Recommandations de l'Association Tunisienne de Chirurgie (ATC) pour la pratique de la chirurgie viscérale en situation de pandémie de la COVID-19

Recommandations of the Tunisian Association of Surgery for the practice of visceral surgery during COVID-19 pandemic

Mehdi Khalfallah[1], Amine Makni[2], Mahdi Bouassida[3], Rached Bayar[4], Sofian Abdelkafi[5], Mohamed Ben Amar[6], Nafaa Arfa[4], Ramzi Nouira[1]

1-Service de Chirurgie B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis el Manar.
2-Service de Chirurgie A, Hôpital la Rabta, Tunis, Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis el Manar.
3-Service de Chirurgie, Hôpital Mohamed Tahar Maamouri, Nabeul, Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis el Manar.
4-Service de Chirurgie, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis el Manar.
5-Service de Chirurgie, Hôpital des Aghlabides, Kairouan, Faculté de Médecine de Sousse, Université de Sousse.
6-Service de Chirurgie, Hôpital Habib Bourguiba, Sfax, Faculté de Médecine de Sfax, Université de Sfax.

RÉSUMÉ

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré le 11 mars 2020 que l'épidémie de la COVID-19 était devenue une pandémie. En Tunisie, le ministère de la santé a recommandé des mesures renforcées d'hygiène préventive afin de contenir et limiter la propagation du virus.

Suite à l'entrée de la Tunisie en phase 4 de l'épidémie de la COVID-19, l'Association Tunisienne de Chirurgie a proposé des recommandations en rapport avec l'activité chirurgicale. Les urgences chirurgicales doivent être traitées en urgence et sans délai. Les pathologies non tumorales qui nécessitent une intervention chirurgicale en situation élective et dont le risque d'aggravation ou de complication est jugé faible doivent être reportées. Pour la pathologie tumorale digestive, et en dehors des formes compliquées, un traitement néo-adjuvant est fortement recommandé dans le cadre de staff de concertation pluridisciplinaire.

Mots-clés : Coronavirus, COVID-19, Chirurgie, Recommandations

SUMMARY

The World Health Organization declared on March 11, 2020 that the COVID-19 epidemic has become a pandemic. In Tunisia, the Ministry of Health has recommended enhanced preventive hygiene measures to contain and limit the spread of the virus.

Following the entry of Tunisia into phase 4 of the COVID-19 epidemic, the Tunisian Association of Surgery proposed recommendations related to surgical activity. Surgical emergencies must be treated urgently and without delay. Non-tumor pathologies which require surgery in an elective situation and for which the risk of aggravation or complication is considered low shoud be postponed. For digestive tumor pathology, and apart from complicated forms, neoadjuvant treatment is highly recommended in the context of multidisciplinary concertation staff.

Key-words: Coronavirus, COVID-19, Surgery, Recommendations

Correspondance
Mehdi Khalfallah
Service de Chirurgie B, Hôpital Charles Nicolle,Tunis / Tunis el Manar / Faculté de Médecine de Tunis
drmehdikhalfallah@gmail.com

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré le 11 mars 2020 que l'épidémie de la COVID-19 était devenue une pandémie. En Tunisie, le Ministère de la Santé a recommandé des mesures renforcées d'hygiène préventive afin de contenir et limiter la propagation du virus.

Suite à l'entrée de la Tunisie en phase 4 de l'épidémie de la COVID-19, l'Association Tunisienne de Chirurgie a proposé les recommandations suivantes en rapport avec la pratique de la chirurgie viscérale :

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE PRÉVENTION

- Nous insistons sur le respect de toutes les mesures de prévention recommandées par le Ministère de la Santé et notamment le port du masque chirurgical pour tout patient, le lavage fréquent des mains au savon ainsi que l'utilisation de la solution hydro-alcoolique.
- Nous conseillons de considérer par excès tout patient qui consulte comme étant COVID + vu que nous sommes en phase 4 et vu le grand nombre de formes asymptomatiques et les tableaux cliniques atypiques.

