

# **ANNEXE 2 :**

## **Particularité d'une intubation endotrachéale chez un patient adulte suspecté ou prouvé COVID-19**

*extrait du*  
*Guide de procédures techniques*  
**SOINS INTENSIFS ET URGENCE**  
**SARS-CoV-2**  
**(COVID-19)**

Document préparé par :

**Sous-comité ministériel COVID-19 des soins critiques et adopté par le Comité directeur clinique COVID-19**

Présidente :

D<sup>re</sup> Diane Poirier

Participants :

D<sup>r</sup> Patrick Bellemare

D<sup>r</sup> Jean-François Lizé

D<sup>re</sup> Macha Bourdages

D<sup>re</sup> Louise Passerini

D<sup>r</sup> Antoine Delage

D<sup>r</sup> Germain Poirier

D<sup>r</sup> Charles Francoeur

D<sup>r</sup> Mathieu Simon

D<sup>r</sup> Ashvini Gursahaney

D<sup>r</sup> Baruch Toledano

D<sup>r</sup> Denny Laporta

D<sup>r</sup> Paul Warshawsky

D<sup>r</sup> Marc-André Leclair

Dr Pierre-Alexis Lépine

Avec la participation de l'équipe de la Direction de la coordination ministérielle 514-450 :

Marie-Ange de Boutray

Julie Parent-Taillon

Avec la collaboration du groupe d'urgentologues pour le volet urgence et prise en charge d'un ACR

Responsable :

D<sup>r</sup> François Paquet

Membres

D<sup>re</sup> Marie-Pier Boucher

D<sup>re</sup> Isabelle Genest

D<sup>r</sup> Gilbert Boucher

D<sup>r</sup> Louis-Philippe Pelletier

D<sup>r</sup> Alexis Cournoyer

D<sup>r</sup> Sébastien Robert

## Annexe 2 : Particularités d'une intubation endotrachéale chez un patient adulte suspecté ou prouvé Covid-19+

### Localisation

- L'intubation d'un patient avec un diagnostic de la COVID-19 confirmé ou suspecté doit être réalisée dans une chambre à pression négative.

### Habillement

Voir Annexe 4.

### Communication

- S'assurer d'avoir un téléphone ou un walkie-talkie pour les communications avec l'extérieur de la salle à pression négative.
- Donner des instructions simples et claires pendant l'intubation.
- S'assurer de la compréhension au besoin par des boucles de communication.

### Intubation

- Intuber le patient avec une technique d'intubation à séquence rapide.
- Utiliser la vidéolaryngoscopie (GlideScope, C-Mac, KingVision).

#### GlideScope

- Considérer recouvrir le boîtier de l'appareil (écran) d'un sac de plastique transparent afin de diminuer les risques de contamination de l'appareil. Le retrait du sac doit être fait par un membre de l'équipe habillé avec un EPI avant de sortir de la salle, et ce, afin d'éviter la contamination de l'équipe d'entretien.
- **Privilégier l'utilisation de lames jetables.** Si les lames jetables ne sont pas disponibles dans votre milieu, déconnecter le câble de son point de connexion à la lame, puis mettre la lame et le stylet dans un sac de plastique double pour envoyer à la désinfection.

#### King Vision

- Ce vidéo laryngoscope portatif fonctionne avec des piles AAA. Il faut donc s'assurer d'avoir des piles de rechange en réserve dans le sas.
- L'écran ne peut pas être immergé dans une solution désinfectante en raison des contacts électroniques. Il faut donc le nettoyer avec des lingettes désinfectantes virucides.
- Privilégier les plans B qui confèrent une prise en charge définitive des voies respiratoires (exemple : utilisation de la Bougie). Si un dispositif supra-glottique doit être utilisé, les éléments suivants doivent être considérés :

#### King LT (obturateur œsophagien)

- À utiliser seulement en cas d'échec à l'intubation endotrachéale.
- Gonfler les ballonnets avec le **maximum** indiqué selon le calibre utilisé. Les fuites au pourtour du ballonnet situé dans l'oropharynx seront ainsi minimisées et la dispersion d'aérosols sera moindre. Ce dispositif ne sera utilisé que dans l'attente de l'aide d'un collègue, le risque de nécrose des tissus mous n'est donc pas une préoccupation.
- L'obturateur œsophagien est une modalité temporaire de prise en charge. Aucun patient ne doit être transféré avec ce type de dispositif afin d'éviter la dispersion d'aérosols.

### Ventilation

- Toujours brancher le tube endotrachéal au ventilateur avant de ventiler le patient.
- Si une déconnexion entre le tube endotrachéal et le ventilateur survient, clamber le tube avec une pince Hemostat.
- Paramètres suggérés pour un adulte :
  - Volume 6-8 cc/kg de poids idéal (calculé avec la taille)
  - FiO2 100 % initiale puis titrer pour une saturation autour de 90 % ou PaO2 de 60 mmHg
  - PEEP suggéré à 5-10 (suivre les recommandations du ARDSnet) à titrer selon oxygénation
  - Pression de plateau inférieure à 30 cmH<sub>2</sub>O

### Sédation

- Prévoir la poursuite de la sédation (habituellement profonde, +/- curarisation).

### Transfert du patient intubé vers une autre unité

- Maximiser la sédation du patient et privilégier un curare de longue action (exemple : rocuronium) afin d'éviter l'extubation accidentelle, la toux générant des aérosols, etc.