

Positionnement de la SFAR sur la place des tests antigéniques (tag) SARS-COV-2 pour le dépistage pré-interventionnel

Du fait de l'augmentation importante du nombre de cas de COVID-19 et du nombre de sujets dépistés observée depuis le début de la 5^e vague épidémique en France, un certain nombre de centres connaissent des pénuries plus ou moins importantes et durables en réactifs de PCR.

Dans ce contexte, certaines structures se sont tournées vers l'utilisation de tests antigéniques (TAG) pour le dépistage des patients devant bénéficier d'une chirurgie ou d'une procédure interventionnelle.

La SFAR tient à rappeler que la littérature disponible, y compris la plus récente, rapporte des **sensibilités relativement médiocres des différents tests antigéniques actuellement disponibles**.

La sensibilité semble significativement meilleure : 1) chez les patients symptomatiques par rapport aux asymptomatiques ; 2) chez les patients avec une charge virale élevée par rapport à ceux avec une charge virale plus faible ; 3) chez les adultes par rapport aux enfants.

Ainsi **la sensibilité globale varie de 35% à 95%** (avec une médiane d'environ 70%) en fonction des fournisseurs de TAG, de la population testée et du pourcentage de patients symptomatiques dans cette population. Chez les patients symptomatiques, la sensibilité varie majoritairement entre 70% et 95% (avec une médiane d'environ 80%). **Chez les patients asymptomatiques, la sensibilité varie majoritairement entre 35% et 75% (avec une médiane d'environ 50%).**

Un patient présentant des symptômes d'infection virale dans les jours précédant une chirurgie programmée est le plus souvent reporté jusqu'à sa guérison, quelle que soit la cause des symptômes. Ainsi, **le dépistage pré-interventionnel concerne majoritairement des patients asymptomatiques**, population dans laquelle la sensibilité des TAG est la moins bonne. De fait, **l'utilisation de TAG dans cette indication sera source de nombreux faux-négatifs**.

Dans ce contexte, la SFAR préconise :

- **De maintenir la PCR SARS-CoV-2 réalisée sur un échantillon naso-pharyngé idéalement dans les 24h (et au maximum dans les 72h) avant la chirurgie comme test de référence pour le dépistage pré-interventionnel chez l'adulte et l'enfant.**
- **En cas de restriction d'accès à la PCR du fait de pénurie dans les laboratoires, d'essayer de prioriser l'accès à la PCR avec les laboratoires locaux pour les patients devant bénéficier d'une intervention.**
- **En cas d'impossibilité de prioriser l'accès à la PCR pour les patients devant bénéficier d'une procédure interventionnelle, d'utiliser, en alternative à la PCR, un TAG chez les patients pour lesquels un faux négatif aurait probablement le moins de conséquences pour le patient compte tenu de ses antécédents et de la nature de l'intervention prévue.**

Ainsi, la SFAR préconise de **réserver autant que possible l'utilisation des TAG pour le dépistage préopératoire aux patients présentant l'ensemble des critères suivants** :

- **Schéma vaccinal complet contre le SARS-CoV-2 chez un patient immunocompétent**

- **Absence de comorbidité(s) majeure(s)** représentant un (des) facteur(s) de risque de forme grave de COVID-19
- **Procédure interventionnelle non-majeure et à risque faible d'aérosolisation**

