 <p>Aux portes de la vie</p>	<b>GROSSESSE ET GRIPPE A (H1N1)</b>	<b>Protocole obstétrical n°12</b> version 1 page 1/5
---	---	---

Référence : RSN/PR/REA.O/012/A	Date de 1 <sup>ère</sup> mise en service : 22/09/2009
--------------------------------	---

<b>Suivi des modifications</b>			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Fait par :

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction	Nom et fonction	Nom et fonction	Nom et fonction : CMS
Date :	Date :	Date :	Date : 22/09/2009
Signature :	Signature :	Signature :	Signature : <b>signé</b>

### **I- OBJECTIFS :**

- 1) Faire face de manière organisée à la pandémie annoncée en protégeant le personnel et les patientes
- 2) Proposer à la femme enceinte une prise en charge adaptée à la situation
- 3) Tenter de maintenir si possible l'activité générale et l'accueil des parturientes.

### **II- INFORMATION GENERALE SUR LA GRIPPE A :**


- ❖ Le contage est défini par un contact étroit (*c'est avoir pris soin ou vécu avec une personne malade qui est un cas confirmé, probable ou suspecté de grippe A (H1N1), avec une forte probabilité de contact avec des gouttelettes provenant du tractus respiratoire, salive, etc ....*) entre une personne saine et une personne malade avec une distance inférieure à 1m50 et pendant au moins une heure
- ❖ Incubation : 3 j en moyenne
- ❖ Contagiosité : démarre 24h avant l'apparition des signes cliniques et persiste 7 jours après leur apparition.

### **III- ACCUEIL TELEPHONIQUE**

Aucune consultation ne doit se faire par téléphone et toute patiente enceinte doit être orientée vers son gynécologue ou la maternité où elle est suivie.

### **IV- ACCUEIL PHYSIQUE**

Toute patiente consultant pour contage récent ou avec les symptômes de grippe devra être orientée vers son gynécologue ou la maternité dans laquelle elle est suivie, une consultation dédiée "grippe & grossesse" peut-être mise en place.

 <p>Aux portes de la vie</p>	<b>GROSSESSE ET GRIPPE A (H1N1)</b>	<b>Protocole obstétrical n°12</b> version 1 page 2/5
---	---	---

## 1) Rôle du personnel soignant d'accueil :

- Vérifier que les masques, gants, écouvillons sont à disposition, les appareils en état de marche (dynamap, saturomètre, monitoring, lampe, ...)
- Identifier si la patiente vient pour une urgence traditionnelle ou pour la grippe
- Proposer un masque aux patientes suspectes et à leurs accompagnateurs,
- **Faire rentrer les patientes une par une +++.**

On peut distinguer 2 cas :

- **Patiente ayant eu un simple contact :**
  - o Expliquer le lavage des mains à la patiente avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou savon,
  - o Donner un masque **chirurgical**.
- **Patiente porteuse de symptômes de grippe :**
  - o Mêmes mesures que dans le cas précédent, et
  - o Isoler la personne des autres patientes (examen dans une salle d'examen dédiée si possible).

## 2) Rôle de tout soignant si patiente suspecte de "grippe A" :

- Habillage avant d'entrer pour tout soignant,
- Masque de protection respiratoire filtrant jaune de type FFP2 (masque canard)
- Hygiène stricte des mains par savon ou friction avec SHA nécessaire avant d'entrer et de sortir (mains et avant-bras) de la salle d'examen,
- Lunettes de protection en cas d'exposition importante aux sécrétions respiratoires,
- Gants Vinyle Latex sans poudre, non stériles, à usage unique en cas d'exposition aux liquides biologiques et pour tout contact avec la patiente.
- Pendant le travail : surblouse et surchaussures (ou bottes à l'accouchement) en plus
- Mesures d'hygiène pour les locaux concernés : Le bio nettoyage soigneux de toutes les surfaces potentiellement touchées par la patiente après son départ est capital (protocole habituel).

## V- CONDUITE A TENIR MEDICALE :


### 1) Prise en charge d'une femme enceinte ayant eu un contage récent avec syndrome grippal

#### 1.1 La Sage-femme :

- Procède à l'examen obstétrical
- Lui remet un document d'information.

