

**PRISE EN CHARGE AUX URGENCES MATERNITE D'UNE PATIENTE ENCEINTE
SUSPECTEE ou INFECTEE PAR LE CORONAVIRUS (COVID-19) – V1 (15/03/2020)**

Rédacteurs : Pr Picone, Dr Peyronnet, Dr Sibiude, Pr Luton, Pr Lucet,

Relecteurs : Pr Mandelbrot, Pr Deruelle, Pr Huisoud, Pr Nisand, Pr Vayssiere, Pr Yazpandanah, Pr Lescure

ATTENTION : du fait de l'évolution rapide du nombre de cas et des connaissances médicales, ces prises en charge sont susceptibles d'être modifiées fréquemment.

Les autres causes de fièvre pendant la grossesse doivent être éliminées.

Le personnel d'accueil des urgences doit porter un masque chirurgical à changer au maximum toutes les 4h.

Tous les services doivent s'organiser dans leur établissement en identifiant le référent Risque Epidémiologique et Biologique (REB) local ou départemental avec ses coordonnées et en anticipant les parcours de prise en charge « des cas possibles ».

PROTOCOLE DE GESTION DES CAS POSSIBLES ET CONFIRMES

Les autres causes de fièvre pendant la grossesse doivent être éliminées.

Le personnel d'accueil des urgences doit porter un masque chirurgical à changer au maximum toutes les 4h.

Tous les services doivent s'organiser dans leur établissement en identifiant le référent Risque Epidémiologique et Biologique (REB) local ou départemental avec ses coordonnées et en anticipant les parcours de prise en charge « des cas possibles ».

Les cas possibles :

La définition des cas possible est changeante en fonction de l'évolution de l'épidémie et même de la région dans laquelle on exerce. Pour simplifier, les cas possibles peuvent être définis chez la femme enceinte **comme toute patiente fébrile et / ou avec des signes respiratoires** (dyspnée) ou signes de pneumonie.

Conduite à tenir devant un « cas possible »

Prévenir le senior de Garde

Prendre les précautions air et contact (uniquement pour les cas possibles):

- Installation dans une pièce fermée, apposer l'affiche isolement sur la porte du box (isolement respiratoire ET contact)
- Faire porter un masque de soin à la patiente

- Pour les soignants : masque chirurgical (et non plus FFP2), gants non stériles, lunettes de sécurité, charlotte, surblouse
 - *Avant de sortir du box, enlever gants et blouse (Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux = DASRI)*
 - *et se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique (SHA)*
 - *A l'extérieur : Ôter le masque chirurgical, les lunettes et la charlotte (DASRI), se frictionner les mains avec la SHA*
 - *Désinfection appareil échographie (Surfa safe)*

Autres mesures :

- AUCUN accompagnant : réorienter vers domicile et mesures d'isolement (rester à domicile 14 jours et port de masque chirurgical qu'il faudra lui prescrire). Mesures à lever si finalement patiente non infectée et à confirmer par le référent REB si infection confirmée.
- Prise en charge médicale en coordination avec le sénior de garde (appel astreinte si activité++)
- Les prélèvements sanguins peuvent être réalisés par l'infirmière des urgences et dans le circuit normal des examens biologiques (cf infra).

Prélèvement pour le test coronavirus

Le test doit être réalisé pour toute femme enceinte « cas possible ». Le prélèvement doit être fait en prenant soin de porter le masque FFP2.

Le circuit du prélèvement et le rendu du résultat doivent avoir été clairement organisés.

Réalisation de prélèvements par la sage-femme/sénior: test diagnostique initial SARS-Covid-2 sur prélèvements Virocult standard (cf protocole annexe 1) un seul écouvillon

Cf vidéo sur qualité du prélèvement : <https://www.youtube.com/watch?v=DVJNWefmHjE>

Certains laboratoires de ville peuvent désormais faire la recherche de SARS-Covid-2, ce qui est autorisé par un décret du Journal Officiel du 7 mars 2020 (54 euros pris en charge à 70%), cependant peu sont équipés pour faire le prélèvement. En l'absence de signe de gravité et en s'assurant de la récupération du résultat cette possibilité doit être envisagée au sein de chaque structure pour soulager les services hospitaliers.

