

Webinaires portant sur le Coronavirus (COVID-19)

Webinaire 1 : COVID-19, au-delà du stress, aspects pratico-pratiques
8 avril 2020

Webinaire 2 : La cardiologie en temps de COVID-19
22 avril 2020

Ce document est préparé à partir des réponses émises par les conférenciers et modérateurs participants aux deux webinaires :

Webinaire 1 : Dre Anique Ducharme - Dre Nadia Giannetti - Dre Hélène Mayrand
Dr François-Pierre Mongeon - Dre Isabelle Nault - Dr Mathieu Paulin

Webinaire 2 : Dr Jean-Pierre Déry - Dr Paolo Costi - Dr Philippe Lavoie-L'Allier
Dre Hélène Mayrand - Dr Lawrence Rudski - Dre Vicky Soulière

*Les questions sont présentées dans l'ordre alphabétique des sujets.

ARRÊT TRAVAIL

Quelles sont les recommandations pour les retraits préventifs de nos patients exerçant des métiers à risque ?

- Troubles cardiaques ou pulmonaires chroniques « non contrôlés » ou « compliqués » et donc assez graves pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers;
- Hypertension artérielle « non contrôlée » ou « compliquée » et donc assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers;
- Une obésité importante (à titre indicatif, imc \geq 40);

Ces patients ne devraient pas être en contact avec des personnes souffrant de la COVID-19 (travailleur de la santé). Le télétravail est recommandé si possible. Sinon le milieu de travail doit être adapté pour les mesures d'hygiène et la distanciation sociale recommandée. Si ce n'est pas possible, il faut alors prescrire un retrait préventif.

Pour les cardiopathies congénitales, voici la réponse du Dr François-Pierre Mongeon : À l'ICM, nous avons établi des critères spécifiques pour le retrait préventif de nos patients adultes avec des cardiopathies congénitales à haut risque d'éviter tout travail avec une interaction significative avec le public. Nous avons défini les cardiopathies à haut risque comme :

- Ventricule unique
- Chirurgie de Fontan
- Hypertension pulmonaire et syndrome d'Eisenmenger
- Cardiopathies congénitales complexes non réparées, et celle entraînant de la cyanose
- Les patients présentant une insuffisance cardiaque qui sont limités dans leur activité (CF \geq 2/4) et traités par lasix
- Les patients présentant une pathologie chronique associée comme une pathologie pulmonaire, un diabète, insuffisance rénale sévère, une immunosuppression, un cancer actif ou récent. Ces patients devraient aussi consulter le spécialiste en charge de leur condition non cardiaque.

Voici le lien des recommandations provenant de l'INSPQ :

[COVID-19 \(SARS-CoV-2\) - Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques](#)

Enfin, est-ce que nous devons écrire des lettres "off work" indéfinies pour nos patients avec diabète ou HTA ou MCAS qui sont stables, mais qui travaillent toujours à l'extérieur de chez eux? Nous recevons beaucoup de questions chez nous pour avoir des lettres écrites pour leurs employeurs. Et est-ce que nous savons si la plupart des assurances vont couvrir les patients pour ça?

- Idéalement il faut respecter les critères mentionnés ci-haut pour prescrire un retrait préventif;
- On ne peut malheureusement pas se prononcer sur la réponse des assureurs.

CLINIQUE DE PACEMAKERS ET DÉFIBRILLATEURS

Comment faire le suivi des patients ?

La plupart des suivis devraient se faire à distance (lorsque le suivi à distance est déjà déployé) ou être reportés à la fin de la pandémie si non urgent et si le suivi à distance est non disponible. Les patients avec suspicion d'infection de logette/système, de dysfonction d'appareil ou de sonde, syncope, choc, exacerbation de symptômes d'insuffisance cardiaque et les patients dépendants qui approchent de la fin de vie de leur pile devraient être vus en personne tout en déployant toutes les mesures requises afin de minimiser le risque de contracter le COVID. Les patients dépendants près de l'indicateur de changement électif de pile qui sont sous suivi à distance peuvent être évalués à distance. Voici le lien pour la position du CCS face au suivi des patients porteurs de PMP et de défibrillateurs. https://www.ccs.ca/images/Images_2020/CHRS_COVID-19_Update_FR.pdf

CODE BLEU

Comment doit-on procéder pour les arrêts cardio-respiratoires des patients Covid + ?

