

ANNEXE 6 :

Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire

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 6 : 5 août 2020

Afin de faciliter le suivi des changements, le texte modifié a été mis en surbrillance, en bleu (6 avril 2020), en jaune (22 avril 2020), en vert (22 juin 2020) et en rose le 5 août 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 6 : Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire chez un patient suspect ou infecté à la Covid-19 aux soins intensifs ou dans une unité dédiée à des patients suspects ou positifs à la Covid-19

1. Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire chez un patient suspect ou infecté à la Covid-19 aux soins intensifs ou dans une unité dédiée à des patients suspects ou positifs à la Covid-19

Un comité éthique a émis des recommandations sur des niveaux de priorités de triage si la pandémie rend cette éventualité nécessaire. Ce guide est disponible à l'adresse suivante : <http://www.cmq.org/pdf/coronavirus/msss-protocole-national-triage-soins-intensifs-pandemie-def.pdf>

Ce guide ne saurait remplacer le jugement clinique et en particulier dans les situations où la victime d'un arrêt cardiaque n'était pas identifiée comme COVID + ou "cas suspect". Dans ces cas, en gardant comme préoccupation première la sécurité des soignants, les gestes principaux d'une réanimation habituelle doivent être envisagés en lien avec les normes usuelles de réanimation (i.e. ACLS).

L'algorithmes qui suit a été conçu et adapté pour une clientèle suspecte ou avérée porteuse de COVID 19. La présente mise à jour s'appuie sur la prévalence actuelle de la Covid-19 qui est différente au sein des unités de soins intensifs par rapport à d'autres unités de soins ainsi qu'au niveau de la population générale en pré-hospitalier. De plus, cette prévalence varie également d'une région socio-sanitaire à une autre.

Une adaptation locale des protocoles peut être effectuée.

L'arrêt cardiorespiratoire pédiatrique pour une clientèle suspecte ou avérée porteuse de Covid-19 et ses particularités est mise en annexe 5.

Indépendamment de la situation pandémique, les soignants devraient s'assurer d'un niveau de soins approprié pour leur clientèle.

Les manœuvres de réanimation sont considérées à haut risque de propagation d'aérosols et le risque potentiel pour le personnel soignant est à balancer avec les bénéfices escomptés pour le patient.

Sauf de rares circonstances, les arrêts cardio-respiratoires aux soins intensifs et en intra-hospitalier ont un mauvais pronostic. Dans de rares circonstances ciblées (exemple : arythmie qui pourrait mener à une défibrillation), des manœuvres pourraient être justifiables. Dans toutes les autres circonstances, la décision et l'intensité de la réanimation doivent être modulées en fonction du risque pour le personnel et le reste de la clientèle. L'échographie doit être considérée pour guider la décision clinique. En effet, l'absence de contractilité cardiaque peut être utilisée pour cesser les manœuvres rapidement.

L'intensité des soins doit être réévaluée sur une base régulière et rediscutée avec les patients et/ou leurs proches.

a. Création d'un chariot de réanimation – COVID-19

Principes sous-jacents :

- Éviter les procédures produisant des aérosols (compression thoracique externe, ventilation manuelle, etc.).
- Exposer le minimum de personnel.
- Utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle.
- **Sécuriser les voies aériennes d'emblée (ABC plutôt que CAB).**
- Diviser entre une équipe interne (responsable des manœuvres et administration des traitements auprès du patient) et une équipe externe (prépare la médication et documente).

