

Bronchoscopie pendant la pandémie de SARS COV2. Recommandation de la Société suisse de pneumologie

Bâle, 27.3.2020

Le nouveau coronavirus SARS-CoV-2 a conduit à un nombre croissant d'infections respiratoires dans le monde depuis début décembre 2019, connues sous le nom de SARS CoV2. Les travailleurs de la santé en Chine représentent jusqu'à 1/3 des patients atteints de SARS CoV2. La principale voie de transmission du SRAS-CoV-2 est sous forme de gouttelettes, de sorte que les victimes ou les suspects de SARS CoV2 ne peuvent être soignés qu'avec des blouses de protection, des gants de protection, des lunettes de sécurité des masques de protection. En raison de la période d'incubation relativement longue et de l'existence de porteurs asymptomatiques mais déjà contagieux, les personnes infectées ne peuvent pas toujours être identifiées. Étant donné que la bronchoscopie est une procédure pouvant occasionner une importante formation d'aérosols, le personnel correspondant est exposé à un risque élevé d'infection si la protection est insuffisante.

Le but de cette recommandation est de fournir un guide aux médecins et aux soignants impliqués dans la réalisation de bronchoscopies pendant la pandémie de SARS CoV2 afin de protéger les autres patients et le personnel impliqué, de minimiser le risque de transmission ultérieure tout en maintenant des soins médicaux de qualité et d'assurer la disponibilité des équipements de protection appropriés.

1. Définitions

- Suspicion d'infection au SARS CoV2: infection respiratoire aiguë, fièvre et / ou contact conscient avec une personne infectée au SARS CoV2
- Infection SARS CoV2 confirmée : frottis nasopharyngé (test rapide ou test de confirmation) positif (quels que soient les symptômes)

2. Bronchoscopie dans les programmes électif et semi-sélectif

- a. L'indication à bronchoscopie doit être soigneusement vérifiée à l'avance (par exemple, reporter une bronchoscopie d'inspection pour le bilan d'une toux chronique et au contraire maintenir une bronchoscopie pour le bilan d'un cancer du poumon)
- b. Chaque patient doit être contacté par téléphone / e-mail un jour avant la bronchoscopie et interrogé sur la présence de symptômes d'une infection respiratoire, de fièvre et sur la possibilité de contacts avec des patients SARS CoV2 connus. Si un des points est répondu par OUI, un message est envoyé au médecin prescripteur et au médecin devant effectuer la bronchoscopie et la bronchoscopie est annulée ou reportée.
- c. Chaque patient est à nouveau interrogé à l'hôpital le jour prévu de l'intervention pour les points ci-dessus. Si un des points est répondu par OUI, le patient reçoit un masque et est isolé. Il faut ensuite procéder selon les directives de l'hôpital en cas de suspicion de cas.
- d. Dans la mesure du possible, la bronchoscopie rigide doit être évitée (système ouvert).
- e. Dans le cas d'une bronchoscopie élective, un frottis nasopharyngé préalable pour le SRAS-CoV-2 est conseillé. Cependant, un résultat négatif n'exclut pas une infection par SRAS-CoV-2. Par contre la contagiosité pour l'équipe médico-infirmière est significativement plus faible en cas de résultat négatif. La disponibilité des tests et la possibilité de résultats faussement négatifs doivent être pris en compte.

3. Bronchoscopie pour une infection SARS CoV2 avérée ou suspectée

- a. L'indication à la bronchoscopie doit être examinée de manière très critique chez chaque patient
- b. Il n'y a aucune indication de bronchoscopie en urgence chez les patients non intubés présentant une infection SARS CoV2 avérée ou suspectée. La réalisation d'un lavage broncho-alvéolaire pour détecter le SARS Cov2 ne doit être envisagée qu'en cas de forte suspicion de SARS CoV2 et après réception de deux frottis naso-pharyngés négatifs.
- c. Lorsqu'elle est vraiment nécessaire, une bronchoscopie chez un patient présentant une infection SARS CoV2 prouvée ou suspectée ne peut être réalisée qu'après intubation orotrachéale et sous ventilation mécanique.

