

ANNEXE 3 :

Particularités d'une intubation endo-trachéale chez un patient pédiatrique suspecté ou prouvé Covid-19+

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

Dernière mise à jour du Guide : 5 août 2020

Dernière mise à jour de l'Annexe 3 : 5 août 2020

Afin de faciliter le suivi des changements, le texte modifié a été mis en surbrillance, en rose le 5 aout 2020.

Document préparé par :

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

Présidente :

D^{re} Diane Poirier

Participants :

D^r Patrick Bellemare

D^r Jean-François Lizé

D^{re} Macha Bourdages

D^{re} Louise Passerini

D^r Antoine Delage

D^r Germain Poirier

D^r Charles Francoeur

D^r Mathieu Simon

D^r Ashvini Gursahaney

D^r Baruch Toledano

D^r Denny Laporta

D^r Paul Warshawsky

D^r 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^r François Paquet

Membres

D^{re} Marie-Pier Boucher

D^{re} Isabelle Genest

D^r Gilbert Boucher

D^r Louis-Philippe Pelletier

D^r Alexis Cournoyer

D^r Sébastien Robert

ANNEXE 3 : Particularités d'une intubation endo-trachéale chez un patient pédiatrique suspecté ou prouvé Covid-19+

- **Avant d'entrer dans la chambre, se référer à la liste** de vérification pour le matériel nécessaire à amener dans la chambre.
- **L'intubation doit :**
 - Être réalisée dans une chambre à pression négative
 - **Équipement de protection individuelle** : voir Annexe 4
 - Activer un **système de communication avec l'extérieur** de la chambre
 - **Pré-oxygénation** FiO₂ 100 % (Ventimask réservoir) x 5 minutes si la situation le permet. Arrêter toute oxygénation au moment de la laryngoscopie.
- **Procédure :**
 - **La ventilation au masque (Bagmask) doit être évitée autant que possible.** Si une ventilation au masque est administrée, placer un **filtre** haute efficacité entre le masque et l'ambu (voir Annexe 1), ventiler à **deux personnes** (4 mains) et utiliser une canule oropharyngée (**canule de Guedel**) et ventiler à petits volumes courants.
 - Le **vidéolaryngoscope** devrait être utilisé et dédié aux cas de COVID-19.
 - Une **intubation à séquence rapide** doit être favorisée (limite le risque de toux et d'aérosols). Toujours utiliser un curare (sauf si critères d'intubation difficile) et à bonne dose (Rocuronium 1,2 mg/kg). Exemple : Ketamine + Rocuronium administrés simultanément, ou Fentanyl-propofol-rocuronium si hémodynamique stable. **Prévoir la poursuite de la sédation** (habituellement profonde, +/- curarisation) d'emblée. Utilisation de l'atropine pré intubation au besoin selon les pratiques habituelles.
 - Éviter d'utiliser de la lidocaïne topique (cela pourrait produire des aérosols).
 - Préparer le respirateur (en stand-by mode) avec un filtre haute efficacité sur la sortie expiratoire du respirateur, un trachcare, et l'EtCO₂. Toujours utiliser un tube trachéal à ballonnet.
 - **Dès que le tube est dans la trachée :**
 - **Gonfler** le ballonnet
 - **Ne pas ventiler le patient avec le Bag avant de connecter le respirateur.**
 - Connecter le patient au circuit, avec le trachcare, et le capteur à CO₂
 - Démarrer le respirateur seulement quand tout est connecté, filtre haute efficacité sur la valve expiratoire.
 - **Installer** un tube naso ou oro-gastrique et des cathéters requérant un contrôle radiologique, le cas échéant.
 - Vérifier et **ajuster la ventilation** avec l'inhalothérapeute.
 - Paramètres initiaux suggérés pour un enfant :
 - Volume 6 à 7 cc/kg de poids idéal (calculé avec la taille)
 - FiO₂ 100% initiale puis à titrer pour viser saturation ≥ 90%
 - PEEP suggéré 5 à 8
 - Pression de plateau inférieure à 30 cmH₂O
 - Si possible, tout le personnel doit **quitter la chambre** pour 20 à 30 minutes, le temps que la charge en aérosol diminue. Faire très attention lors du retrait de l'équipement de protection (contamination) et effectuer une hygiène des mains précautionneuse.

Sommaire INTUBATION À L'URGENCE - Patient suspecté/diagnostiqué

<p>ATTENTION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salle à pression négative • EPI avec N-95 et doubles gants pour la personne qui intubent • Intubation par la personne la plus expérimentée disponible • Minimiser <ul style="list-style-type: none"> • Le personnel dans la salle • Le matériel dans la salle • L'ouverture de la porte • Boucles de communication avec l'extérieur 	<p>PENDANT L'INTUBATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intuber avec le mandrin dans le TET • S'assurer d'une bonne curarisation avant de débiter la laryngoscopie • Dès que le TET est en place, gonfler le ballonnet • Connecter d'emblée le patient au respirateur <ul style="list-style-type: none"> • Filtre HEPA/Sterivent • Trachcare • EtCO₂ • Confirmer l'intubation à l'aide de l'EtCO₂ • Éviter de ventiler au ballon
<p>AVANT L'INTUBATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparer le VIDEOLARYNGOSCOPE • Préparer médicaments d'intubation et de sédation/analgésie post intubation • Pré-oxygénation avec VM 100% x 5min si possible • Sac plan B dans la salle (laryngo directe, ML) • ÉVITER ventilation au masque-ballon : Si doit être fait : <ul style="list-style-type: none"> • 4 mains • Filtre HEPA/Stériverent • Guedel • Petits volumes et basses pressions 	<p>APRÈS L'INTUBATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgésie/sédation adéquate • Installer TNG avant RXP • Retrait de la deuxième paire de gants pour la personne qui a intubé • Changer gants et blouse pour accompagner le patient <p>SI ARRÊT CARDIAQUE</p> <p>Toujours intuber avant de débiter le massage cardiaque</p>