Tout le personnel doit prendre le temps de mettre l'équipement de protection individuelle avant d'entrer dans la chambre.

b. Liste des tâches avant/après être entré dans la chambre

1. Vérification du **NIM** (niveau d'intervention médicale) au dossier ou DMA
2. **Équipe de réanimation demandée** (disponible et désignée dans tous les hôpitaux)
3. **Protection du personnel** : le personnel soignant se doit de mettre les EPI (équipement de protection individuelle : N-95, jaquette, visière...) avant de débiter toute réanimation.
4. Assigner les **rôles** et déterminer le leader.
5. Masque de procédure au patient
6. Vérification du rythme et mise en place des palettes de défibrillation :
 - a. **Défibrillation immédiate** si fibrillation ventriculaire ou tachycardie ventriculaire sans pouls.
7. Si le patient est déjà intubé, **massage cardiaque**
8. Il est préférable de protéger les voies respiratoires du patient (si patient COVID-19 suspecté ou positif et non intubé) avant de débiter le massage cardiaque face au risque élevé d'aérosolisation mettant en danger le personnel soignant.
9. Prise en charge des voies respiratoires selon les principes déjà énoncés précédemment :
 - a. **La ventilation manuelle est à proscrire dans la majorité des cas.** Si une ventilation est impérative, utiliser une ventilation à deux personnes et une canule oropharyngée (Guedel) pour diminuer la présence de fuites autour du masque. Mettre un filtre haute efficacité entre le masque et le bag et ventiler l'utilisateur à des petits volumes courants.
 - b. Intubation séquence rapide (référez-vous au *Guide des procédures techniques en soins intensifs SARS-CoV-2 (COVID-19) - Précision sur les techniques et procédures techniques* mis en ligne par le MSSS).
 - c. Après la confirmation de l'intubation, poursuite de la réanimation usuelle.

- d. Attendre le délai prescrit après l'intubation pour toute intervention non urgente dans la salle et faire sortir le personnel non essentiel.

10. Durée de la réanimation selon le pronostic

11. Voir la page suivante page pour la procédure ci-dessous formatée, pour imprimer et afficher.

2. Arrêt cardio-respiratoire au niveau du pré-hospitalier, à l'urgence et dans les unités froides d'hospitalisation

À la lumière des plus récentes recommandations de l'ILCOR, de l'AHA, et de l'INESSS, voici une mise à jour de la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire pour les patients de l'urgence issus du pré-hospitalier, pour ceux qui sont observés au service d'urgence et pour les patients hospitalisés dans une unité froide « non Covid ».

Les présentes recommandations doivent être modulées par les comités de réanimation des établissements. Ainsi, selon la réalité propre à chaque région, des éléments de la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire pourront différer.

La présente mise à jour s'appuie sur les éléments suivants :

- Les arrêts cardio-respiratoires issus du préhospitalier sont le plus souvent secondaires à des pathologies d'étiologie cardiaque pour lesquelles la défibrillation précoce et le massage en continu sont primordiaux.
- La prévalence actuelle de la Covid-19 au sein de la population générale et dans les unités d'hospitalisation froides est nettement inférieure à celle de la clientèle hospitalisée aux soins intensifs ou dans les unités d'hospitalisation chaudes « Covid + ».
- La défibrillation cardiaque n'est pas une intervention médicale générant des aérosols (IMGA).
- Le massage cardiaque est considéré comme une intervention médicale à faible risque de générer des aérosols, tel que présenté dans le document de l'INESSS du 15 mai 2020. Ainsi, une protection gouttelettes contact est suffisante pour débiter le massage cardiaque.
- Une harmonisation des pratiques de réanimation effectuées à l'urgence, sur les unités d'hospitalisation et en pré-hospitalier est souhaitable.
- Il est recommandé d'apposer à l'entrée de l'unité ou de la chambre, une affiche indiquant le statut Covid aux équipes soignantes.
- Dans les situations où la victime d'un arrêt cardiaque n'est pas identifiée comme « COVID + », les gestes principaux d'une réanimation habituelle doivent être envisagés en lien avec les normes usuelles de réanimation et ce, en s'assurant en tout temps de la protection des soignants.

Les principes suivants doivent être appliqués en tout temps :

- Exposer le minimum de personnel;
- Diviser le personnel soignant entre une équipe interne (responsable des manœuvres et administration des traitements auprès du patient) et une équipe externe (prépare la médication et documente les actes).

Avant de débiter les manœuvres de réanimation :

- Vérifier le NIM au dossier et/ou les DMA;
- Assigner les rôles et déterminer le leader;
- Mettre un masque de procédure au patient.