4. Mesures de protection individuelle quel que soit le statut SARS COV2

- Les bronchoscopies doivent être réalisées dans une salle avec 3 à 6 échangeurs d'air et, si possible, un système de pression négative ou équipée d'un dispositif de filtre HEPA. Les mesures de protection individuelle doivent être strictement mises en œuvre selon les recommandations du Service d'hygiène hospitalière local (masque FFP2 au moins, lunettes de protection, sur-blouse de protection étanche, gants et charlotte). Un test d'ajustement du masque FFP2 doit être effectué avant de débiter l'examen. Les gants doivent être remontés au-dessus de la surblouse de telle façon que la peau soit recouverte dans la zone des poignets. Après retrait des gants, les mains doivent être désinfectées en 6 étapes selon les directives de l'OMS ou lavées au savon. Cela s'applique à TOUTES les bronchoscopies (rationnel: il existe des porteurs asymptomatiques mais contagieux du SRAS CoV-2). Un même masque de protection FFP2 et des lunettes de protection peuvent être utilisés pendant toute une journée par un employé. Toutefois, dans le cas d'un patient SARS CoV2 avéré / suspecté, le masque et les lunettes de protection doivent être éliminés.
- Réduction au minimum du personnel présent dans la salle d'endoscopie. Les étudiants ou assistants ne sont notamment pas admis.
- En raison du fait que les patients toussent après une bronchoscopie et en accord avec les recommandations de Swissnoso, les patients doivent porter un masque FFP2 pendant au moins 30 minutes après la fin de l'examen.
- Lors de la bronchoscopie d'un patient intubé / ventilé, il faut veiller à ce que la ventilation mécanique soit brièvement suspendue lors de l'insertion et du retrait du bronchoscope afin d'éviter la formation et dispersion d'aérosols. De plus, le patient doit être sous sédation aussi profonde que possible et le patient curarisé, si nécessaire (éviction de la toux).
- La durée de la bronchoscopie doit être aussi courte que possible. L'inspection détaillée de chaque segment bronchique n'est donc pas nécessaire.
- La réalisation d'un frottis nasopharyngé de routine avant la réalisation d'une bronchoscopie est facultative. La disponibilité des tests, des réactifs d'analyse et du risque de faux négatif au stade précoce de la maladie doivent être pris en compte.

5. Matériel

Dans la mesure du possible, des bronchoscopes à usage unique (par exemple d'AMBU) doivent être utilisés en cas d'infection avérée ou soupçonnée au SARS Cov2. L'extérieur des tubes de prélèvements doit être désinfecté avec un désinfectant de surface avant expédition dans les laboratoires d'analyse. SARS

CoV2 doit être clairement indiqué sur le bon de demande d'analyse quelle que soit la nature du prélèvement et de l'analyse demandée (microbiologie, virologie, hématologie, cytologie, histologie etc).

6. Bibliographie

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al.; China Medical Treatment Expert Group for SARS Cov2. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020 Feb 28. doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
2. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavi-rus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020 Feb 7. doi: 10.1001/jama.2020.1585
3. https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2020-03_DGP-Empfehlung_Broncho_Covid19.pdf
4. https://aabronchology.org/2020/03/12/2020-aabip-statement-on-bronchoscopy-SARS_Cov2-infection/
5. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/200325_UPDATE_Vorsorgemassnahmen_COVI_D-19_Spital_DE_V4.1.pdf

PD Dr. med. Daniel Franzen, Leitender Arzt, Klinik für Pneumologie Universitätsspital Zürich

Dr. Jérôme Plojoux, Médecin adjoint, Service de Pneumologie, Hôpitaux Universitaires Genève

Prof. Andreas Widmer, Präsident Swissnoso