

Réunion scientifique 22 avril 2020 COVID CSL

- Dre Castonguay, Microbio
 - Stats de Laval
 - 100% des tests sont faits à CSL, pas d'envoi à HSJ
 - 38% de positivité
 - Laval : 2029 cas +, 80 lavallois hospit
 - 144 décès à Laval, 90% CHSLD
 - Aucune idée de ce qui se passe ds la communauté car communauté n'est plus testée
 - Tous les pts a admis pour hospit seront dépistés peu importe la RA pour protéger le personnel ainsi que pour éviter éclosion intra-H, car transmission communautaire non connue, à partir d'aujourd'hui
 - PCR
 - Au labo : Essai de différentes techniques cette semaine avec différents écouvillons (gorge, gargarisme), pour avoir un plan en cas de B.O.
 - Technique CSL développée par Dr Bergevin homologuée pour milieu rose et eau moléculaire, ceci assure un backup en cas de B.O. de milieu de PCR
 - Kits vont donc changer d'aspect et de couleur selon disponibilité
 - Il ne faut pas utiliser le milieu gono/chlam avec le bouchon jaune, juste l'écouvillon est utilisé pour prélèvement
 - Si milieu G/C bouchon jaune utilisé, doit être envoyé a HSJ
 - Machine Gene Expert : PCR rapide en 45 min à venir
 - Pour tests ultrastat
 - Utilisation de la Procalcitonine en COVID
 - Procalcitonine s'élève car bactérie augmente TNF alpha et IL-6
 - Par contre, IL-6 augmente beaucoup en COVID
 - Donc pts COVID ont plus de Procal élevée
 - Si Procal élevé et COVID = maladie sévère
 - Cinétique a la hausse de Procal = indicatif de COVID sévère, mais n'est pas nécessairement associé à infection bact, à interpréter selon tableau clinique, ne pas juste se fier à Procal
 - Chine 20% de surinfection bactérienne
 - Taux plus bas en France et Italie
 - Donc : ne pas baser décision de départ d'ATBthérapie seulement sur dosage Procal unique
 - Resultat negatif devient plus intéressant et fiable car sensibilité élevée
 - Procal en bas de 0,25 = ok de cesser ATB
 - En IRC, cytokines inflammatoires reste en circulation plus longtemps
 - Procal peut etre faussement élevée
 - Étude CONCORD sur plasmas convalescents à CSL
 - Outcome : infusion de plasmas permet-il de réduire le risque d'intubation et mortalité?

- Il faut que les Md hospitalistes flag des candidats potentiels sur unités chaudes
 - Crit inclusion :
 - Âge : 16A et plus
 - Admis à l'hôpital pour COVID
 - Avoir besoins O2
 - Crit exclusion :
 - Sx datent de plus de 12 jours au dépistage PCR
 - Instabilité importante, clientèle des SI
 - ATCD anaphylaxie
- Dr Haeck
 - CHSLD
 - Faut-il travailler en CHSLD (les spécialistes)?
 - Si MD spécialiste veulent vrm y aller et faire taches non-médicales: ils vont faire le rôle de coach PCI, pas PAB
 - Pas d'admission en CHSLD actuellement
 - Pas une raison d'éclosion, mais principalement car manque de personnel ds les CHSLD
 - Donc hôpital se remplit graduellement
 - Gestion hospitalière
 - Debord H ouvert
 - Debord B va ouvrir (froid)
 - N'avons jamais eu de manque de respirateurs
 - Transmission communautaire probablement grande à Laval
 - Nous sommes le point chaud de tout le Canada
 - Dépistage de tous les pts à l'admission à partir d'aujourd'hui
 - Initiative locale pour éviter éclosion hospitalière
 - Si doute de COVID pendant l'hospit (si pt développe des sx), on ne se fie pas à un resultat négatif de l'admission, on doit retester
 - Comme nous avons seulement un hôpital ds la région, on ne PEUT pas se permettre d'avoir d'éclosion
 - Masques
 - De distanciation (en coton) : empêche personne contagieuse de contaminer son environnement
 - Pas pour les soins aux patients
 - Pour se promener ds l'hôpital ou en public
 - Masques de procédure bleus:
 - Employés doivent vrm porter des masques de procédures en tout temps au travail
 - N95
 - seulement pour IMGA
 - Intubation pour personne non COVID (ex. SOP)
 - Actuellement fait avec N95 car pt pourrait être pré-symptomatique (Éventuellement lorsque délestage va

cesser, tous les pts seront dépistés COVID le jour de leur SOP)