On recommande de ne pas masser avant l'intubation. On peut par contre défibriller s'il y a une arythmie « choquable ». On doit porter la protection individuelle avec masque N95 et visière. Intubation séquence rapide par le médecin le plus expérimenté en la matière. Le patient devrait être branché sur le respirateur ou l'ambu branché à un filtre HEPA si ventilation à l'ambu nécessaire avant de débiter le massage cardiaque (IN).

Voici le lien pour ces recommandations : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/soins-critiques/>

ÉPREUVE À L'EFFORT

Est-ce que le patient devrait porter un masque lors d'une épreuve à l'effort ?

- La SCC et l'ACC recommandent de favoriser l'échographie Dobutamine/persantin ou le MiBI persantin pour investiguer les patients, mais en pratique, l'épreuve à l'effort demeure un incontournable. Avec la transmission communautaire du virus, on recommande le port du masque pour le patient. La *Société Américaine d'Échocardiographie* considère que les épreuves sur tapis roulant peuvent causer une exposition au virus en raison de la respiration profonde et de la toux durant l'exercice.
Réf. : Kirkpatrick J et al. ASE Statement on Protection of Patients and Echocardiography Service Providers During the 2019 Novel Coronavirus Outbreak. 2020.
- La *Société Européenne d'Imagerie Cardiovasculaire* considère qu'un patient doit porter un masque pendant un examen d'imagerie.
Réf. : Skulstad H et al. COVID-19 pandemic and cardiac imaging: EACVI recommendations on precautions, indications, prioritization, and protection for patients and healthcare personnel. European Heart Journal - Cardiovascular Imaging (2020) 0, 1–7.
- La *Société Européenne de Cardiologie* recommande que tout patient porte un masque dans un contexte ambulatoire en présence de transmission communautaire.
Réf.: ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease during the COVID-19 Pandemic. Mise à jour le 21 avril 2020. <https://www.escardio.org/Education/COVID-19-and-Cardiology/ESC-COVID-19-Guidance#p06>. Consulté le 23 avril 2020.

ÉCHOCARDIOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE (ETT)

Avez-vous installé un écran protecteur pour le technicien en échocardiographie pour ETT ?

Non. Il existe par contre des housses qui peuvent être employées et jetées dans la salle où a lieu l'examen. Il faut néanmoins nettoyer l'appareil à l'extérieur. De plus, il faut minimiser la durée de l'examen donc les mesures de protection ne doivent pas limiter les gestes et rendre l'examen plus long et de moins bonne qualité.

Portez-vous les protections complètes incluant N95 et utilisez-vous une salle a pression négative pour une ETO chez un patient ambulatoire, asymptomatique, et/ ou à faible risque de COVID.

Non. À l'ICM, nous utilisons un masque de procédure et une visière, une blouse et des gants. Une salle à pression négative n'est pas essentielle et nous n'en utilisons pas.

[Procédure ETO-COVID-ICM- FP Mongeon 26 mars 2020](#)

À quelle fréquence désinfectez-vous l'appareil pour un patient venant de la communauté et présumément COVID - ?

On devrait appliquer une lingette désinfectante sur la sonde, le clavier et la civière après chaque patient. Si le patient est présumément COVID, l'appareil et toute la salle doivent être désinfectés entre chaque cas.

ÉCHOCARDIOGRAPHIE TRANSOESOPHAGIENNE

Pour un patient à faible risque de COVID, est-ce qu'un résident peut faire la procédure ?

Réponse de Dr François-Pierre Mongeon : Nous avons décidé que le personnel en entraînement ne ferait pas d'examens pour minimiser la durée des examens. Les stages des résidents sont d'ailleurs annulés pour l'instant.

IMPUTABILITÉ-PÉNALITÉ FINANCIÈRE

Quelle est la compétence des cardiologues pour prendre soin de patients non cardiaques atteints de COVID dans les unités d'hospitalisation, de soins intensifs ou dans les CHSLD? (Pour répondre au besoin de médecins dans la province)

C'est le principe du « plus compétent dans les circonstances » qui doit s'appliquer, en sachant que tous doivent contribuer et effectuer des activités médicales qui pourraient ne pas leur avoir été familières avant la pandémie. En effet, il se pourrait qu'un médecin soit la personne la plus compétente pour agir dans les circonstances, même si l'intervention se situe hors de son domaine habituel de pratique. L'objectif global est de tirer le meilleur parti de ressources humaines rares et précieuses en ces temps exceptionnels.

