

Procédure d'orientation et de prise en charge en maternité d'Occitanie Ouest des patientes suspectes d'infection COVID-19

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.

Ceci concerne les indications spécifiques aux suspicions de Covid-19. Les autres indications obstétricales de transfert restent inchangées.

Version applicable au 25/03/2020

Rédacteurs :

Pr PARANT Olivier, PU-PH CHU de Toulouse

Pr VAYSSIERE Christophe, PU-PH CHU de Toulouse

Dr ALLOUCHE Mickaël, PH GO CHU de Toulouse

Dr HASTOY Anita, PH GO CHU de Toulouse

Liste des relecteurs :

Pour le CHU de Toulouse : Dr GUYARD-BOILEAU Béatrice, Dr CONNAN Laure, Dr BRAZET Edith, Dr TANGUY LE GAC Yann

Pour le SMUR pédiatrique : Dr THIERRY Fabien

Pour le SAMU Toulouse : Dr ROUCOLLE Pierre

Ressources bibliographiques :

Procédure de prise en charge des patients suspects d'infection COVID-19 à l'hôpital Paule de Viguier Version du 20/03/2020

Procédure Régionale de réalisation d'un transfert in utero, Réseau Maternip, version du 25/05/2016

Santé Publique France (<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/covid-19-situation-epidemiologique-internationale>)

Center for Diseases Control (<http://www.cdc.gov>)

European Centre for Diseases Control (<http://www.ecdc.europa.eu>)

Organisation Mondiale de la Santé (<http://www.who.int/en/>)

Listes des centres nationaux de références (CNR) et modalités d'acheminement des échantillons biologiques accessibles sur papier et sur <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique>

Liste des maladies à déclaration obligatoire : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declarationobligatoire>

MODE D'ADRESSAGE DES PATIENTES SUSPECTES :

1^{er} scénario : Patiente suspecte, identifiée en amont de son arrivée au CH

Les cas suspects peuvent être identifiés par un appel direct de la patiente au SAMU, par un médecin libéral, ou par un autre établissement hospitalier.

→ Si appel téléphonique aux urgences de la maternité, orienter l'appel vers la SF du réseau :
05.34.39.33.20 ou le **15** en cas d'urgence :

○ Si patiente << **exclue** >> : repasse dans un circuit standard

○ Si patiente classée << **cas possible** >> :

→ **Doivent être évaluée à la maternité où elles sont inscrites pour accoucher :**

- **les patientes enceintes à partir de 26 SA en cas de fièvre à partir de 38°C et/ou de gêne respiratoire.**

- **Les patientes gynécologiques ou enceintes < 26SA qui présentent des signes cliniques justifiant une consultation en urgence** (douleurs pelviennes, contractions, métrorragies...) seront évaluées au cas par cas au sein de l'établissement sans indication à un transfert hospitalier.

→ Dans les autres situations gynécologiques ou obstétricales non urgentes, les patientes doivent être préférentiellement vues par leur médecin traitant, leur SF ou leur gynécologue de proximité. En cas de doute il faut contacter la maternité où la patiente est suivie.

2^{ème} scénario : Patiente suspecte se présentant spontanément aux urgences de votre maternité

- Importance de l'identification du caractère << **cas suspect** >> par les agents d'accueil du bureau des entrées pour isolement précoce hors des espaces publics

- Prévenir médecin senior de garde GO

- La patiente se voit remettre immédiatement un **masque chirurgical** par l'agent d'accueil

- **La patiente ne doit pas séjourner dans la salle d'attente** mais être conduite dans un lieu dédié selon un circuit défini en amont avec les référents COVID de l'établissement.

- L'obstétricien de garde prend contact avec le médecin référent COVID pour vérification du classement en cas possible et indication du prélèvement nasopharyngé virologique.

Le prélèvement naso-pharyngé virologique doit être réalisé chez toute femme enceinte présentant des critères de gravité ou hospitalisée dans un contexte d'infection possible à COVID-19.

