

Guide régional Cheminement et prise en charge clinique du patient pédiatrique COVID-19

Le sous-groupe de travail de pédiatrie du Réseau de santé Vitalité recommande les actions suivantes :

Pour les cas pédiatriques COVID-19 suspects :

- Que les patients d'âge pédiatrique COVID-19 suspects soient en observation dans les hôpitaux des zones ayant un pédiatre en appel et soient vus et pris en charge par le pédiatre.
 - Ils devront être dans les unités désignées pour cas suspects en isolation gouttelettes et contact (affiche MRS-CV) selon l'établissement.
- Que les enfants avec une atteinte légère et qui n'ont pas de facteur de risque nécessitant une référence peuvent être retournés à la maison avec le suivi usuel offert par la santé publique.

Pour les cas pédiatriques COVID-19 positifs :

Si une hospitalisation est requise, le pédiatre de garde évalue l'enfant et décide si un transfert vers un centre tertiaire est nécessaire ou si celui-ci peut être admis dans son centre. Le transfert dans un centre tertiaire sera possible selon les critères énumérés ci-bas et à la suite d'une discussion avec le médecin du centre recevant.

À tout moment, réévaluez la capacité du milieu d'admettre les patients pédiatriques sur l'unité COVID-19.

Facteurs à considérer :

- Ressources humaines - pédiatres.
 - Fermeture du milieu si seulement un pédiatre de disponible.
- Ressources humaines infirmières.
- Taux d'occupation de l'unité.
 - Selon les directives du plan de pandémie de Vitalité – évaluer la capacité du milieu en pédiatrie lorsque taux d'occupation de l'unité est plus de 75 %.
- Phase 1 :
 - **Admissions pédiatriques COVID-19 positifs zone 1B, 4 et 6 – directives selon document de travail COVID-19 Ped.**
 - Fermeture de l'Obstétrique et la pédiatrie zone 5.
 - Corridors de transferts de Campbellton vers Bathurst organisés.
 - Patientes du Québec dirigées vers Maria – DSP avisée.
- Phase 2 :
 - Fermeture des admissions pédiatriques zone 4 : Corridors de transfert vers Fredericton /Moncton.
 - Fermeture des admissions pédiatriques zone 6 : Corridor de transfert vers Moncton – CHU Dr-Georges-L.-Dumont.
- Phase 3 :
 - Fermeture des admissions pédiatriques zone 1B : évaluation capacité provinciale avec Horizon.
- Phase 4 :
 - Fermeture des admissions pédiatriques provinciales : corridors de transferts vers Québec – Halifax.

Les patients devront être admis sur l'étage COVID-19 afin de limiter le risque de contagion dans l'hôpital.

Un patient admis sur l'unité COVID-19 **aura le droit d'avoir un seul parent avec lui sur l'étage**. Celui-ci devra respecter les règles de protection et ne devra pas quitter l'unité. Le parent sera considéré comme COVID-19 positif et devra être avisé du risque de transmission de la maladie. Au congé de l'enfant, le parent et l'enfant devront se mettre en quarantaine à la maison pour une période de 14 jours. Si le parent développe des symptômes ou nécessite toute évaluation médicale durant son séjour à l'unité COVID-19 avec son enfant, nous recommandons que le parent soit évalué sur place. Une consultation par un médecin de famille, un médecin s'occupant de l'unité COVID-19 ou autre, devrait être pratiquée sur place, et les investigations et traitement administrés sur place si appropriés, plutôt que de déplacer le parent dans un autre milieu pour faire cela (tel que l'urgence). Au besoin, il pourra avoir l'ouverture d'une visite ou hospitalisation dans la même chambre que son enfant.

Le sous-groupe de travail recommande qu'un(e) infirmier(ère) de pédiatrie soit responsable d'un patient pédiatrique sur l'unité COVID-19 ou qu'un(e) infirmier(ère) ayant la formation PALS soit présent(e) afin de pouvoir évaluer adéquatement la clinique d'un patient pédiatrique. Le sous-groupe est conscient du défi de la disponibilité des ressources humaines. Nous proposons de vérifier auprès du centre de redéploiement et de demander aux infirmier(ère)s retraité(e) s ou ayant été transféré(e)s dans un autre service de venir apporter leur aide.

