHU Sainte-Justine sur la prise en charge du status asthmaticus

Laryngite

- Administrer la dose usuelle de dexaméthasone (0,6 mg/Kg, max 16 mg)
- Les nébulisations d'épinéphrine devrait être réservées aux laryngites sévères. Elles doivent être réalisées dans une chambre à pression négative avec un masque de VNI. Les personnes présentes dans la salle doivent porter l'EPI appropriée et un masque N95.
- Le traitement à l'héliox pourrait être considéré en fonction de l'état clinique après l'arrivée du patient aux SIP

Bronchiolite

- L'aspiration nasopharyngée des sécrétions doit se faire dans une salle à pression négative. Les personnes présentes dans la salle doivent porter l'EPI appropriée et un masque N95.
- Si possible éviter de réaliser cette technique durant le transport interhospitalier. Penser à le faire avant le départ si nécessaire.
- L'aspiration nasale (cathéter de type BBG) ou le flush nasal à la seringue ne sont pas considérés comme une procédure aérosolisante. Le professionnel de la santé doit porter l'EPI approprié (masque N95, blouse, visière et gants).
- En contexte de pénurie, éviter d'administrer du salbutamol chez le patient de moins de 9 mois. Peu importe l'âge, si un essai de salbutamol est tenté, bien documenté l'amélioration clinique ou non, et ne pas poursuivre le traitement en l'absence d'amélioration clinique significative.

Support ventilatoire durant le transport interhospitalier

En raison du risque d'aérosolisation lors de l'utilisation de la VNI ou de la LNHD et du risque secondaire de contamination pour le personnel hospitalier et pré-hospitalier, nous recommandons de **NE PAS** transporter un patient suspecté ou diagnostiqué avec le virus SARS-CoV-2 sous VNI ou LNHD.

En fonction de l'état clinique du patient, le patient peut être transporté avec comme support :

- **Lunette nasale simple non humidifié ou masque d'oxygène avec réservoir**
 - La lunette nasale simple devrait être la méthode de premier choix pour administrer l'oxygénothérapie si la condition clinique du patient le permet.
 - Le masque d'oxygène est considéré comme une technique potentiellement aérosolisante sur une faible distance autour du patient. Pour diminuer les risques du personnel, il est recommandé de favoriser un masque à oxygène avec réservoir et de ne pas humidifier ou réchauffer l'oxygène. Les professionnels de la santé à proximité du patient devraient porter un EPI approprié avec un masque N95.

- **Intubé avec ventilation mécanique et ventilateur de transport** (la ventilation manuelle au bag est déconseillée autant que possible puisqu'elle augmente le risque d'aérosolisation)
 - Considérer intubation précoce avec ventilation mécanique si le patient ne semble pas tolérer LN ou ventimask et semble à risque de détériorer sa condition respiratoire durant le transport
 - Se référer à la procédure d'intubation spécifique pour les patients COVID

Si le patient est transporté intubé

- Éviter de ventiler le patient au ballon. Le patient devrait être connecté à un respirateur adapté à son poids (tubulure pédiatrique, EtCo2 pédiatrique en fonction du matériel utilisé et du poids de l'enfant).
- S'assurer d'installer le filtre viral HEPA/Stérivent au niveau du TET (peu importe le mode de ventilation du patient)
- Éviter de déconnecter le TET du circuit
- Maintenir le ballonnet gonflé
- Si une aspiration des sécrétions endotrachéales dans le TET doit être réalisé, celle-ci devrait être fait à l'aide d'un circuit fermé préalablement installé (trachcare)
- S'assurer d'une sédation/analgésie (+/- curarisation) adéquate pour éviter le réflexe de toux et de l'asynchronie avec le respirateur
- Installer TNG avant le RxP
- En tout temps, l'équipe de transport ainsi que les paramédics doivent porter un EPI approprié.

Avant le départ du centre référent

- Copie du dossier faxée (aucun document papier ne devrait suivre le patient).
- Pour les patients qui seront admis aux soins intensifs, l'équipe de transport doit être composée d'un MD, d'un(e) infirmière et d'un(e) inhalothérapeute
- S'assurer que les radiographies sont envoyées au PACS.
- S'assurer :
 - que les voies IV sont bien perméables
 - de prévoir médication en quantité suffisante pour la durée du transport
 - d'anticiper la médication nécessaire en cas de détérioration dans l'ambulance
 - d'installer un cathéter de succion fermée pour le patient intubé (type trachcare)
 - d'installer un TNG pour les patients intubés
- Si le patient n'est pas intubé, lui faire porter un masque procédural.
- Si le patient est transporté dans une isolette, l'équipe de transport devrait changer tout l'EPI avant le départ du centre référent, à l'exception du masque N-95 (les masques N-95 peuvent être utilisés pour plusieurs heures et devraient seulement être changés si humides ou souillés). Pour les patients transportés sur une civière, il n'est pas nécessaire de changer l'EPI.