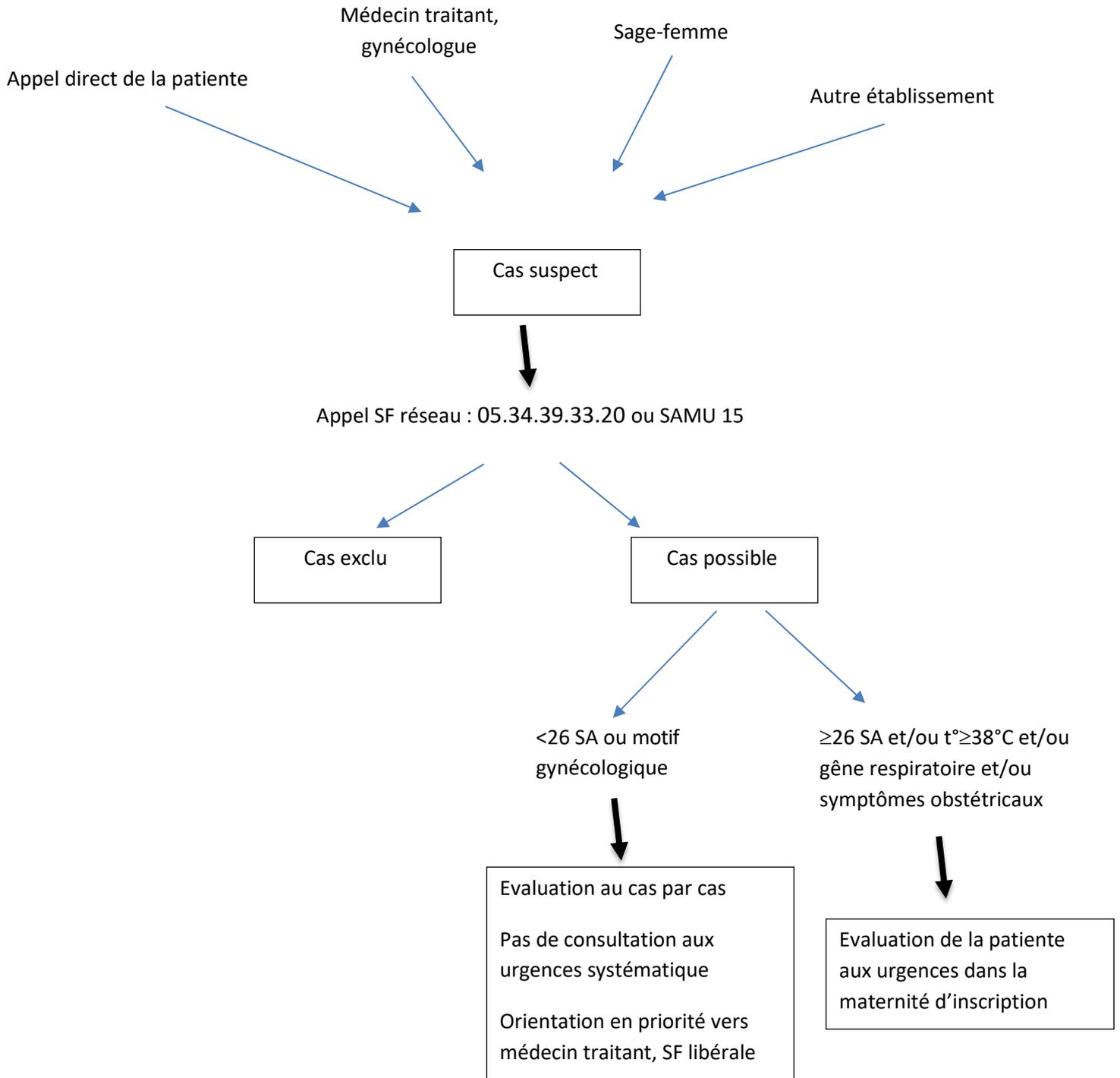
Il n'est pas systématique chez la patiente sans critère de gravité non hospitalisée.

- Si patiente << **exclue** >> : repasse dans un circuit standard des urgences. Garder le masque, pas de surveillance infectieuse spécifique
- Si patiente classée << **cas possible** >> : pas d'hospitalisation systématique, même enceinte. Idem si infection confirmée (cf. critères d'hospitalisation)

Place du TDM Thoracique : ce dernier est un élément diagnostique important (VPP élevée). Chez toute patiente enceinte ou non avec critères respiratoires d'hospitalisation doit être réalisé un TDM injecté compte tenu du caractère thrombogène des infections à Covid-19 récemment évoqué dans les publications scientifiques et afin d'écartier une embolie pulmonaire.