ACTIVITÉ NON CHIRURGICALE

- Nous recommandons de reporter toutes les consultations à froid afin de se limiter qu'aux situations urgentes.
- Nous recommandons de favoriser dans ce sens, la télémédecine particulièrement pour les contrôles post-opératoires (en effet, ces patients sont réputés être fragiles suite à l'intervention chirurgicale qu'ils viennent de subir).
- Lors des consultations, nous incitons à veiller sur l'espacement des rendez-vous et la limitation du nombre de patients en salle d'attente.

ACTIVITÉ CHIRURGICALE

En fonction de la pathologie

- Les cas urgents (pathologies infectieuses, ischémiques, occlusives et traumatiques) doivent être traités en urgence et sans délai.
- Les pathologies non tumorales qui nécessitent une intervention chirurgicale en situation élective et dont le risque d'aggravation ou de complication est jugé faible doivent être reportées : pathologie herniaire, lithiase vésiculaire simple et symptomatique, polypose colorectale, pathologie hydatique, reflux gastro-œsophagien, rate hématologique, pathologie proctologique (hémorroïdes, fissure, fistule), obésité morbide.
- Pour la pathologie tumorale digestive, et en dehors des formes compliquées, un traitement néo-adjuvant est fortement recommandé [1,2]. Ceci devrait être discuté au cas par cas au sein de staff de concertation pluridisciplinaire en fonction du siège du cancer, de son stade évolutif, du type d'intervention à proposer et du terrain [1,2].

Les principes généraux

Les grands principes à respecter lors de chaque intervention chirurgicale sont :

- Ne doivent être présents en salle d'opération, lors de l'intubation ou de l'extubation, que les membres de l'équipe d'anesthésie [1,3].
- Lors de l'utilisation de l'électrochirurgie, les particules virales peuvent avoir le potentiel de se propager dans l'environnement de la salle d'opération [1,3]. Par conséquent, les stratégies de réduction des risques comprennent :
  - L'utilisation d'Équipement de Protection Individuelle (EPI) adéquats,
  - La réduction de la fumée chirurgicale en utilisant des évacuateurs de fumée
  - Le réglage des unités électro-chirurgicales à un niveau aussi bas que possible.

En fonction de la voie d'abord

Dans cette situation de pandémie, la laparoscopie a deux principaux avantages : l'impact sur la fonction respiratoire et la durée d'hospitalisation [1].

Cependant, son principal risque est l'exposition professionnelle ainsi que l'infection du personnel présent en salle d'opération et ce par la présence d'agent pathogène dans le pneumopéritoine.

Il est recommandé en cas d'abord laparoscopique [1,3] :

- de vérifier le bon fonctionnement du système d'aspiration dont l'utilisation doit être systématiquement vérifiée avant de débuter l'intervention
- d'utiliser des trocarts sans fuite et s'ils sont disponibles des trocarts à ballonnet
- de NE PAS créer de fuite en cas de présence de fumée gênant l'intervention mais d'aspirer cette fumée à l'aide de l'aspirateur
- d'aspirer la totalité du pneumopéritoine avant de réaliser une conversion et lors de la fin de l'intervention avant le retrait des trocarts.
- en cas de doute ou de manque d'expérience en laparoscopie, la laparotomie devra être privilégiée.

LE CIRCUIT DU PATIENT CHIRURGICAL

L'activité chirurgicale durant cette pandémie sera limitée aux urgences chirurgicales.

Le circuit d'un patient nécessitant une intervention chirurgicale requiert l'existence d'un circuit COVID au sein de la structure hospitalière où le patient sera opéré. Idéalement le circuit COVID comporte une unité de chirurgie avec un bloc opératoire dédié à prendre en charge ces patients. A défaut, et en l'absence d'une centralisation de la prise en charge chirurgicale, il convient de mettre au point dans chaque service de chirurgie, une unité COVID avec un matériel de protection (Figure n°1) et des ressources humaines dédiées.
En se basant sur le degré de l'urgence, du type de la chirurgie (haut ou faible risque de contamination) (Figure n°2) et du statut du patient COVID +/COVID – (idéalement par le test PCR ou à défaut en se basant sur l'existence ou non de facteurs de risque que le patient soit contaminé (Figure n°3)) nous avons établi un algorithme de prise en charge que nous avons qualifié de 'CIRCUIT DU PATIENT CHIRURGICAL A l'ÈRE DE LA PANDÉMIE COVID' (Figure n°4).