Imputabilité de modifier le délai des consultations provenant des CDRS ?

Seules les consultations B et C sont allouées et doivent être réalisées (en personne ou par téléconsultation).

Dans le contexte du délestage, est-ce que la repriorisation des consultations venant du CRDS qui est modifiée va apporter des pénalités ?

J'ose espérer que non, nous sommes en urgence sanitaire!

Devrait-on faire de nouvelles consultations par téléphone sans jamais voir le patient ?

On peut faire des consultations téléphoniques en respectant le libellé de l'acte, et ce sans examen physique pendant la période de pandémie. S'il est jugé nécessaire, le patient devra être appelé pour une deuxième visite avec examen physique.

Peut-on évaluer un patient de plus de 70 ans pour dyspnée de novo en téléconsultation seulement ?

Les urgences cardiologiques existent toujours et tuent nos patients. Si vous jugez que ce patient doit être évalué physiquement et subir une investigation, il faut le faire.

INFARCTUS - STEMI

Pourquoi le door to ballon (D2B) est ramené à 30 minutes ?

Dr Philippe L-L'Allier : Je présume qu'on fait référence au temps de transport routier ici plutôt qu'au D2B. Ce dernier a effectivement été raccourci pour compenser l'augmentation présumée du temps de scène et de transport au niveau pré-hospitalier + escale à l'urgence pour confirmer le statut COVID et l'état respiratoire; et ainsi maintenir l'atteinte des cibles de D2B pour l'angioplastie primaire IPIM (en guise de rappel : la chronométrie débute à l'arrivée des ambulanciers au chevet du patient pour les IPIMS et au triage de l'urgence pour les fibrinolyse).

Quelle est la rationnelle de procéder à la thrombolyse dans la région de Québec alors que le patient se trouve à moins de 30 minutes d'une salle d'hémodynamie ?

- Dr Philippe L-L'Allier : Notre approche préconise plutôt l'utilisation d'ÉPI N95 systématiquement par l'équipe d'hémodynamie pour tous les patients COVID suspects/confirmés plutôt que de procéder systématiquement à une intubation en amont du labo (nous considérons la défibrillation sans massage comme raisonnable avant l'intubation si le personnel porte des ÉPI N95). Cette approche permet de continuer à considérer l'angioplastie primaire chez les patients suspects/confirmés. Bien entendu, une telle recommandation doit être arrimée à la disponibilité locale des ÉPI N95 et à une trajectoire post PPCI cohérente et fonctionnelle.
- Dr Jean-Pierre Déry : La majorité des patients sont « froids » et ont droit à l'angioplastie primaire comme à l'habitude. La thrombolyse est réservée aux patients COVID + ou fortement suspectés. Chez ces patients, le délai requis pour procéder à l'angioplastie primaire est prohibitif (intubation nécessaire en chambre pression négative avant de procéder). La thrombolyse est donc un meilleur choix pour le patient. Si le patient n'est pas intubé avant d'entrer en salle et qu'il « code », une intubation doit être réalisée avant les manœuvres de réanimation, ce qui porterait préjudice au patient, d'où la nécessité d'intuber au préalable.

INFARCTUS - NSTEMI

Avec le nombre croissant de porteurs asymptomatiques, ne serait-il pas raisonnable de stratifier d'abord selon le risque et de ne référer en hémodynamie que les NSTEMI avec facteurs de haut risque comme le suggère la CAIC?

Dr Philippe L-L'Allier : je suis en accord avec la recommandation du CAIC. Une discussion avec l'hémodynamicien apparaît souhaitable pour valider l'évaluation du niveau de risque et convenir d'une conduite personnalisée pour un patient donné en fonction de l'état des ressources.