#### 1.2 Le Médecin Gynécologue-obstétricien :

- Précise la notion de "contact étroit",
- L'informe sur les mesures de précaution à prendre, les signes cliniques de la grippe et ceux de ces complications (pneumonie, MAP),
- Explique le traitement préventif, son intérêt, ses limites (bénéfices/risques),
- Explique la nécessité de consulter son Médecin Gynécologue obstétricien en cas de grippe déclarée malgré le traitement prophylactique.
- Remet une prescription de Tamiflu® à dose préventive : 75 mg/j, soit 1 cp/j durant 10 jours en expliquant ses possibles effets secondaires (nausées, vomissements)

 <p>Aux portes de la vie</p>	<b>GROSSESSE ET GRIPPE A (H1N1)</b>	<b>Protocole obstétrical n°12</b> version 1 page 3/5
---	---	---

*Remarque : Tout effet indésirable grave ou inattendu du Tamiflu doit être déclaré aux centres régionaux de pharmacovigilance.*

*Alternative au Tamiflu® : Relenza® 5 mg (passage systémique = au Tamiflu )*

*2 inhalations deux fois par jour pendant 5 jours (soit 20 mg /j) mais contre-Indiqué en cas d'asthme et de BPCO.*

## 2) Prise en charge d'une femme enceinte "grippée" en dehors du travail


- Syndrome respiratoire aigu à début brutal : toux, dyspnée ou mal de gorge
- **ET** Signes généraux : fièvre > 38 °C ou courbatures ou asthénie.

### 2.1 La Sage-femme :

- Procède à l'examen obstétrical
- Branche le dynamap et le saturomètre,
- Lui remet un document d'information.
- Lui remet un Ecouvillon de prélèvement naso-pharyngé qui sera effectué sur place par la patiente elle-même. Il faut l'adresser au laboratoire compétent (résultat dans les 12h/24h si envoyé à Marseille), Un double de la prescription de cet examen est archivé dans le dossier de la patiente.
- Eventuellement cardiocotographie externe si grossesse >26 SA et signes de MAP.

### 2.2 Le Médecin Gynécologue-obstétricien :

- Procède à un examen clinique complet, à la recherche d'une autre étiologie de fièvre maternelle (se méfier +++ des erreurs de diagnostic),
- Réalise une échographie obstétricale : vitalité, biométrie, avec photos ++
- Dépiste des signes de complications pulmonaires ou obstétricales (MAP++) :
  - o Troubles de la vigilance, désorientation, confusion,
  - o Pression artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg,
  - o Hypothermie (température inférieure à 35°C),
  - o Hyperthermie ne répondant pas aux antipyrétiques ; ou datant de plus de trois jours,
  - o Dyspnée (difficulté à respirer),
  - o Tachypnée (Fréquence respiratoire supérieure à 30/min),
  - o Fréquence cardiaque supérieure à 120/mn,
  - o Cyanose +++, hémoptysies, douleurs thoraciques (Danger d'une surinfection à pneumocoque +++)
- Vérifie l'absence d'indication à l'hospitalisation immédiate,
- Explique le traitement, son intérêt, ses limites (bénéfices/risques),
- Informe la patiente des signes cliniques d'aggravation (document d'information),
- Informe la patiente et son entourage des mesures à prendre pour limiter la propagation de l'infection,
- Prévoit une consultation de contrôle dans 10 jours environ.
- Remet immédiatement une ordonnance de :
  - o Tamiflu® 75 mg (Osetamivir) à dose curative : 2 cp/j (1 cp par prise à 12 h d'intervalle durant 5 jours),
  - o Paracétamol 1g : 3 à 4 fois par jour durant 5 j,
  - o Sirop anti-tussif (Hélicidine®) : 2 cuillères à soupe, 3 fois par jour),
  - o +/- un Arrêt de travail de 7 jours, et un éventuel suivi par SF à domicile, qui a comme objet un dépistage des complications++

 <p>Aux portes de la vie</p>	<b>GROSSESSE ET GRIPPE A (H1N1)</b>	<b>Protocole obstétrical n°12</b> version 1 page 4/5
---	---	---

- Il convient rappeler la patiente pour s'assurer de l'amélioration clinique et lui donner les résultats de la virologie.
- voir de Consigner les résultats dans un classeur dédié++.

➤ **En cas de forme grave**, l'appel au Médecin Anesthésiste-Réanimateur est systématique. Une bithérapie antivirale peut être mise en place d'emblée pour ne pas faire perdre de chances en cas de résistance au Tamiflu®. Le traitement antiviral réduit l'incidence des formes graves, même en cas de mise en route plus de 48h après le début des symptômes. On peut augmenter les doses jusqu'à 150 mg X2/j.