- Garder une distance lorsque vous mangez! Surtout les jeunes personnes en santé
- Autres interventions générant aérosols chez pts « verts », non-COVID
 - Ex. BiPAP pour OAP non COVID
 - Procédure officielle à venir en rédaction
- PCI
 - Stock EPI
 - Cie de fournitures sportives ont fabriqué jaquettes, nouvelles couleurs de jaquettes a la CSL!
 - Si on voit un collègue sans masque, lui dire d'en mettre un!
 - Personnel est le principal vecteur d'entrée du virus ds l'établissement
 - Réutilisation des N95
 - Si maquillage dessus : obligé de jeter le masque
 - Donc limiter fond de teint svp
 - Lingettes nettoyantes en pénurie
 - Réutilisation des pots de lingettes avec lingettes sèches et Aliflex
 - Aliflex plus dommageable pour claviers, téléphones cellulaires, matériel électronique
 - Situation B.O. temporaire
 - Stéthos
 - Commandes en cours pour stétho dédiés
 - Si utilisation stétho personnel, faire désinfection diligente après
 - Si pas de possibilité de désinfecter stétho perso, ne PAS l'utiliser
 - Cliniques externes
 - Pas assez de stock de masques en ce moment pour fournir masque à tous les pts en clinique externe
 - Fondation mis à profit pour acheter masques pour pts en oncologie
 - Pts admis sans symptômes COVID, en dépistage
 - Il y a 4 jours ces pts montaient sans dépistage en hémato au 5EN
 - Donc le dépistage ne changera pas que le pt ira qd même en unité froide possiblement avant que résultat soit connu
 - Le dépistage de tous les pts est une mesure extra de précaution, ne doit pas retarder la trajectoire de soins ds l'hôpital
- Dre Pen, Rôle de l'imagerie
 - Avril 2020 : consensus Société Thoracique de Fleischner
 - Contredit légèrement consensus initial en mars
 - Encourage plus d'imagerie

- Cette société est multidisciplinaire (multi-spécialités) et internationale incluant pays les plus affectés COVID
 - Cette société produit des guidelines pour fibrose pulmonaire
- Imagerie indiquée chez pts suspecté COVID avec sx légers mais avec comorbidité prédisposant a sévérité
- Différents scénarios d'imagerie selon variation 5 facteurs :
 - Sévérité atteinte respiratoire
 - Probabilité prétest d'être infecté
 - FR de progression
 - Vitesse de progression de la maladie
 - Disponibilité des ressources
- Modalité privilégiée
 - RXP ou CT
 - Écho thoracique en étude
- Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer
 - À adapter à notre réalité locale

Summary of Recommendations for Imaging	
Main Recommendations	
<input type="checkbox"/>	<u>Imaging is not routinely indicated</u> as a screening test for COVID-19 in <u>asymptomatic individuals</u>
<input type="checkbox"/>	Imaging is not indicated for patients with mild features of COVID-19 unless they are at risk for disease progression (Scenario 1)
<input type="checkbox"/>	Imaging is indicated for patients with moderate to severe features of COVID-19 regardless of COVID-19 test results (Scenarios 2 and 3)
<input type="checkbox"/>	Imaging is indicated for patients with COVID-19 and evidence of worsening respiratory status (Scenarios 1, 2, and 3)
<input type="checkbox"/>	In a resource constrained environment where access to CT is limited, CXR may be preferred for patients with COVID-19 unless features of respiratory worsening warrant the use of CT (Scenarios 2 and 3)
Additional Recommendations	
<input type="checkbox"/>	Daily chest radiographs are NOT indicated in stable intubated patients with COVID-19
<input type="checkbox"/>	CT is indicated in patients with functional impairment and/or hypoxemia after recovery from COVID-19
<input type="checkbox"/>	COVID-19 testing is indicated in patients incidentally found to have findings suggestive of COVID-19 on a CT scan