PEC d'une patiente suspecte en fonction de son mode d'adressage:

Scénario 1 : Patiente suspecte identifiée en amont de son arrivée à votre maternité :



Scénario 2 : Patiente suspecte se présentant directement aux urgences de votre maternité

Cas suspect

Isolement précoce : ne doit pas séjourner dans la salle d'attente

Mise en place immédiate des précautions complémentaires renforcées REB

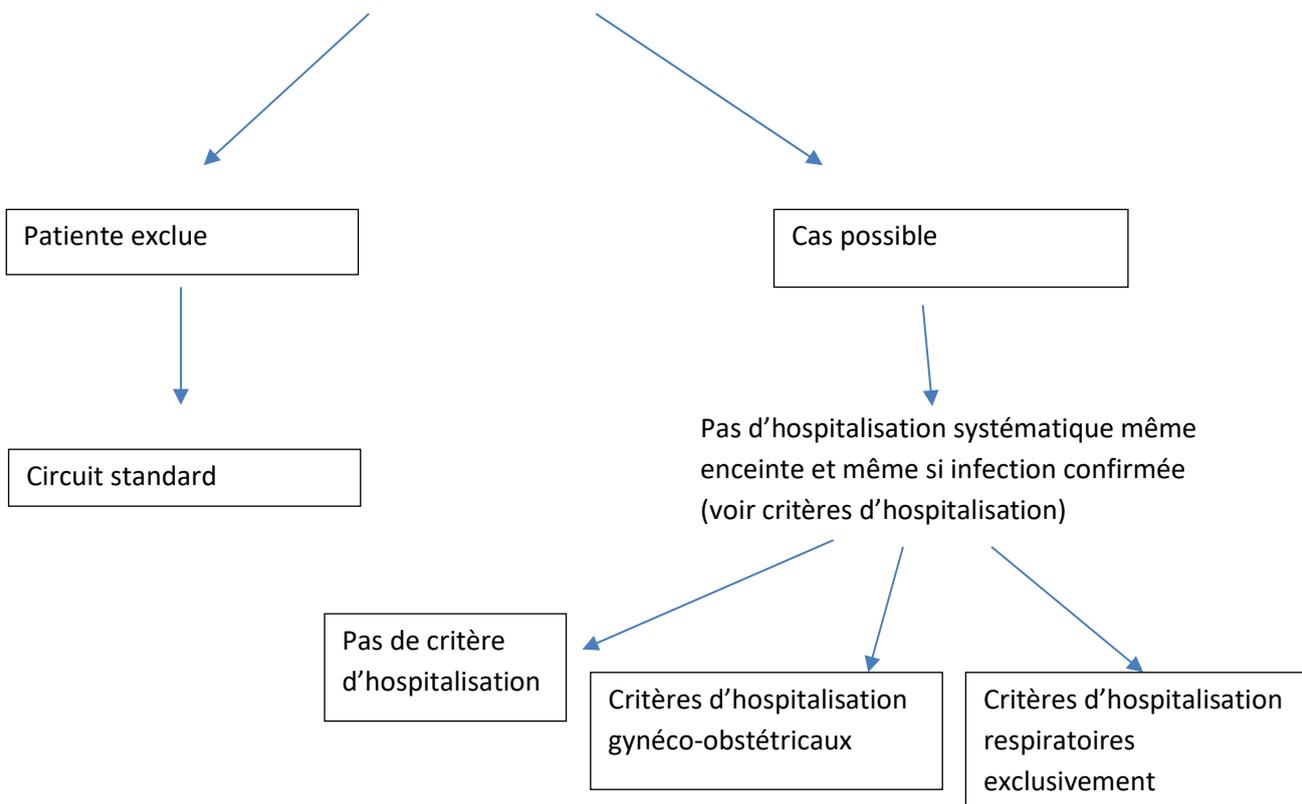
(voir fiche en annexe)

Prévenir GO de garde

Contacte le médecin COVID de l'établissement pour vérification du classement « cas possible » et indication du prélèvement nasopharyngé

Le prélèvement nasopharyngé virologique doit être réalisé chez toute femme enceinte présentant des critères de gravité ou hospitalisée dans un contexte d'infection possible à COVID-19.

Il n'est pas systématique chez la patiente sans critère de gravité non hospitalisée.



Critères d'hospitalisation des patientes en maternité

L'indication d'hospitalisation est à discuter au cas par cas

Selon que la patiente soit transférable ou non, grave (SDRA) ou non, et bien sûr selon le contexte gynéco-obstétrical qui a motivé la venue aux urgences.

