

## **Allegato n.2**

### **Raccomandazioni per la gestione del paziente pediatrico con patologia otorinolaringoiatrica della pandemia Sars-CoV-2**

#### **Introduzione**

L'epidemia Sars-CoV-2 coinvolge solo marginalmente la popolazione pediatrica, che però può svolgere un ruolo importante nella trasmissione dell'infezione nella comunità. La **Società Italiana di Otorinolaringoiatria Pediatrica** ha redatto le seguenti raccomandazioni per la gestione della visita, dell'intervento chirurgico e della gestione delle emergenze di interesse ORL pediatrico ad integrazione del documento redatto dalla **Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale**.

#### **Epidemiologia**

I casi pediatrici di infezione da Sars-CoV-2 sono più rari rispetto a quelli della popolazione adulta ed anziana. Evidenze scientifiche pubblicate in Cina, Italia, Corea e Stati Uniti riportano che meno dell'1% dei casi riguarda soggetti di età inferiore ai 14 anni. L'età media dei bambini affetti è di 7 anni.

#### **Trasmissione**

Come negli adulti, la trasmissione del virus avviene attraverso le goccioline del respiro, per contatto diretto o con superfici, e raramente attraverso contaminazione fecale. Nel bambino, particolare attenzione deve essere posta nella trasmissione da contatto con oggetti e superfici, che devono essere regolarmente disinfettate con i metodi di disinfezione convenzionali.

#### **Clinica**

Il tempo di incubazione nei bambini varia da 2 a 10 giorni. La maggior parte dei casi pediatrici sono asintomatici o paucisintomatici; le forme più gravi nella popolazione pediatrica hanno una prevalenza maggiore nei bambini di età inferiore ad un anno. I sintomi, come nell'adulto, sono: febbre, tosse secca, cefalea, mialgia, disturbi gastrointestinali, anosmia e disgeusia. Raramente si verificano casi di difficoltà respiratorie acute (<1% dei casi).

**Premessa per tutti i pazienti pediatrici afferenti all'ospedale sia in regime ambulatoriale che di ricovero in elezione.**

Tutti i pazienti che accedono in ospedale devono aver effettuato un triage telefonico riguardante il bambino ed i conviventi che puntualizza la presenza o l'assenza di febbre, tosse, difficoltà respiratorie, sintomi simil-influenzali, contatti con casi accertati COVID-19, contatti con persone che hanno fatto tampone, contatti con persone in quarantena, contatti con persone con febbre e sintomi respiratori. Lo stesso triage dovrà essere effettuato al momento dell'accesso in ospedale con rilevazione della temperatura corporea sia al paziente che al solo accompagnatore.

**A) Gestione del paziente pediatrico in regime ambulatoriale**

Come previsto per l'adulto, per tutte le procedure l'operatore sanitario deve utilizzare dispositivi di protezione individuale che includono: maschera FFP2 o FFP3 e maschera chirurgica, occhiali protettivi, guanti, camice monouso. I guanti devono essere cambiati dopo ogni visita/esame. E' importante prevedere l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale per il paziente e per un solo accompagnatore che deve comunque essere presente durante la visita.

- *Visita otorinolaringoiatrica*

Il trattamento del paziente pediatrico deve essere limitato ai casi urgenti o con patologia che necessiti visite a breve termine (priorità U e B) ed alle cure postoperatorie indispensabili. Il bambino deve essere visitato in uno spazio dedicato con materiale per quanto possibile monouso, utilizzando dispositivi di protezione individuale e con adeguata ventilazione degli ambienti e sterilizzazione delle superfici tra le visite.

- *Endoscopia nasale*

L'endoscopia delle alte vie respiratorie deve essere limitata a indicazioni ristrette perché ad alto rischio di diffusione virale nell'aria. Le precauzioni da prendere in caso di endoscopia sono le stesse degli adulti. Si raccomanda l'uso di ottiche di piccolo calibro e l'impiego di un monitor per evitare il contatto ravvicinato con il piccolo paziente e, se possibile, l'utilizzo di guaine monouso per il fibroscopio associato a gel lubrificante con effetto anestetico.

- *Screening uditivo neonatale*

Si rimanda al documento principale.

## **B) Gestione del paziente pediatrico in regime di ricovero**

### **Gestione pre- e peri-operatoria**

Gli interventi chirurgici nella popolazione pediatrica devono essere limitati alle procedure che non possono essere rinviate. Per tutte le procedure l'operatore sanitario deve utilizzare dispositivi di protezione individuale ed accurata sterilizzazione degli strumenti e degli ambienti dedicati senza differenze rispetto a quanto raccomandato per la popolazione adulta.

### **Indicazioni chirurgiche**

#### *- Tonsillectomia o adenoidectomia*

Solo in casi di OSAS grave non responsivi alla terapia medica. Intervento da limitare per via dell'alto rischio di diffusione durante l'intervento ma soprattutto nel periodo postoperatorio in quanto le secrezioni salivari, il rinofaringe e i tessuti tonsillari hanno un'alta carica virale.