Dr Jean-Pierre Déry: C'est ce qui est suggéré dans notre protocole. Les patients NSTEMI bas risque doivent passer un test de dépistage COVID avant d'être amené en salle d'hémodynamie à moins que le degré de suspicion d'infection ne soit très bas. La décision de tester tous les patients de la région de Montréal avant une procédure non-urgente pourrait s'avérer justifiée étant donné la proportion plus importante de cas dans cette région. Cette avenue ne semble pas justifiée pour la région de Québec où le nombre de cas / 100,000 de population est d'environ 5 à 6 fois plus bas (80/100,000 vs 450/100,000).

INSUFFISANCE CARDIAQUE (IC)

Devrait-on maintenir les traitements à base de Milrinone chez IC sévère ?

Le traitement du choc cardiogénique demeure le même en période de pandémie. Il n'y a aucune indication d'administrer des inotropes en insuffisance cardiaque aigüe décompensée, mais non en choc dans le but de prévenir une décompensation, cette hypothèse ayant été infirmée dans l'étude OPTIME-CHF (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194768>).

Suggérez-vous de retarder l'initiation du Sacubitril-Valsartan pour l'optimisation du traitement de l'HFREF en raison du risque d'hypotension et des désordres électrolytiques jusqu'à la réouverture des cliniques ou tenter par évaluation à distance?

- Dre Nadia Giannetti : Si le patient est stable CF2/4, il est préférable d'attendre. Par contre, on recommande d'initier ce traitement chez un patient qui demeure symptomatique CF3-4/4 pour diminuer sa mortalité et ses chances d'être hospitalisé. Il faudra par contre prévoir un suivi de sa TA et de sa créatinine et électrolytes. Je n'initierais pas le Sacubitril-Valsartan si je n'ai pas accès aux suivis de la créatinine et des électrolytes.
- Dre Anique Ducharme : Je crois qu'il faut absolument tenter d'optimiser les thérapies pharmacologiques, peu importe la classe fonctionnelle du patient, puisque celles-ci ont des bénéfices importants dont l'effet est très rapide. Par exemple, dans l'étude PARADIGM-HF, qui a enrôlé principalement de patients NYHA 2, le sacubitril-valsartan a diminué de 40% les hospitalisations pour IC très rapidement, soit un mois après le début de la molécule. Ceci doit se faire de façon sécuritaire : Le patient doit avoir un sphygmomanomètre à sa disposition et des prélèvements sanguins devraient être réalisés. Par contre, la visite d'optimisation comme telle peut se faire par téléphone.
(Goroteski et al. *J Card Fail.* 2020 Apr 18. pii: S1071-9164(20)30367-5. doi: 10.1016/j.cardfail.2020.04.008.)

En ce qui concerne les patients hospitalisés, il s'agit d'une opportunité de débiter des agents comme le sacubitril-valsartan et/ou le dapaglifozin.

Quelle condition clinique nécessite l'arrêt IECA ?

Aucune, à moins d'un effet secondaire ou indésirable, il faut poursuivre la thérapie à base d'ACE et ARA chez les défailants cardiaques tels que le stipule le CCS-ACC-ESC.

http://www.ccs.ca/images/Images_2020/CCS_CHFS_statement_regarding_COVID_fr.pdf

Patients dyspnéiques de CLIC, où les voit-on en sachant que la dyspnée pourrait être un signe d'une infection à la Covid ? À la CLIC ou à l'urgence ?

Une évaluation préalable par téléphone et/ou visioconférence est souhaitable. Si un COVID-19 est suspecté suite à ce questionnaire, le patient devrait être évalué en milieu protégé, lequel varie selon les milieux; à l'ICM il sera vu soit à ÉPIC ou à l'urgence selon l'évaluation initiale.

INVESTIGATION

Q : Peut-on faire des résonances magnétiques aux patients Covid + ?

Techniquement oui, mais il faut minimiser l'usage des examens radiologiques chez les patients Covid+. La décision de procéder à une IRM a donc plusieurs éléments :