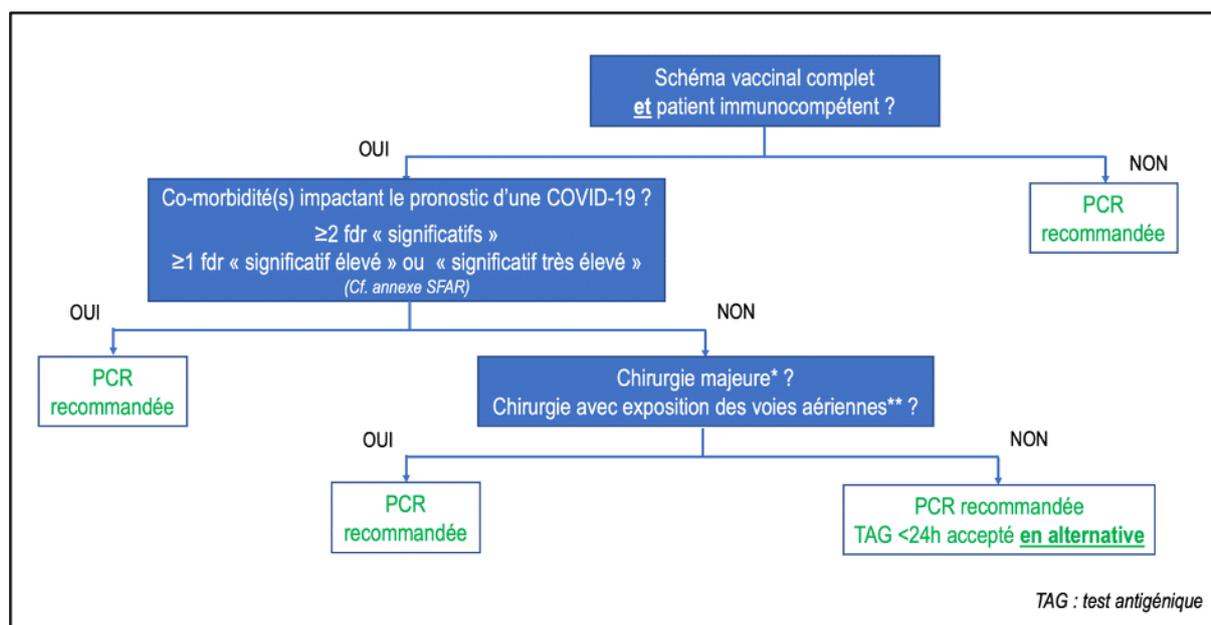
Cette stratégie est résumée dans l'algorithme ci-dessous.

Dans ce cas, **le TAG doit être réalisé dans les 24h précédant l'intervention.**

Dans les autres cas, **la SFAR préconise de privilégier au maximum la PCR.**

La SFAR encourage tous les anesthésistes-réanimateurs à **mettre en application** cette stratégie au niveau de leur structure, **après discussion avec les équipes chirurgicales ou interventionnelles et avec les équipes opérationnelles d'hygiène**, notamment pour l'établissement d'une liste des interventions majeures et à risque d'aérosolisation adaptée à la patientèle de chaque établissement.

Enfin, la SFAR rappelle que la faible sensibilité des TAG chez les patients asymptomatiques **ne permet pas d'exclure un portage asymptomatique de SARS-CoV-2** (même à charge virale élevée), **une COVID-19 en incubation ou une COVID-19 peu symptomatique.** La SFAR **préconise donc, quel que soit le résultat du TAG, le port d'un masque FFP2** (avec vérification de son étanchéité par « fit-check », **d'une coiffe et d'une protection oculaire** (lunettes de protection ou écran facial) **pour tout le personnel étant amené à gérer les voies aériennes du patient** que ce soit lors de la mise en place d'une sonde d'intubation ou d'un dispositif supra-glottique, ou lors de son retrait.



Facteurs de risque de forme grave et de mortalité en cas d'infection à SARS-CoV-2, classés par niveau de risque engendré, modéré (Hazard Ratio [HR] entre 1 et 3), élevé (HR entre 3 et 5) et très élevé (HR>5).

Facteurs de risque significatif (HR entre 1 et 3)	Facteurs de risque significatif élevé (HR entre 3 et 5)
<ul style="list-style-type: none"> - âge de 60 à 74 ans - sexe masculin - obésité avec IMC ≥ 35 kg/m² - déprivation matérielle (précarité) - diabète avec HbA1c $\geq 7,5\%$ - immunodépression dont VIH - cancers solides de diagnostic datant de moins de 5 ans (sauf colon guéri) - hémopathie malignes (quelle que soit la date de diagnostic) - chimiothérapie de grade A, radiothérapie dans les 6 mois précédents - insuffisance rénale stade 3 à 5 - maladies neurologiques autres qu'AVC - BPCO, HTAP, asthme traité par corticoïdes inhalés - insuffisance cardiaque, artériopathies périphériques, fibrillation atriale - maladie thromboembolique dont EP - fracture ostéoporotique - cirrhose - polyarthrite rhumatoïde - lupus systémique ou psoriasis 	<ul style="list-style-type: none"> - diabète de type 1 - drépanocytose - déficit immunitaire combiné sévère - insuffisance rénale stade 5 avec dialyse - mucoviscidose
	<p style="text-align: center;">Facteurs de risque significatif très élevé (HR >5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - âge ≥ 75 ans - trisomie 21 - greffe de cellules souches - chimiothérapie de grade B ou C - transplanté rénal - syndromes démentiels - paralysie cérébrale