L'évolution rapide de la situation nous oblige à revoir périodiquement les mesures prises et à analyser le contexte clinique, social et économique dérivé de chaque décision prise.

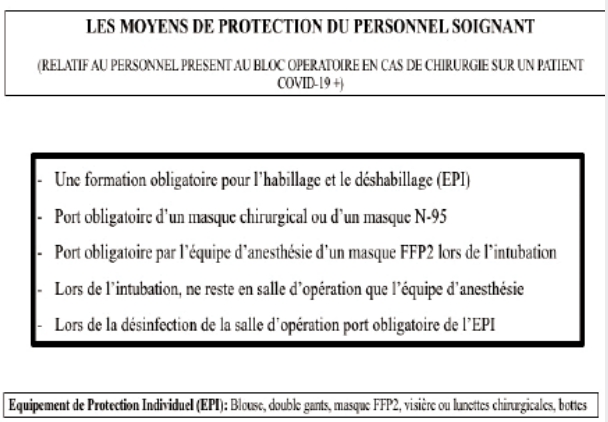

Figure 1. Les moyens de protection du personnel soignant

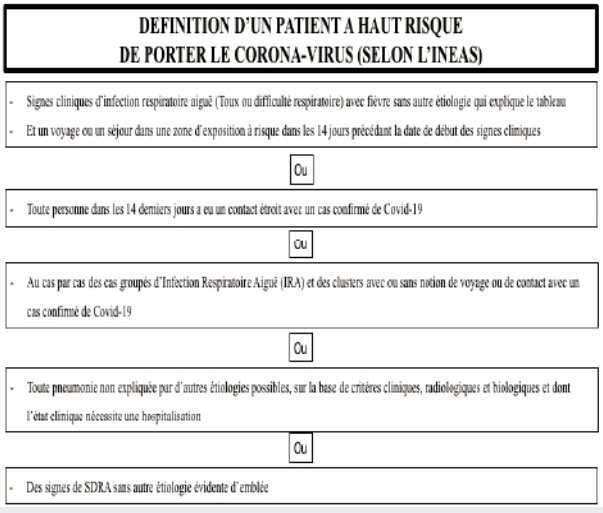

Figure 2. La définition d'un patient à haut risque de porter le Coronavirus (Définition de l'INEAS)

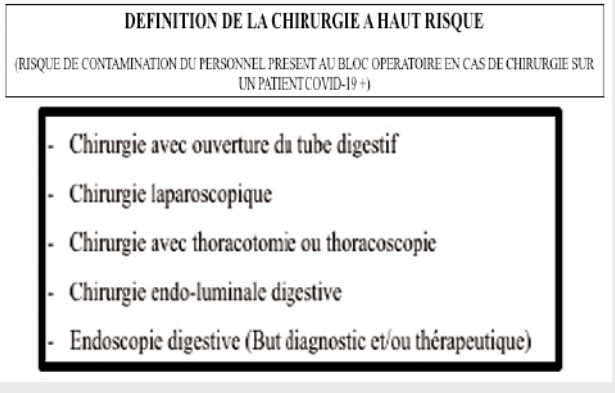

Figure 3 : La définition de la chirurgie à haut risque de contamination du personnel présent en salle d'opération en cas de chirurgie sur un patient COVID +