Revêtir l'équipement de protection individuelle et mettre un masque de procédure au patient



Défibrillation si appropriée

(une défibrillation peut être administrée avant de revêtir l'EPI)



Massage cardiaque



Intubation

(protection aérienne-contact)



Poursuivre la réanimation

Pour les patients en arrêt cardio-respiratoire à l'urgence ou dans une unité d'hospitalisation froide « non Covid », selon l'évaluation du risque effectuée par le médecin :

- La défibrillation et le massage cardiaque peuvent être envisagés avant que le patient ne soit amené dans une salle à pression négative (ou une salle de réanimation dédiée si disponible) et que le personnel soignant ne porte l'équipement de protection individuelle relatif aux IMGA. Il n'est pas nécessaire de déplacer un patient dans une salle dédiée si son statut covid est connu et négatif.

- Un masque de procédure, un ventimask ou un masque avec filtre HEPA doit être placé sur le visage du patient pendant le massage cardiaque lorsque la prise en charge définitive des voies respiratoires est différée.
- Si une ventilation est impérative, l'ensemble de l'équipe doit revêtir au minimum une protection gouttelettes-contact. Il est conseillé de recourir à une ventilation à deux personnes et d'utiliser une canule oropharyngée (Guedel) pour diminuer la présence de fuites autour du masque. De plus, un filtre haute efficacité doit être placé entre le masque et le bag et l'usager doit être ventilé à des petits volumes courants.
- Lorsque le patient est dans une salle à pression négative (ou une salle de réanimation dédiée), et que l'ensemble des membres de l'équipe de réanimation portent un EPI de type protection aérienne-contact, le personnel peut alors prendre en charge définitivement les voies aériennes du patient. Ainsi, les membres de l'équipe ayant entamé la réanimation (massage et défibrillation au besoin) permettent à l'équipe qui prendra en charge les voies aériennes de revêtir les précautions aériennes, sans compromettre la qualité des soins du patient.
- La durée de la réanimation doit être proportionnelle au pronostic attendu.

En ce qui concerne les patients issus du pré-hospitalier, les éléments suivants doivent être portés à l'attention des urgentologues :

- À l'arrivée d'un usager en ambulance, lors du déplacement vers la salle de réanimation, il est suggéré de suspendre les manœuvres pouvant générer des aérosols (telle que la ventilation) jusqu'à l'arrivée dans la salle dédiée pour la réanimation.
- La ventilation à l'aide d'un Combitube peut être continuée pendant le transfert du patient si le circuit est sécurisé et qu'il a été vérifié préalablement.
- Si les techniciens ambulanciers/paramédics ont installé un Combitube et que celui-ci permet une ventilation adéquate du patient, il n'est pas recommandé de le retirer et de procéder à l'intubation endotrachéale pendant la réanimation. En effet, les manipulations des voies aériennes sont considérées à haut risque de propagation d'aérosols et le risque potentiel pour le personnel soignant est à considérer en regard des bénéfices escomptés pour l'usager.
- Si l'usager est réanimé, il est alors suggéré de changer le Combitube pour un tube endotrachéal **avant** de quitter la salle où a été effectuée la réanimation. Le retrait du Combitube et l'intubation endotrachéale doivent être réalisés par la personne la plus expérimentée disponible.

Cette mise à jour s'appuie sur les guides de pratiques suivants :

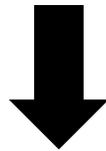
<https://www.ilcor.org/covid-19>

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047463>

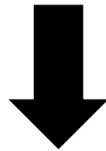
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_RCR.pdf

Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire chez un patient suspect ou infecté à la Covid-19 aux soins intensifs ou dans une unité dédiée à des patients suspects ou positifs à la Covid-19

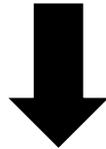
Mettre l'équipement de protection individuelle



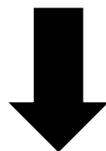
Défibrillation (si appropriée)



Intubation



Massage cardiaque



Poursuivre la réanimation