



MISE A JOUR DES RECOMMANDATIONS AU 04 MAI 2020

Avec la crise sanitaire liée au Coronavirus et le déclenchement du plan blanc le 13 mars dernier, les activités de chirurgie ont été réduites de façon drastique ces dernières semaines. Cette sidération quasi complète de notre système de soins, n'a permis qu'une prise en charge des urgences chirurgicales non différables.

Parallèlement à la stabilisation de la situation pandémique, nous notons actuellement une accumulation inquiétante de patients en attente de chirurgie avec une perte de chance médicale mais également sociale et professionnelle.

Il est désormais possible et nécessaire de redémarrer progressivement une activité chirurgicale plus large.

Dans cette situation chronique et asynchrone dans les différents territoires, il n'est pas possible de définir précisément les actes réalisables ou non, sous peine de négliger des situations cliniques nécessitant une prise en charge ou d'exposer les chirurgiens à des recours judiciaires ou assuranciers.

La décision chirurgicale doit donc désormais se faire au cas par cas en évaluant l'intérêt de la chirurgie pour le patient au regard du sur risque lié à une contamination virale toujours possible durant l'hospitalisation.

Par ailleurs, la hiérarchisation des interventions à réaliser devra tenir compte de la disponibilités des ressources humaines, médicamenteuses et matérielles propres à chaque établissement.

Il est recommandé de recontacter les patients mis en attente au début de la crise et d'évaluer leur état de santé et la nécessité potentielle de les prendre désormais en charge.

Par ailleurs, il est fortement conseillé de mettre en œuvre les mesures suivantes :

A la consultation :

Les mesures de distanciation sociale doivent être mises en place dans les salles d'attente

Les chirurgiens doivent consulter avec un masque de type chirurgical selon les recommandations en vigueur.

Les patients doivent également porter un masque réutilisable ou chirurgical. Le cabinet médical doit être en mesure de leur en fournir un si il n'en porte pas.

Un questionnaire à la recherche de signes cliniques d'infection COVID doit être systématiquement rempli par le patient (questionnaire SFAR) et son résultat doit être signalé dans l'observation médicale.

Le consentement opératoire signé par le patient doit comporter un paragraphe signalant le risque spécifique de contamination par le coronavirus lors de la prise en charge chirurgicale malgré les mesures de sécurité mises en œuvre dans les établissements

L'indication opératoire doit faire l'objet d'une validation collégiale comportant au minimum le chirurgien, un anesthésiste et un responsable de structure (chef de bloc opératoire, cellule de programmation, ...)

Cette validation tiendra compte de l'analyse du service rendu au patient, de ses facteurs de risque de forme grave de Covid (formulaire SFAR), et des priorisations liées aux disponibilités humaines et matérielles de l'établissement.

Les hospitalisations en chambre seule sont à privilégier

Les précautions relatives à la prise en charge des patients au bloc opératoires ont été clairement édictées par la Société Française d'Anesthésie Réanimation et doivent ainsi être mises en œuvre pour les patients opérés du rachis.

Nous précisons que la réalisation systématique d'un scanner thoracique low-dose nous semble nécessaire avant les chirurgies rachidiennes lourdes (chirurgies instrumentées avec temps opératoire > 3h, risque élevé de transfusion)

Sauf urgence nécessitant une prise en charge immédiate, les patients COVID + doivent être reportés. Avant de programmer un patient Covid+, celui-ci doit être asymptomatique depuis au moins 28 jours et avoir eu 2 PCR négatives à 8 j d'intervalle.

Le respect de ces mesures doit permettre d'établir un climat de confiance avec nos patients en les assurant d'une prise en charge sécurisée et adaptée à leurs besoins.