Aide à la décision clinique – Patient pédiatrique COVID-19 positif :

Jusqu'à maintenant, les enfants et adolescents ont démontré une atteinte légère qui nécessite plus rarement des hospitalisations pour une pneumonie ou une réhydratation et encore plus rarement pour de la ventilation.

Symptômes

- Fièvre
- Toux sèche
- Fatigue
- Myalgie
- Céphalée

Parfois chez l'enfant

- Congestion nasale
- Symptômes GI : douleur abdominale, nausées, vomissements et diarrhées

Corridors de transport : IWK (via EHS LifeFlight 1-800-743-1334) et CHUL

- Contacter les équipes sur place afin de discuter de l'endroit plus approprié.
- Avisé l'équipe de transport que le patient a été testé/confirmé pour le covid-19.

Dépistage :

Doit se faire selon les recommandations de la santé publique du Nouveau-Brunswick. Le dépistage se fait par culture naso-pharyngée ou rinçage buccal et gargarisme.

Critères d'admission - hôpital :

Contactez le pédiatre de garde qui s'occupera des soins du patient, ceux-ci seront hospitalisés sur l'étage COVID-19 afin de limiter la contagion.

- Besoin d'oxygène
- Besoin hydratation IV

Critères pour penser à un transfert dans un centre tertiaire :

Contactez rapidement l'équipe des soins intensifs.

- Besoin d'oxygène > 30 % pour saturation > 90 %
- Détresse respiratoire significative ou qui progresse
- Avant de débuter une ventilation non invasive
- Instabilité hémodynamique persistante malgré une réanimation volémique adéquate
- Altération de l'état de conscience
- Les patients de moins de 1 an
- Maladie pulmonaire chronique
- Malformation cardiaque congénitale
- Maladie immunitaire

Prévention des infections/Matériels :

Protection contact/gouttelettes

- Masque, visière, gants et jaquette pour tous les patients suspectés ou positifs.

Protection aérosols :

- N95 et chambre à pression négative doit être fait dans les procédures médicales suivantes :
 - Optiflow (avec approbation MD, cas spécifique)
 - CPAP ou BIPAP (avec approbation MD, cas spécifique); Voir le Guide régional - Prise en charge des voies aériennes.
 - Nébulisation (seulement si aérochambre impossible/tx inévitable)
 - Succion des voies aériennes
 - Intubation
 - RCR avec masque à valve ou ventilation, limitez la durée le plus possible avant intubation
 - Compression thoracique

*Toujours limiter le personnel en place, le personnel non essentiel ne devrait pas être présent pour éviter toute exposition inutile.

*Considérer précocement l'intubation puisqu'une intubation d'urgence augmente les risques de transmission.

*Si possible tout le personnel doit quitter la chambre le temps requis selon le système de ventilation (20 minutes à trois heures), le temps que la charge en aérosols diminue.

Gestion d'arrêt cardio-respiratoire ou détresse respiratoire majeure

Toutes les manœuvres de réanimation sont considérées à haut risque de production d'aérosols. Elles doivent être effectuées dans une chambre à pression négative par le travailleur de la santé le plus compétent en pédiatrie et celui-ci devra porter l'ÉPI recommandé.

- Masque N95
- Visière
- Jaquette
- Gants

Intubation :

Dans l'éventualité d'une intubation, celle-ci doit être faite par la personne la plus expérimentée disponible.

L'intubation pédiatrique sera réalisée par l'anesthésiste. Le patient intubé sera transféré dans un centre tertiaire. Jusqu'à son transfert, l'anesthésiste va donner son support pour la gestion des voies aériennes en toute sécurité.