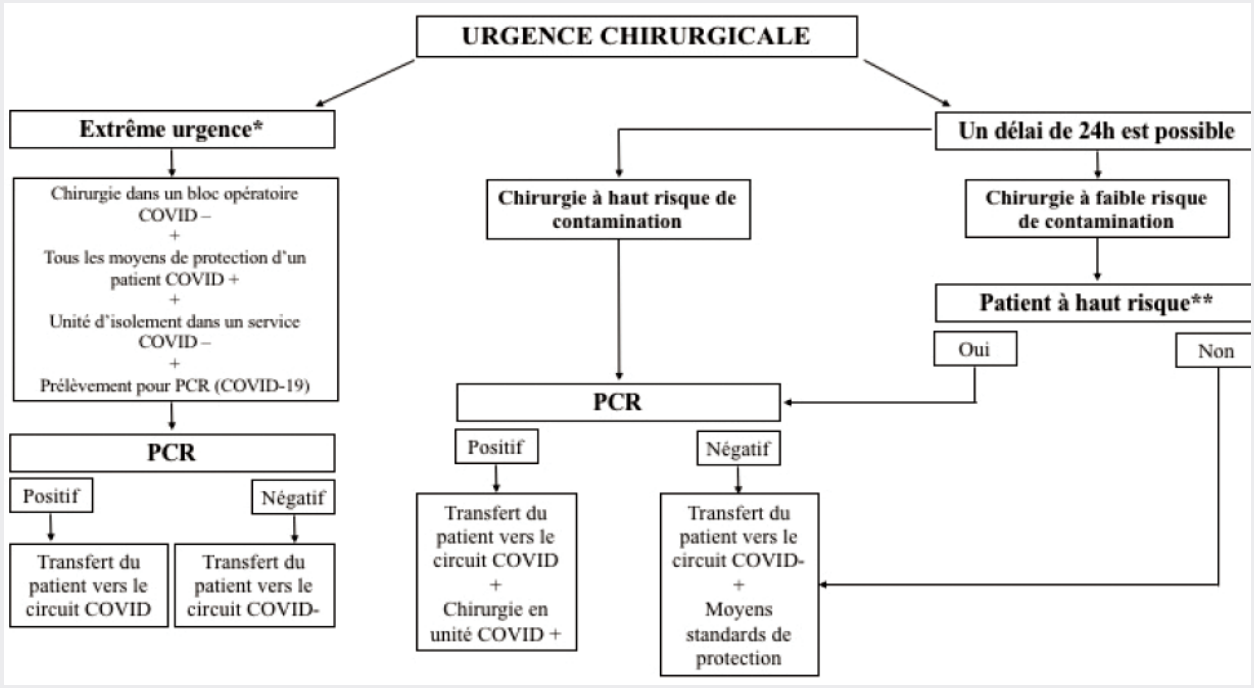

Figure 4 : Circuit d'un patient chirurgical à l'ère de la pandémie de la COVID-19

***L'extrême urgence :**
Hémorragie cataclysmique résistante à la réanimation nécessitant un geste d'hémostase dans l'immédiat
Une péritonite aiguë
Une occlusion intestinale aiguë (OIA) avec des signes de gravité (On inclut également les OIA par strangulation)
Une hernie étranglée
L'ischémie/infarctus mésentérique
Abdomen aigu avec état de choc
****Patient à haut risque :**
Définition selon l'Instance Nationale de l'Évaluation et de l'Accréditation en Santé (INEAS) d'un patient à haut risque de porter le coronavirus 2019

RÉFÉRENCES

1. Tuech J.J, Gangloff A, Di Fiore F et al. Stratégie pour la pratique de la chirurgie digestive et oncologique en situation d'épidémie de COVID 19. Journal de chirurgie viscérale 2020 (online).
2. Di Fiore F, Bouché O, Lepage C, Sefriou D, Gangloff A, Schwarz L, Tuech JJ, Aparicio T, Lecomte T, Boulagnon-Rombi C, Lièvre A, Manfredi S, Phelip JM, Michel P on behalf of the Thésaurus National de Cancérologie Digestive (TNCD). COVID-19 epidemic: proposed alternatives in the management of digestive cancers : A French Intergroup clinical point of view (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, ACHBT, SFR). Dig Liver Dis. 2020;52(6):597-603.
3. Joseph D. Forrester, Aussama K. Nassar, Paul M. Maggio, Mary T. Hawn. Precautions for Operating Room Team Membersduring the COVID-19 Pandemic. Journal of the American College of Surgeons. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.03.030