#### *- Chirurgia rinosinusale*

Da effettuare per l'atresia coanale e le stenosi nasali congenite se associate ad un distress respiratorio. Indicata anche per le patologie neoplastiche di natura sospetta. Le indicazioni dovrebbero comunque essere rigorosamente limitate a causa dell'elevata carica virale presente nelle cavità nasali e del rischio di diffusione di particelle virali nell'aria ambiente.

#### *- Chirurgia otologica*

La chirurgia otologica, come per l'adulto, può essere effettuata solo quando mostra carattere di urgenza.

#### *- Chirurgia cervicale*

Deve essere sempre assicurata un trattamento a scopo diagnostico o terapeutico nelle sospette o accertate forme neoplastiche

## **C) Gestione delle emergenze pediatriche**

Al fine di evitare un sovraccarico del sistema sanitario, la gestione delle emergenze nei bambini deve essere diretta a minimizzare contemporaneamente l'ospedalizzazione e il rischio di complicanze. La gestione delle emergenze è ad alto rischio di trasmissione dell'infezione per il contatto ravvicinato

tra paziente e operatore e per l'agitazione del piccolo paziente. I dispositivi di protezione individuale e le procedure di valutazione dell'infezione da Sars-CoV-2 prima e durante il ricovero sono sovrapponibili a quelle indicate dalle linee guida per gli adulti.

- *Corpi estranei*

I corpi estranei delle alte vie respiratorie e dell'orecchio devono essere rimossi in regime ambulatoriale se chiaramente visibili e facilmente accessibili. In caso di difficoltà alla rimozione in ambulatorio o in pronto soccorso, è consigliabile procedere all'ospedalizzazione del paziente per l'esecuzione della procedura in sedazione o in anestesia generale. Per quanto riguarda l'inalazione di corpi estranei, certa o sospetta, rientra tra le urgenze non differibili da effettuare in anestesia generale.

- *Epistassi*

L'epistassi deve essere considerata una condizione ad alto rischio di trasmissione dell'infezione. La gestione dell'epistassi deve essere eseguita mediante tamponamento anteriore in regime ambulatoriale o in pronto soccorso riducendo al minimo i casi di ospedalizzazione e di trattamento invasivo. Differente approccio va riservato al paziente con patologia ematologica.

- *Frattura ossa nasali*

In assenza di un ematoma del setto nasale o di evidenti deformità estetiche, si raccomanda di non eseguire procedure di riduzione di fratture delle ossa nasali.

- *Cellulite orbitaria e ascessi periorbitali*

Laddove vi sia un rischio per il visus o la diffusione cerebrale dopo il fallimento delle misure conservative si raccomanda l'approccio chirurgico.

- *Ascesso*

Gli ascessi laterocervicali devono essere gestiti in regime ambulatoriale con terapia farmacologica per quanto possibile. L'evoluzione del quadro nonostante la terapia medica richiede il trattamento chirurgico. Gli ascessi tonsillari e parafaringei necessitano ricovero per instaurare terapia parenterale, controllare eventuale coinvolgimento vie aeree e valutare necessità di un approccio chirurgico.

- *Mastoidite acuta*

Il paziente con mastoidite acuta deve essere trattato in prima istanza con terapia farmacologica. Qualora i sintomi progrediscono nonostante la gestione conservativa, è necessario il trattamento chirurgico.

**D) Effettuazione e gestione della tracheotomia**

L'intervento di tracheotomia elettiva dovrebbe essere rinviato. La tracheotomia improcrastinabile deve essere eseguita utilizzando cannule cuffiate in ambiente dedicato. I cambi cannula devono essere limitati al minimo e preferibilmente effettuati a domicilio. L'educazione del genitore alla gestione della tracheotomia dovrebbe rimanere invariata.

**Conclusioni**

Tali indicazioni sono raccomandate nella fase epidemiologica precipua e potranno subire variazioni in relazione alla evoluzione pandemica e ai relativi decreti ministeriali.

**Bibliografia**

- Leboulanger N, Sagardoy T, Akkari M, Ayari-Khalfallah S, Celerier C, Fayoux P, et al. COVID-19 and ENT Pediatric otolaryngology during the COVID-19 pandemic. Guidelines of the French Association of Pediatric Otorhinolaryngology (AFOP) and French Society of Otorhinolaryngology (SFORL). Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2020.
- Parikh SR, Bly RA, Bonilla-Velez J, Dahl JP, Evans SS, Horn DL, et al. Pediatric Otolaryngology Divisional and Institutional Preparatory Response at Seattle Children's Hospital after COVID-19 Regional Exposure. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020:194599820919748.
- Tysome JR, Bhutta MF. COVID-19: Protecting our ENT Workforce. Clin Otolaryngol. 2020.
- Heyd CP, Desiato VM, Nguyen SA, O'Rourke AK, Clemmens CS, Awad MI, et al. Tracheostomy Protocols during COVID-19 Pandemic. Head Neck. 2020.
- Rameau A, Young VN, Amin MR, Sulica L. Flexible Laryngoscopy and COVID-19. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020:194599820921395.