Discussion sur l'hospitalisation

PAS D'HOSPITALISATION SYSTEMATIQUE de mère avec infection confirmée ou en l'attente du résultat.

Critères d'hospitalisation :

<u>Critères d'Hospitalisation conventionnelle</u>

PAC hypoxémiant oxygène-requérant (Saturation en O₂ <98% et fréquence respiratoire >22/min en air ambiant) Ou IRA basse + comorbidités *

Critères d'Hospitalisation en réanimation

Critères d'entrée PAC hypoxémiant oxygène-requérant + comorbidités * Ou PaO₂ ≤70mmHg

Pour rappel : Comorbidités reconnues officiellement

Age >70 ans (même si les patients entre 50 ans et 70 ans doivent être surveillés de façon plus rapprochée ou plus attentive)

Insuffisance rénale chronique dialysée insuffisance cardiaque stade NYHA III IV

Cirrhose ≥stade B

Diabète insulino-dépendant ou requérant compliqué (micro ou macro angiopathie)

Insuffisance respiratoire chronique sous oxygénothérapie ou asthme ou mucoviscidose ou toute pathologie chronique qui peut décompenser pendant une infection virale

Immunodépression (médicamenteuse, VIH non contrôlé ou CD4 <200/mm)

Greffe d'organe.

Hémopathie maligne

Cancer métastaté

A ces comorbidités nous pouvons ajouter, par analogie à la grippe : patiente au troisième trimestre de la grossesse et/ou en surpoids

1) Si pas de critères d'hospitalisation

A l'heure actuelle il est recommandé de prélever toutes les patientes « cas possibles » plusieurs situations sont à considérer.

Patient non prélevée : à considérer comme positive par défaut. Un retour à son domicile est possible en l'attente des résultats avec respect des mesures d'hygiène

Patient prélevée, résultat en attente : à considérer comme positive par défaut. Un retour à son domicile est possible en l'attente des résultats avec respect des mesures d'hygiène.

Patient prélevée négative : Garder le masque pour éviter de transmettre un autre agent infectieux responsable des symptômes. Pas de surveillance particulière

Validé par : CNGOF Mise à jour le 15/3

Patiente prélevée positive : Garder le masque à l'extérieur, procédure de surveillance ambulatoire selon organisation locale. La patiente doit être contactée tous les 48h pour avoir des nouvelles de son état. En effet une aggravation ultérieure est possible. Elle doit respecter les mesures de confinement à domicile pendant 14 jours, ainsi que son conjoint. Un cahier peut être mis en place avec identification et coordonnées, pour traçabilité des résultats à récupérer et traçabilité des appels. Privilégier la téléconsultation quand cela est possible. Après guérison, du fait du manque de connaissances sur les conséquences de la maladie : suivi par médecin recommandé ; discuter au cas par cas des échographies supplémentaires en fonction de la gravité des symptômes maternels (pas de risque tératogène connu, mais vérification de la croissance fœtale) ; pas d'impact sur le terme ou le mode d'accouchement.

Certains laboratoires de ville peuvent désormais faire la recherche de Covid-19, ce qui est autorisé par un décret du Journal Officiel du 7 mars 2020 (54 euros pris en charge à 70%), cependant peu sont équipés pour faire le prélèvement. En l'absence de signe de gravité et en s'assurant de la récupération du résultat cette possibilité doit être envisagée au sein de chaque structure pour soulager les services hospitaliers.

En cas de prise en charge en ambulatoire :

Informez des éléments de surveillance devant amener la patiente à une réévaluation médicale

Surveillance de la température et de l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (toux, difficultés à respirer...).

Expliquez les règles de protection intrafamiliales

Rester à domicile.

Au sein du logement : il est conseillé de rester dans une pièce spécifique, en évitant les contacts avec les autres occupants du domicile. Si possible, une salle de bain et des toilettes spécifiques sont à privilégier. Dans le cas contraire, il est recommandé de porter un masque, de se laver les mains fréquemment, de ne pas toucher d'objets communs et de laver quotidiennement les surfaces fréquemment touchées (poignées, etc.). Il est déconseillé de recevoir des visites sauf celles indispensables. Il est conseillé d'éviter tout contact avec les personnes fragiles (autres femmes enceintes, malades chroniques, personnes âgées...). Il est conseillé de limiter au maximum les déplacements, ne pas utiliser les transports en commun.