- 1. Indication** : Il faut donc, à mon avis, que le résultat de l'examen change la conduite à tenir. La seule confirmation d'un diagnostic ou l'information pronostique ne me semble pas une indication suffisante, car ceci pourrait attendre la résolution de la pandémie de Covid.
- 2. Déplacement du patient dans l'hôpital** : Une IRM implique de déplacer le patient Covid + au département de radiologie avec un risque inhérent de contamination. Il faut avoir un protocole de brancarderie adapté au statut Covid+.
- 3. Tolérance à l'examen** : Le patient avec Covid sera-t-il capable de rester en décubitus dorsal pendant 30-45 minutes? Sera-t-il capable de retenir sa respiration si requise pour obtenir des images? Le patient se sentira-t-il trop confiné avec un masque dans l'environnement déjà exigu de l'IRM? L'environnement d'IRM n'est pas idéal pour un « code bleu protégé », car on ne peut pas réanimer dans la salle où se trouve l'appareil. Donc l'IRM me semble déconseillée pour tout patient Covid+ à risque d'arrêt cardiaque. Le délai pour débiter la réanimation, déjà long dans la chambre du patient, sera encore prolongé.
- 4. Désinfection** : Il faut préparer la salle d'IRM en sortant tout le matériel non essentiel. La salle d'IRM sera inutilisable pour 90 minutes après l'examen si le patient génère des aérosols (temps requis pour débiter la désinfection).

MYOCARDITE - INVESTIGATION ET TRAITEMENT

Est-ce qu'on peut avoir des opinions sur la prise en charge de la myo-péricardite chez les patients Covid+: rôle de coroscan, AINS, Colchicine ? IECA et Beta-bloqueurs si dysfonction ventriculaire gauche ?

En général, un processus prédomine - soit l'inflammation péricardique ou la myocardite. Dans Covid-19, l'incidence est variable, mais la plupart pensent que la myocardite est le processus principal. La CRP est généralement élevée, mais elle survient avec une infection Covid sévère. Il y a cependant eu de rares cas de tamponnade. Il n'y a pas de données spécifiques sur la colchicine pour la péricardite c, et les AINS doivent être réservés aux douleurs thoraciques. Rappelez-vous que les AINS peuvent aggraver

la rétention hydrique et la dysfonction rénale, ils doivent donc être utilisés avec prudence si la condition est grave. Il y a l'étude COLCOVID en cours, mais pas pour l'indication spécifique de la péri-myocardite.

Le rôle de l'imagerie est guidé par la situation clinique. S'il y a dysfonction du VG, il est raisonnable d'exclure le MCAS, surtout si des facteurs de risque sont présents. Un coroscan est un bon choix, car moins de personnels sont potentiellement exposés, et il a une sensibilité très élevée pour exclure la CAD obstructive sévère. Il existe certaines données précoces selon lesquelles une dans la phase tardive on peut visualiser un rehaussement intramyocardique pouvant indiquer une myocardite focale. L'IRM est le meilleur test non invasif pour rechercher une myocardite aiguë.

Si la fonction du VG est réduite, si l'hémodynamique le permet, les bêta-bloquants sont en première ligne. Bien que les inhibiteurs de l'IECA aient été controversés en termes de continuation (toutes les grandes sociétés ont déclaré qu'il n'y avait pas de besoin spécifique de les arrêter systématiquement), il existe peu de données sur leur utilisation en milieu aigu. Rappelons que les inhibiteurs de l'IECA offrent le plus d'avantages avec une utilisation prolongée, de sorte que leur utilisation peut probablement être différée et introduite après amélioration si la fonction LV reste réduite.

In general, one process predominates – either the pericardial inflammation or the myocarditis. In Covid-19, the incidence is variable, but most believe that the myocarditis is the main process. There have been rare cases of tamponade, however. CRP is usually elevated, but it is elevated with severe Covid infection. There are no specific data on colchicine for covid pericarditis, and NSAIDs should be reserved for chest pain. Recall that NSAIDs can aggravate fluid retention and renal dysfunction, so should be used with caution if the condition is severe. There is the COLCOVID study ongoing, but not for the specific indication of peri-myocarditis.

The role of imaging is guided by the clinical picture. If the LV function is impaired, it is reasonable to exclude CAD, especially if risk factors are present. A coroscan is a good choice as fewer staff are potentially exposed, and it has a very high sensitivity to exclude severe obstructive CAD. There are some early data that a late phase CT can show intramyocardial enhancement that can point to focal myocarditis. A MRI is the best non-invasive test to look for acute myocarditis. or reduced LV function, if hemodynamics permit, beta blockers are first line. While ACE-inhibitors have been controversial in terms of continuation (all major societies have stated that there is no specific need to routinely stop them), there are few data on the use in the acute setting. Recall that ACE-inhibitors provide most benefit with prolonged use, so their use can likely be deferred, and introduced after improvement if LV function remains reduced.