(NB : Lorsque la patiente est vue pour la première fois au-delà du 6ème jour après le début des symptômes, et lorsqu'une amélioration clinique est rapportée par la patiente, il ne semble pas nécessaire d'instaurer un traitement par Tamiflu® (en l'absence de preuve d'infection par le virus H1N1)

(Lorsque la patiente consulte pour la deuxième fois pour le même motif il est recommandé de l'hospitaliser.

### 3) Prise en charge d'une femme enceinte "grippée" durant le travail

Chaque jour vérifier que les masques, SHA, gants, écouvillons sont à disposition et les appareils en état de marche (dynamap, saturomètre, monitoring lampe...).

#### 3.1 Le personnel d'accueil : cf accueil physique dans le service (chapitre IV)

- Isole la personne si possible en salle d'accouchement dédiée.

#### 3.2 La Sage-femme :

- averti le gynécologue de garde et le médecin anesthésiste
- Prélèvement naso-pharyngé (autant que possible)
- Saturomètre branché jusqu'au départ de la salle de naissance,
- Informe le Pédiatre de garde de la naissance d'un enfant de mère porteuse des symptômes de grippe A afin qu'il fasse un examen du NNé s'il le juge nécessaire.

#### 3.3 Le médecin gynécologue :

- Procède à un examen clinique complet, à la recherche d'une autre étiologie de fièvre maternelle (se méfier +++ des erreurs de diagnostic),
- Dépiste des signes de complications pulmonaires ou obstétricale (MAP++) : Idem que ceux annoncés chapitre IV point 2.
- Réalise une échographie obstétricale : vitalité, biométrie, avec photos ++.
- Explique le traitement, son intérêt, ses limites (bénéfices/risques),
- Prescription immédiate de :
  - o Tamiflu® 75 mg (Osetamivir) à dose curative : 2 cp/j, 1 cp par prise à 12 h d'intervalle durant 5 jours, commencé immédiatement ++
  - o paracétamol 1g : 3 à 4 fois par jour durant 5 j (en IV si patiente a jeun),

#### 3.4 La patiente :

- Peut enlever son masque chirurgical durant l'expulsion si la gêne est importante,
- Il est recommandé de limiter les contacts Mère-enfant avec prudence et bon sens. Les mesures d'hygiène comme le port du masque, le lavage des mains et avant-bras (savon ou SHA), doivent être bien expliqués, ainsi que les risques de contamination au nouveau-né.

En cas de forme grave : appel au Médecin Anesthésiste-Réanimateur

#### **4) Traitement en cas de menace d'accouchement prématuré**

##### **4.1 Tocolyse**

Les inhibiteurs calciques doivent être évités lorsqu'il existe des facteurs connus favorisant favoriser la survenue d'une détresse respiratoire chez une femme enceinte.

Ainsi, en cas de nécessité d'une tocolyse IV chez une femme enceinte atteinte par la grippe A, utiliser le Tractocile®.

Le salbumol ne semble pas avoir été étudié dans ce contexte, mais ses effets secondaires cardiaques nous font l'éliminer dans ce contexte.

##### **4.2 Célestène®**

Les corticoïdes en cure courte n'induisent pas une baisse de l'immunité humorale suffisante pour contre-indiquer leur administration en cas de menace d'accouchement prématuré.

#### **5) Patiente grippée qui vient d'accoucher dans les 48 premières heures et si traitée**

**5.1** En tout cas, confinement du couple mère-enfant en chambre seule si possible avec limitations des visites au seul père (si non grippé).

**5.2 L'allaitement** est actuellement autorisé à l'aide d'un tire-lait, le biberon étant donné (autant que possible) au nouveau-né par une tierce personne.

#### **6) Prévention vaccinale chez la femme enceinte**

Informations générales sur le vaccin :

- Disponibilité : prévue vers la mi-octobre 2009, AMM
- Vaccination de la femme enceinte : directives ministérielles en attente

La vaccination des femmes enceintes devrait théoriquement conférer une protection passive par les anticorps maternels aux nouveau-nés après la naissance.

Dès que le vaccin sera sorti, les fiches concernant les indications et restrictions chez la femme enceinte seront consultables sur le site [www.lecrat.org](http://www.lecrat.org).

#### **7) Organisation générale du service en période de pandémie**

- Limiter au maximum les visites dans le service, notamment en suites de couches
- Organiser dès que le cas de la parturiente le permet, sa sortie précoce après accouchement
- Organiser l'activité du service selon le PCA (Plan de Continuité d'activité) en fonction des ressources mise à la disposition du pôle par l'institution.

#### **VI REFERENCE :**

**Communiqué du CNGOF** : Pratique obstétricale dans le contexte de la grippe A (H1N1).  
Sept 2009