Ventilation - Oxygénothérapie usuelle :

- Ne pas utiliser de barboteur.
- LN débit maximal de 5 lpm.
- Masque venturi ou oxymask pour 24-90 % O₂.
- Masque réservoir pour 100 % O₂.
- Clapping non recommandé.

Selon OMS

Pression plateau < 28 cm H₂O

Ph inférieur permis : 7.15-7.30

Volume courant 3-6 ml/kg predicted body weight, si pauvre compliance pulmonaire

Volume courant de 5-8 ml/kg predicted body weight avec une compliance pulmonaire normale

Selon protocole USI Québec

Stratégie de ventilation type protectrice ARDS

Petits volumes courants

PEEP élevé

Réanimation - Patient pédiatrique :

- Comme chez l'adulte, les voies respiratoires devraient toujours être sécurisées en premier avec une intubation + brancher sur un système fermé afin de limiter le risque d'aérosol lors de la réanimation.
- Si la ventilation est nécessaire (avant l'intubation rapide) le faire à 4 mains avec une guedel pour diminuer les fuites
- Le massage cardiaque doit être débuté après l'intubation
- L'équipe doit absolument prendre le temps de vêtir ÉPI avant d'entrer dans la salle
 - Dans ce contexte, des rôles clairs et préétablis sont essentiels et le minimum de personnes devrait entrer dans la chambre avec l'ÉPI adéquat.

Réanimation - Nouveau-né :

- Diffère selon le moment de la réanimation.
- Pour la salle de naissance, la réanimation se déroule comme à l'habitude. La VPP peut être utilisée et les compressions thoraciques au besoin. (On considère qu'il n'y a pas de risque de transmission verticale pour le moment).
- Pour la détresse respiratoire qui se passe sur l'unité néonatale : techniquement si le bébé a une détresse respiratoire qui évolue de façon atypique celle-ci doit être considérée comme pouvant être reliée à la COVID-19 donc ce bébé devrait déjà se trouver dans une chambre à pression négative.
- L'intubation et la réanimation devraient se faire dans cette chambre.
- Pour le nouveau-né qu'on intube, on suggère de confirmer la bonne position du tube avec la VPP et le détecteur de CO₂ avant de le mettre sur le respirateur.

Documents faits avec l'information du IWK, du CHU de Québec et MSSS Québec.

Informations supplémentaires :

Acétaminophène vs Ibuprofène

Selon les dernières lignes directrices du WHO (19 mars), il n'y a pas d'évidence d'éviter les AINS dans les patients COVID-19. Ceci est appuyé par le IWK. Ce point avait été observé chez les adultes. On peut toutefois être prudent dans son utilisation et tenter d'utiliser l'acétaminophène en première ligne.

VNI et ventilation à haut débit

Voir le Guide régional - Prise en charge des voies aériennes.

N'est pas recommandé chez la population adulte. Celle-ci pourrait toutefois être utilisée en pédiatrie si une chambre à pression négative est disponible selon l'état clinique du patient. Une intubation précoce est à privilégier pour le patient significativement malade.

Corticostéroïdes

Non recommandé dans la population adulte. Peut être utilisé dans la population pédiatrique selon la sévérité clinique. L'enfant avec détresse respiratoire devrait être discuté avec un intensiviste, l'utilisation d'un corticostéroïde pourrait alors être discutée avec cette personne clé.

Pourquoi une atteinte moins sévère ? Étude chez 2143 enfants de Chine

La raison est inconnue. Toutefois, les moins de 1 an et les préscolaires semblent plus vulnérables à des infections modérées à sévère. Les cas sévères répertoriés chez l'enfant en Chine était d'environ 6% (vs 18,5% chez l'adulte).

Les enfants peuvent-ils être asymptomatiques ?

Selon la même étude, 13% des enfants avec un test positif était asymptomatique ce qui sous-estime probablement le nombre total d'enfants comme ceux-ci ne sont moins probables de se faire tester comme ils ne sont pas symptomatiques. Ils jouent toutefois un rôle dans la transmission de la maladie.