- Société Française de Radiologie
 - Bcp plus d'utilisation de l'écho en Europe en général hors COVID
 - Écho engendre contact étroit avec pt et durée prolongée
 - Donc écho ds contexte actuelle est un geste à haut risque

- Donc, limiter l'écho
 - Ne PAS demander d'écho abdo pour perturbations hépatiques reliées au COVID
 - Si suspicion clinique d'une pathologie type EP ou néo pulmonaire: faire angioCT ou CT C+
 - Si pas suspicion d'autres dx alternatifs: c'est un CT C- qui est fait pour COVID
 - Nécessité de faire CT contrôle post hospit?
 - Possiblement selon clinique si compatible avec début de fibrose pulmonaire
- Dr Eid, Le COVID et la peau
 - Connaissances limitées, pas de recommandations officielles
 - Il y a potentiellement un tropisme cutané de la COVID, non-confirmé
 - Article NEJM mars 2020
 - 0,2% sur cohorte de 1099 chinois présentaient manifestations cutanées
 - Étude JEADV fin mars
 - Groupe de dermatos Italiens ont recensé 88 pts COVID -19
 - 20.4% ont manifestations cutanées
 - Urticaire généralisé
 - Éruption morbiliforme
 - Vésicules tronculaires
 - Exclusion des pts avec nouveau Rx ds derniers jours : pour ne pas confondre avec rash iatrogénique/allergique
 - Biais ds cette étude car les médecins étaient seulement des dermatos, donc ont peut-être plus regardé la peau
 - Cases report de livedo unilatéral
 - Phénomène vasculaire :plusieurs hypothèses pour la pathogénèse
 - Vasoocclusif?
 - Thrombotique?
 - Dépot complexes immuns?
 - Difficile de tirer conclusions car ces pts ne sont pas biopsiés, mais plutôt vus en téléconsultations
 - Éruption urticarienne virales
 - Arthralgies associées possibles
 - Similaire a slapped-cheeks du Parvovirus
 - Éruption varicelliforme
 - Série de case en Italie 22 pts avec maladie sévère
 - Vésicules franches au tronc
 - Apparition à 3 jours du début des sx
 - Durée 8 jours
 - Pas d'atteinte des muqueuses
 - Parmi ces pts: 3 décès
 - PTI et COVID-19 possible
 - Rechercher thrombocytopénie

- Lésions de type perniose (induite par le froid)
 - Plaques oedematiées violacées aux extrémités
 - Inhabituel de voir tant de cas au printemps car c'est des lésions d'hiver
 - Société française dermato: Appel récent à être vigilant pour COVID chez pts présentant acrosyndromes
 - Série de cas en France
 - 17 pts/84 avaient déjà eu Raynaud ou engelures
 - 45/84 avaient eu SAG
 - Ceci n'est pas encore une association confirmée
 - Plus de données sont nécessaires
 - Il faut rester prudent, ne pas sauter aux conclusions et garder un bon Ddx
 - Cas recensés ds la pratique de Dr Eid depuis 2 sem au Québec
 - Difficile de tester les gens en communauté actuellement
- Take-Home :
 - Pas de certitude sur tropisme cutané du COVID, mais il faut garder ça sur notre radar
 - Il faut accumuler données
 - Maintenir un registre des pts avec lésions cutanées afin de faire des sérologies IgM IgG a posteriori lorsque disponible
 - On peut envoyer des photos à l'AAD
 - Pour les pts hospit, on lève les couvertes et on examine la peau!
 - Prendre photos au besoin
 - Biopsie cutanée PRN