On décrit dans la littérature 10-15% d'arythmies, mais peu de précisions sur le type d'arythmie. Dans votre expérience au JGH, est-ce surtout de la FA associée à une infection aiguë ou voyez-vous aussi des arythmies ou bloc malin?

Nous n'avons pas eu beaucoup de patients atteints d'arythmie au HGJ. Nous avons vu quelques cas de fibrillation auriculaire ou TV non-soutenue. Nous n'avons pas observé d'arythmie plus grave, même chez les patients précédemment traités par hydroxychloroquine et azithromycine, mais tous ces patients n'étaient pas sous télémétrie. Nous avons cessé d'utiliser l'hydroxychloroquine depuis les résultats négatifs de l'essai.

Les tachyarythmies ventriculaires sont plus inquiétantes. Il y a eu plusieurs rapports de TV tardive, y compris des patients présentant une mort subite. Cela incite certains centres à effectuer une IRM pour rechercher un rehaussement tardif du gadolinium ou une TEP pour une inflammation tardive. Il n'y a aucune recommandation concernant le traitement. Il y aura probablement des registres pour suivre ces événements arythmiques tardifs.

We have not had many patients with arrhythmia at the HGJ. We have seen a few cases of atrial fibrillation or SVT. We have not seen more serious arrhythmia, even in the patients who were previously

treated with hydroxychloroquine and azithromycin, but not all these patients were on telemetry. We have stopped using hydroxychloroquine since the negative trial results. More worrisome are ventricular tachycarrhythmias. There have been several reports of late VT, including patients presenting with sudden death. This is prompting some centers to perform MRI to look for LGE, or PET for late inflammation. There are no recommendations regarding treatment. There will likely be registries to track these late arrhythmic events.

PROTECTION

Pour les patients asymptomatiques qui arrivent du domicile ou via urgence, considérez-vous masque pour eux avant de procéder à un examen (écho, hémogramme, ECG)

En raison de la transmission communautaire, il est recommandé de faire porter un masque aux patients en échographie cardiaque et aux épreuves à l'effort. En échographie, la distanciation de 2 mètres ne peut être maintenue avec la technicienne et lors de l'épreuve à l'effort, le patient émet plus de gouttelettes.

Devrions nous attendre avant de demander nos examens (coro, mibi, écho) que nous considérons semi-urgents ou électifs, après le résultat du test de COVID-19 ou devrions-nous procéder à ces tests peu importe le résultat et assumer que les équipes feront la sélection nécessaire?

Il est recommandé de reporter tous tests non urgents et d'attendre le statut COVID, si la condition du patient le permet, pour un test semi-urgent.

TÉLÉCONSULTATION

Comment vous êtes-vous organisés pour les ECG des patients suivis au bureau ou même en téléconsultation?

À moins que la condition du patient nécessite une visite en présentiel, il n'y a donc pas d'ECG effectué.

Devrait-on faire de nouvelles consultations par téléphone, sans jamais voir le patient ?

Même question + Réponse que plus haut (on peut les faire et on doit faire les CRDS B et C)

TRANSFERTS

Comment organiser le transfert entre centres "froids" et les centres niveau 2-3 pour des patients ayant besoin d'une évaluation ou procédure urgente? Est-ce que les patients devront tous avoir un test négatif avant?

La décision de tester avant transfert et d'isoler à l'arrivée dépend des symptômes, du milieu de vie du patient (ex. CHSLD), des ses contacts en communauté et de l'unité où il a séjourné dans l'hôpital référent (chaude, tiède, froide, présence ou non d'éclosion de COVID-19). La décision de tester dépend aussi du délai pour obtenir le résultat et de la condition du patient (urgente vs semi-urgente). Bref, la décision est individualisée. Dans notre centre, un médecin est disponible 24h/24 exclusivement pour gérer ce genre de décision.

TROPONINES

Devrait-on faire des troponines à tous les patients ou éviter, car on sait qu'elles sont élevées chez de nombreux patients Covid (en sachant qu'on ne fera pas nécessairement d'ETT/Mibi/coro si stable)? Et si non, qui devrait prendre la responsabilité pour le suivi si on libère le patient sans qu'il ait pu avoir d'investigation (ETT, mibi, etc.)?