2) Si hospitalisation envisagée. Pas d'hospitalisation systématique en SMIT (Maladie infectieuses et tropicales):

Cas prouvé : Hospitalisation possible en unité d'obstétrique adaptée à l'âge gestationnel en l'absence de signes de détresse respiratoire, sinon transfert en SMIT avec service de gynécologie obstétrique adaptée à l'âge gestationnel.

Cas possible (en attente des résultats)

Hospitalisation possible en unité d'obstétrique en l'absence de signes de détresse respiratoire, sinon transfert en SMIT avec service de gynécologie obstétrique adaptée à l'âge gestationnel.

En cours d'hospitalisation :

Prélèvements sanguins, Prises de constantes possibles par Infirmière avec respect des mesures d'hygiène et de protection.

Visites par Sage-femme, Interne et Sénior en respectant les mesures d'hygiène. Limiter le nombre d'intervenants. Pas d'étudiants en médecine ou d'élèves sages-femmes.

RCF une fois par jour.

La réalisation d'une cure de corticoïdes à visée de maturation fœtale doit être réservée aux cas où le risque d'accouchement prématuré est très important. En cas de prématurité induite liée à un syndrome de détresse respiratoire, la balance bénéfice risque doit être évaluée de façon multidisciplinaire.

A la sortie : La patiente doit être contactée tous les 48h pour avoir des nouvelles de son état. Elle doit respecter les mesures de confinement à domicile pendant 14 jours, ainsi que son conjoint. Un cahier peut être mis en place avec identification et coordonnées, pour traçabilité des résultats à récupérer et traçabilité des appels. Privilégier la téléconsultation quand cela est possible. Consultation avec sénior 3 semaines après la sortie. Après guérison, du fait du manque de connaissances sur les conséquences de la maladie : suivi par médecin recommandé ; discuter au cas par cas des échographies supplémentaires en fonction de la gravité des symptômes maternels (pas de risque tératogène connu, mais vérification de la croissance fœtale) ; pas d'impact sur le terme ou le mode d'accouchement.

L'impact fœtal peut se faire de manière indirecte par l'hypoxie maternelle.

Il n'y a donc pas lieu de faire de prise en charge spécifiques de diagnostic prénatal des patientes infectées, sauf dans des circonstances rares :

1°) patiente ayant eu une hypoxie sévère, nécessitant une ventilation mécanique pouvant engendrer une hypoxie fœtale et des anomalies du développement cérébral (échographie diagnostique + IRM à recommander)

2°) pneumonie sévère sans hypoxie grave : des échographies de croissance peuvent se discuter par analogie avec le SARS.

Urgences Obstétricales: accouchement imminent, travail en cours ou hémorragie ou HRP ...), **en l'attente du résultat du prélèvement virologique → considérer la patiente comme infectée jusqu'à preuve du contraire.**

Les services de maternité doivent anticiper cette possibilité en prévoyant à l'avance quelle salle de travail privilégier pour des raisons ergonomiques et de circulation des personnes.

Installation

Passage en **salle de travail dédiée de la patiente seule** (aucun accompagnant)

Mesures générales

Rien ne doit sortir de la salle : monitoring, chariot réa, scialytique...

Circuit sanguin standard, sauf si patiente présentant un SDRA

Si forme grave : avis réanimateur pour évaluation, prise en charge initiale et le cas échéant, transfert dans l'unité de réanimation chirurgicale ou médicale ou polyvalente

Prise en charge en salle de travail :

Limiter le personnel contact.

Prévoir le nécessaire pour une réanimation néonatale dans la salle d'accouchement lorsque cela est possible

Sage-femme dédiée à la patiente dans la mesure du possible. La patiente ne doit être prise en charge que par une seule sage-femme (sauf situation d'urgence).

Voie d'accouchement : pas de modification de la voie d'accouchement en raison de l'infection. Maintien des indications obstétricales classiques.

Précaution air et contact (cf ci-dessus), comprenant une casaque stérile à Usage unique.

A l'accouchement limiter le personnel au minimum indispensable. Pas d'étudiants (ESF, Externes, ...)

En cas de césarienne équipe du bloc habituelle, en dehors des étudiants (externes, élèves SF, ...)

