

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 23 juin 2020

Hôpital cantonal de Genève

Retour sur la vague « Covid-19 » aux soins intensifs : qu'avons-nous appris ?

Pr. J. Pugin

Pour Jérôme Pugin l'histoire commence début mars...

Les nouvelles d'Italie sont inquiétantes, arrivée des 1ers cas en Suisse, haute mortalité aux Soins Intensifs (SI), quelle va être la hauteur de la vague, comment se propage le virus, comment protéger notre personnel ?

Les soins intensifs qui ont une capacité d'accueil de 30 patients se situent à l'étage P de l'hôpital. Pour commencer, on « colonise » la salle de réveil, le bloc opératoire Opéra, les soins intermédiaires et l'on parvient à avoir 134 lits complètement équipés avec ventilation, pousse-seringues, etc...

Les patients nécessitant une intubation arrivent parfois de 3-5 par jour et l'on instaure une salle de déchoquage, où les soignants sont équipés de blouses Tyvek, de masques FFP2, de gants et de protections oculaires.



Des simulations d'intubations avec un produit fluorescent ont montré qu'il y avait bien projection de gouttelettes au moment de l'intubation. Les précautions ne sont donc pas exagérées.



Aux SI, c'est surblouse, charlotte, gants et masques FFP2



Certaines publications auraient montré qu'après le passage d'un individu infecté, on peut retrouver du SARS-CoV-2 dans l'air jusqu'à 19 minutes après son passage. De l'eau au moulin des adeptes du port du masque dans la communauté, essentiel selon eux pour faire fléchir la courbe épidémique... (vaste sujet...on en reparlera une autre fois).

Aux SI de Genève, la vague a eu cette forme :

Avec au pic de la crise, 60 malades COVID (+10 non COVID)

Pour les patients graves entrant aux SI donc intubés (car leur état était tel qu'il nécessitait une intubation), c'est 19% de mortalité (81% de survie).

Le staff médical qui consiste habituellement en 45 médecins et 150 infirmiers(ères) a été complété par des anesthésistes, et d'autres médecins ayant passé par les SI auparavant ; idem pour les infirmiers(ères).



L'âge moyen se situait autour de 64 ans, une majorité d'hommes (76%), des scores de gravité SAPS II supérieurs à 50 (<https://www.mdcalc.com/simplified-acute-physiology-score-saps-ii>), et une tendance au surpoids et à l'obésité (20% BMI normaux, 45% surpoids, 35% obésité).

8/10 patients avaient des comorbidités cardiovasculaires essentiellement.

Les patients ont tous été intubés, curarisés, mis en décubitus ventral.

La plupart étaient lymphopéniques, avec des D-dimères augmentés, une insuffisance rénale, une élévation des troponines, de la procalcitonine et de la CRP.

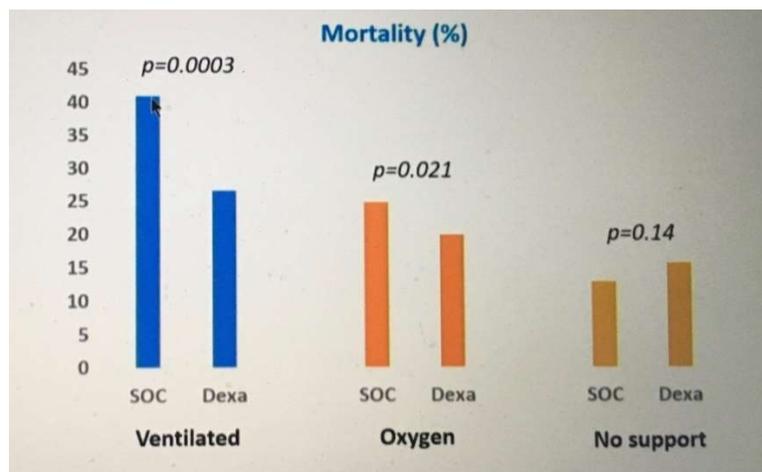
Leur état clinique ressemblait à celui d'un choc septique (même si une bactériémie n'était pas retrouvée), 14% ont présentés des événements thromboemboliques (TVP des gros vaisseaux, ou embolies pulmonaires), 10% ont nécessité une hémodialyse, ¼ a présenté des escarres de décubitus, la moitié a nécessité de la norépinephrine iv.

Au début, tous ont reçu de la chloroquine en dose unique et 5 jours d'azythromycine. Certains qui descendaient de l'étage avaient reçu du Kaletra ; dans le cadre d'une petite étude interne, certains ont reçu du Remdesivir, d'autres de l'Anakinra... Tous ont reçu des antibiotiques. Un tiers ont reçu des glucocorticoïdes.

Il y a eu très peu de pneumonies associées à la ventilation mécanique contrairement à certains pays (40% en Espagne).

L'étude Recovery qui a récemment prôné l'intérêt de la dexaméthasone a montré une baisse de la mortalité dans le groupe dexaméthasone chez les patients ventilés et sous oxygène.

A Genève, les corticoïdes étaient donnés lorsque l'on suspectait une fibroprolifération de leur ARDS (Acute Resp. Distress Synd).



Certains patients n'arrivaient pas à se réveiller après la fin de la sédation et l'IRM cérébrale montrait des images compatibles avec une vasculite. Ces patients ont reçu de hautes doses de corticostéroïdes et se sont finalement tous réveillés en 48 heures.

On retiendra que :

Les SI ont presque quadruplé leur capacité d'accueil en 2 semaines : de 30 à 110 lits.

Les soins ont été protocolés en lien avec le protocole HUG.

134 patients pour 140 séjours, avec un max de 67 patients COVID intubés le 31 mars.

En 6 semaines, l'activité des SI a été équivalente à 6 mois d'activité normale.

La majorité des patients étaient des hommes, avec une pathologie cardiovasculaire et en surpoids.

Les facteurs de mauvais pronostics étaient les marqueurs inflammatoires, les D-dimères, et la troponine T

La mortalité a été basse comparée à d'autres pays (19%)

Les séquelles à long et à moyen terme resteront à évaluer.

Beau travail, chapeau, surtout que l'on sent toujours à l'arrière-plan chez Pugin l'émotion contenue...

Merci !

Equipe médico-soignante des soins intensifs
Service d'anesthésiologie et D-MA
Aux collègues intensivistes d'autres services
Aux 36 stagiaires de 6^{ème} année volontaires
Aux 30 soldats sanitaires
Au DEX et acheteurs médicaux
A l'hôpital de la Tour
Aux soins intermédiaires et au SMIG
Aux directions médicale, des soins et générale
Aux autorités de santé cantonales et fédérales
A nos collègues italiens et de France voisine



*Steve Primmaz, Christophe le Terrier, Noémie Suh
(François Ventura prend la photo).*



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch