

Recommandations actualisées du CNP de Chirurgie Vasculaire pour l'organisation de l'activité opératoire en période de crise Covid-19 prenant en compte l'évolution du confinement

Les recommandations du CNP de chirurgie vasculaire établies par ses différentes composantes ont permis de lister les indications thérapeutiques urgentes à prendre en charge, dans la mesure des possibilités de chaque centre. Elles ont été plébiscitées lors de leur publication, mais doivent être reconsidérées avec l'évolution de l'épidémie et le prolongement du confinement.

La plupart des établissements de soins ont tracé des parcours de patients par spécialités, avec une répartition pour le COVID et une autre pour les filières non COVID, dont les pathologies vasculaires. Dans le même temps, nous avons dû nous plier aux directives du gouvernement et déprogrammer toute activité chirurgicale non urgente. Les ordres de confinement ont convaincu toute la population de rester chez elle. Le message est manifestement très bien passé chez nos patients, qui ont déserté nos établissements de santé, par crainte d'y contracter le COVID. La communauté des chirurgiens vasculaires est inquiète de ne plus voir de patients à la consultation, surtout ceux dont l'état vasculaire engage habituellement le pronostic vital ou la conservation des membres.

Nous savons à présent que le confinement durera encore plusieurs semaines (au moins jusqu'au 11 mai), avec une levée progressive, peut-être variable selon les régions, ce qui n'est pas pour nous rassurer. Où sont nos patients ? Dans quel état allons-nous les retrouver après le confinement ? Comment pouvons-nous sortir de cette crise et reprendre une activité ?

Ces questions sont légitimes, mais il est impossible actuellement de proposer un plan précis dont nous ne maîtrisons pas les règles.

Voici quelques éléments de réflexion :

- L'impact de la pandémie est très variable d'une région à l'autre : nombreuses sont les villes où l'incidence est faible et où pourrait se discuter un redémarrage de l'activité.
- Une reprise brutale de l'activité avec nos référentiels habituels risquerait fort de générer des épidémies locales ou clusters, avec des conséquences dramatiques, qui terniraient notre image de marque pour longtemps. Faut-il rappeler l'expérience de certains d'entre nous qui ont vu plusieurs de leurs patients opérés décéder du COVID qu'ils avaient probablement contracté juste avant ou pendant leur hospitalisation ?
- La priorité est de rassurer les patients et leur montrer que nous employons tous les moyens pour les protéger contre le COVID. L'information au patient est capitale.
- La question d'un dépistage systématique ou ciblé des patients, avant de les hospitaliser pour les opérer, est actuellement discutée. Certains patients cliniquement asymptomatiques ont des scanners thoraciques typiques de COVID grave : faudra-t-il prescrire un scanner thoracique à tout patient devant être intubé pour une intervention programmée ?

Il faudra préparer et organiser la reprise, sans savoir quand elle va se produire, mais avec suffisamment de souplesse pour autoriser une marche arrière face à une éventuelle résurgence de l'épidémie.

Au vu de ces éléments :

- Quand reprendre ?

- Le bon timing sera à déterminer avec les instances locales, en fonction du recul local de la pandémie, afin de permettre une reprise progressive. La date devra être discutée avec les ARS et les responsables administratifs de nos établissements respectifs, peut-être le 11 mai.

- Comment travailler?

- Secrétariat en télétravail : retour à un présentiel minimal puis adapté à la reprise, en maintenant une distanciation avec les médecins, le personnel et les patients.
- Organiser une disponibilité des chirurgiens vasculaires pour répondre aux appels des malades et les conseiller.
- Contacter les angiologues personnellement ou par mailing pour les informer de notre disponibilité pour des avis ou des prises en charge.
- Consultations : aménager les consultations pour permettre une distanciation minimale dans l'espace (démographie minimale en salle d'attente) et le temps (un patient par créneau de 30 min ? 1h ?).
- Hospitalisation : favoriser les courtes durées, les traitements miniinvasifs.
- Réorganiser la répartition des salles d'opération.
- Soins intensifs et réanimation: la chirurgie lourde n'est possible qu'en présence d'un secteur dédié, indemne de COVID, et fonction de la disponibilité des anesthésistes et/ou des réanimateurs souvent occupés par les malades COVID.

- Quoi ?

- Les pathologies urgentes (traumatologie, hémorragies, gros anévrysmes de l'aorte, sténose carotidienne symptomatique, faux anévrysmes anastomotiques, ischémie aiguë, thrombose de pontage, pathologie des abords pour hémodialyse).
- Les pathologies menaçantes (ischémie critique, sténose des artères viscérales, sténoses carotidiennes très serrées, sténoses pré-occlusives).
- Les patients que nous avons repoussés jusqu'à présent et qui doivent être réévalués, et traités si leur pathologie s'est aggravée.
- Les sources vitales : fourniture d'allogreffes pour les banques de tissus. et les sociétés qui les conditionnent (reprise de l'activité de stripping et de prélèvements multi-organes).
- Le reste : chirurgie réglée, traitement des claudicants, chirurgie veineuse, à discuter au cas par cas en évitant les patients à risque de développer des formes graves de COVID (obésité, diabète et âge > 70 ans).