- Aviser le CCAR de l'heure du départ du patient
 - Le CCAR avise l'AIC des soins intensifs et l'urgence du départ du patient (même si transfert directement aux soins intensifs, au cas où le patient doit s'arrêter à l'urgence pour une instabilité nécessitant une assistance immédiate avant son transfert au SIP)

- Aviser le CHU Sainte-Justine en cas de détérioration clinique du patient.

- L'accompagnement parental dans l'ambulance ne sera pas permis pour ces patients.

- Informer les parents des précautions à prendre à l'arrivée au CHU Ste-Justine.

- les parents ne peuvent circuler librement dans l'établissement
- ils doivent se diriger directement du stationnement à la chambre de l'enfant
- de façon exceptionnel, un seul parent est autorisé auprès de l'enfant
- s'assurer que les parents ne présentent pas de symptômes (si un parent développe des symptômes d'allure COVID-19, il doit retourner à la maison et obtenir un rendez-vous dans une clinique de dépistage désignée)
- les parents doivent appliquer les précautions gouttelettes-contacts

Durant le transport interhospitalier

- Diminuer le risque de contamination:
 - Le nombre de personnel soignant dans l'ambulance doit se limiter à ceux requis pour fournir les soins essentiels.
 - L'équipe de transport doit éviter tout contact inutile avec les surfaces du véhicule ambulancier.
 - Considérer ouvrir les fenêtres de l'ambulance si possible
 - L'équipe de transport doit porter l'EPI appropriée.
 - Les paramédics doivent porter les équipements de protection individuelle dictés par les protocoles d'Urgences-Santé.
 - Les transferts de la civière de transport doivent être faits par les paramédics selon les protocoles d'Urgences-Santé.
- Monitoring:
 - Monitoring continu des signes vitaux avec équipement de taille adaptée (TA, RR, FC, SpO2)
 - Monitoring du EtCO2 pour les patients intubés
- En cas de détérioration du patient non intubé :
 - Ventilation au masque et ballon nécessaire:
 - Placer un filtre HEPA/Stérivent entre le masque et le ballon
 - Pour minimiser les fuites et les risques de contamination:
 - Ventiler à 4 mains
 - Utiliser une canule oropharyngée (Guedel) si celle-ci est tolérée par le patient en fonction de son état clinique
 - Petits volumes et basses pressions
 - Aviser le CHU Sainte-Justine de la détérioration clinique du patient
 - En cas d'arrêt cardio-respiratoire
 - Intuber avant de faire le massage cardiaque (séquence A-B-C plutôt que C-A-B)
 - En présence d'un rythme chocable, la défibrillation peut se faire avant l'intubation.

- Aviser l'urgence du CHU Sainte-Justine (téléphone rouge) environ 15 minutes avant l'heure d'arrivée prévue. En cas d'un transfert lit-à-lit pour les SIP, le personnel de l'urgence transmettra l'information à l'AIC des SIP.

À l'arrivée au CHU Sainte-Justine

- Patient intubé
 - Transfert direct vers les soins intensifs pédiatriques sans arrêt à l'urgence sauf si besoin d'assistance immédiate. Dans ce cas, le patient doit être placé dans une salle de réanimation à pression négative.
 - Présence de l'équipe d'ambulanciers jusqu'à l'arrivée dans l'unité de SIP
 - Le trajet entre l'urgence (garage des ambulances) et les soins intensifs est déjà déterminé et se fera avec l'escorte d'un membre du personnel du CHU Sainte-Justine
 - Arrivée dans l'unité et orientation immédiate du patient vers l'aile COVID confirmé ou l'aile COVID suspecté selon le statut du patient.
- Patient non intubé
 - Patient orienté en salle de réanimation à pression négative ou à l'observation selon l'évaluation clinique effectuée par l'infirmière du triage
 - Précautions selon protocoles de l'urgence du CHUSJ

Équipe ayant participé à la réalisation de ce document : Dr Laurence Alix-Séguin, Dr Nathalie Lucas, Dr Géraldine Pettersen et Dre Virginie Plante