En cas d'hémorragie : équipe habituelle, en dehors des étudiants (externes, élèves SF, ...)

Attention aux selles qui peuvent être porteuses de virus

Virémie absente ou très faible en général

Tout personnel intervenant dans la salle d'accouchement doit respecter les mesure d'habillement et d'hygiène.

Si césarienne :

Port de masque chirurgical et des lunettes, équipe habituelle présente, tenue d'isolement pour tous

Eviter le passage en salle de réveil, surveillance salle de travail ou en service de réanimation afin de maintenir l'isolement.

PEC néonatale de mère avec infection confirmée ou en l'attente du résultat

La SFN (Société Française de Néonatalogie) et Le GPIIP (Groupe de pathologie Infectieuse Pédiatrique) ne recommandent actuellement pas la séparation mère enfant et ne contre indique pas l'allaitement.

Port du masque par la mère et mesures d'hygiène. Pas de masque pour l'enfant !

1ere situation : Le nouveau-né sans comorbidité peut rester avec sa mère, elle-même masquée (masque chirurgical), avec recommandation d'hygiène des mains strictes.

2e situation : le nouveau-né requiert une hospitalisation en réanimation/soins intensifs (SI) de néonatalogie : hospitalisation en chambre individuelle, avec possibilité d'aération de la chambre sur l'extérieur... (dans cette situation de possible incubation chez le nouveau-né, dont on ignore la durée et la date de début de contagiosité, la prévention du risque chez les autres patients est primordiale).

3e situation : Cas des enfants porteur d'une pathologie congénitale ne nécessitant pas une hospitalisation dont l'état de santé pourrait être dégradé par une infection à SARS-COVID-19. Il ne paraît pas justifié de séparer systématiquement l'enfant de sa mère et ce cas rejoint le situation n°1.

En cas de soins pédiatriques urgent chez le nouveau-né, il est plutôt recommandé de faire les soins dans la salle d'accouchement lorsque cela est possible, le pédiatre ayant la tenue de protection adéquate.

PEC patiente en post-partum de mère avec infection confirmée ou en l'attente du résultat

Si résultat négatif : arrêt de l'isolement

Si résultat positif : surveillance classique en la salle de travail ou isolement en suites de couches avec retour à domicile précoce (HAD). En cas de signes de détresse respiratoire discuter transfert en service de soins intensifs.

Contact avec le bébé ou mise au sein possible avec respect des règles d'hygiène adaptées : port du masque chirurgical et friction des mains avec une solution hydro-alcoolique.

Durant le sommeil, il est important de mettre le berceau à plus de deux mètres du lit pour éviter la projection de particules au cas où le masque se déplacerait pendant la nuit.

Ne pas quitter la chambre, pas de garde en nurserie.

Sortie d'une mère COVID-19 positive et de son nouveau-né après l'accouchement

Comme toute personne confirmée COVID-19, un isolement à domicile d'une durée de 14 jours est recommandé.

Durant cet isolement, les recommandations appliquées lors de confinement en maternité de la mère et du nouveau-né se poursuivent (<http://www.cngof.fr/actualites/707-covid-19-femme-enceinte>)

De plus, la mère et son nouveau-né doivent :

- Rester à domicile
- Éviter les contacts trop rapprochés avec l'entourage intrafamilial
- Le nouveau-né ne doit jamais porter de masque

La mère doit réaliser une surveillance active de sa température et de l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoires, ...)

La surveillance du nouveau-né est identique. Toute symptomatologie du bébé doit être signalée au professionnel de santé qui suit l'enfant et motivera une consultation, qui en cas d'urgence se fera aux urgences pédiatriques de l'hôpital de référence.

A la sortie du couple mère-bébé, organiser un passage au domicile par un professionnel de santé, si possible par une HAD obstétricale ou néonatale selon les secteurs, sinon sage-femme libérale en lien avec un pédiatre traitant ou le médecin de famille. La fréquence sera adaptée à la symptomatologie de l'enfant, mais devrait comporter une 1^{ère} consultation dans les 48 heures suivant l'arrivée au domicile, et autour de J8 après la sortie.

RAPPEL : Dans tous les cas et dans ce contexte, au cours du 1^{er} mois de vie, pour tout examen du nouveau-né, il est recommandé de porter un masque et d'utiliser une SHA.