Comme toutes les questions, celle-ci est également controversée. Il existe des données qui relient les élévations des troponines à une mauvaise pronostique, en particulier lorsque les troponines continuent d'augmenter pendant l'hospitalisation. Il n'est pas clair si cette augmentation reflète simplement un patient très malade. Le SEC a publié un document complet sur le bilan et la gestion de Covid-19, et ne recommande pas la mesure routine des troponines car de petites élévations sont probablement le résultat d'un stress dans le contexte d'une maladie préexistante. Il n'y a pas de données sur la façon dont les petites élévations guideront la prise en charge, et on craint que les tests de routine entraînent des tests supplémentaires qui peuvent exposer les travailleurs de la santé au risque, sans impact clair sur la thérapie.

Bien sûr, s'il y a des symptômes compatibles avec une présentation cardiaque (douleur thoracique, arythmie, CHF), les mesures de troponine sont indiquées. En termes de tests en aval après rejet ou après récupération, il n'y a pas de données pour fournir des recommandations spécifiques et chaque cas doit être évalué selon ses propres mérites, en fonction de la probabilité typique avant le test. Les facteurs de risque modifiables doivent être traités.

Like all questions, this one is also controversial. There are data that link elevations in troponins to outcomes, particularly when the troponins continue to rise during the hospitalization. It is unclear if this continued rise simply reflects a very sick patient. The ESC has published a comprehensive document on Covid-19 work-up and management and does not recommend routine measurement of troponins since small elevations are likely the result of stress in the context of pre-existing disease. There are no data on how small elevations will guide management, and there is a fear that routine testing will result in unnecessary downstream testing that may expose healthcare workers to risk, without clear impact on therapy.

Of course, if there are symptoms consistent with a cardiac presentation (chest pain, arrhythmia, CHF), troponin measurements are indicated. In terms of downstream post discharge or post-recovery testing, there are no data to provide specific recommendations and each case should be evaluated on its own merit, based on typical pre-test probability. Modifiable risk factors should be treated.

COMMENTAIRES

Nous avons pris la décision de traiter tous les STEMI comme COVID jusqu'à preuve du contraire. Donc, PPE chez tous les STEMI, incluant masque N95 vu le risque d'arrêt cardiaque. Est-ce que d'autres centres ont une politique différente?

- Dr Philippe L-L'Allier : Selon ma compréhension, la pression négative permet de réduire le risque de contagion contigu et les changements d'air rapides permettent de raccourcir la période de latence pour le nettoyage d'une salle après un cas COVID+, ce qui peut revêtir une grande importance pour les centres n'ayant qu'une seule salle par exemple.
- Dr Jean-Pierre Déry : vu la pénurie de masques N95, il nous est interdit à l'IUCPQ d'utiliser les masques N95 même pour la réalisation d'une procédure chez un patient COVID + qui est asymptomatique, encore moins pour tous les STEMI peu importe leur statut. Malgré l'utilisation de masque N95, il n'est pas recommandé de procéder à une RCR avant d'intuber le patient, ce qui doit être réalisé par un anesthésiste/intensiviste. Le délai d'intubation pourrait porter préjudice au patient, d'où la suggestion d'intuber le patient avant de procéder à l'angioplastie.

Commentaire: JE CROIS QU'ON AURAIT PU AJOUTER QUE LES NSTEMI RÉFÉRÉS EN CORO DOIVENT ÊTRE DES NSTEMI PRIMAIRES ET NON SECONDAIRES.

- Dr Philippe L-L'Allier : bien d'accord, les NSTEMIs type II ne figurent pas d'emblée dans la liste des NSTEMIs à risques élevés qui devraient être référés en hémo en priorité.

TRÈS IMPORTANT : nous considérons nécessaire et essentiel le monitoring constant des performances du système (chronométrie du moins) en raison des multiples inconnues en lien avec la pandémie et sa gestion. Des ajustements de trajectoires devront être apportés rapidement en fonction des résultats objectifs PRN.

- Dr Jean-Pierre Déry : les COVID qui font un NSTEMI type 2 ne devraient pas avoir de coronarographie à moins d'être intubé préalablement et d'avoir une défaillance cardiaque majeure.