1. Critères respiratoires d'hospitalisation :

• Critères respiratoires d'Hospitalisation conventionnelle

Pneumopathie hypoxémiante oxygéo-requérante :

- Saturation en O₂ <98%
- ou fréquence respiratoire >22/min en air ambiant

ou IRA basse + comorbidités*

• Critères respiratoires d'Hospitalisation en réanimation

Pneumopathie hypoxémiante oxygéo-requérante + comorbidités*

ou PaO₂ ≤70mmHg

Si forme grave : avis anesthésiste-réanimateur pour évaluation, prise en charge initiale et le cas échéant, transfert dans une unité de réanimation la plus proche de la maternité d'origine

2. Critères gynéco-obstétricaux d'hospitalisation :

- **Patientes présentant une urgence chirurgicale gynécologique** (FCS hémorragique, GEU chirurgicale, indication de cœlioscopie ou de tout geste chirurgical urgent)

- **Patientes enceintes en travail**

- **Patientes enceintes nécessitant une hospitalisation en milieu obstétrical** (rupture des membranes, prééclampsie, MAP ...)

* 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 insulinodépendant 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 métastase

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

ORIENTATIONS DES PATIENTES COVID +

1^{er} cas : **Sortie à domicile**

(A notifier sur registre dédié : coordonnées patientes et traçabilité des résultats et des appels)

- Pas de prélèvement naso-pharyngé *a priori*. Le prélèvement doit être cependant prescrit pour être prescrit en externe. Si prélèvement fait et pas de critères d'hospitalisation, la patiente peut sortir sans attendre les résultats du prélèvement.
- Isolement strict de l'ensemble du foyer, 14 jours à domicile + règles de protection intrafamiliale
- Lien avec le médecin traitant et appel du SAMU (centre 15) en cas de signes d'aggravation respiratoire (toux importante, difficulté à respirer)
- Contact téléphonique toutes les 48h, pendant 10 jours, à tracer sur le cahier. Être vigilant sur le risque d'aggravation de la situation respiratoire entre J6-J10
- Lever de l'isolement après 48h de résolution complète de tout symptôme confirmée par le médecin traitant. Si grossesse en cours, RdV de suivi à donner à priori 3 semaines après.

2^{eme} cas : **Hospitalisation sur critères gynéco-obstétricaux**

- Les **patientes enceintes en travail quel que soit le terme** sont accueillies en secteur naissance de l'établissement, dans une salle idéalement fléchée pour la situation.
En cas d'accouchement à un terme inférieur à celui de prise en charge de votre établissement prévenir le SMUR pédiatrique pour aide à la prise en charge pédiatrique et transfert secondaire)
- Les **patientes présentant une urgence chirurgicale gynécologique** (FCS hémorragique, GEU chirurgicale, indication de coelioscopie ou de tout geste chirurgical urgent) seront opérées au sein de l'établissement
- Les **patientes enceintes COVID+ présentant une pathologie obstétricale justifiant une hospitalisation en milieu obstétrical** (rupture des membranes, prééclampsie, MAP ...)

*Soit AG compatible avec une prise en charge au sein de l'établissement :

- Limiter le nombre d'intervenant,
- Pas de visites extérieures,
- RCF quotidien *a priori*,
- Corticothérapie anténatale pour maturation pulmonaire à discuter avant 32 SA avec l'équipe obstétrico pédiatrique et en l'absence de signes de détresse respiratoire,
- Imagerie thoracique : TDM injecté si difficultés respiratoires

*Soit AG non compatible avec une prise en charge au sein de l'établissement :
Ces situations obéissent aux règles de transfert habituelles entre maternités.

3^{eme} cas : **Hospitalisation sur critères respiratoires**

- **Patiente éligible à une hospitalisation en secteur conventionnel :**
PEC dans l'établissement le plus proche disposant d'une maternité et d'une réanimation adulte
Discuter extraction fœtale pour dégradation maternelle en déplaçant le SMUR pédiatrique en cas d'AG inférieur au terme de prise en charge habituel. Pas de transfert en type 3 systématique.

- **Patiente nécessitant une hospitalisation en réa : PEC dans l'établissement le plus proche**
PEC dans l'établissement le plus proche disposant d'une maternité et d'une réanimation adulte
Discuter extraction fœtale pour dégradation maternelle en déplaçant le SMUR pédiatrique en cas
d'AG inférieur au terme de prise en charge habituel.
Pas de transfert en type 3 systématique,
La patiente est prise en charge en réanimation au sein de l'établissement avec suivi obstétrical
réalisé par l'équipe de GO sur place.
La surveillance obstétricale éventuelle sera assurée par l'équipe obstétricale qui se déplacera pour
évaluer la patiente, avec possibilité de réaliser un enregistrement du RCF à partir de 26 SA.

REMARQUES :

- **ATTENTION CHOIX DU VECTEUR**

Dans ce contexte de crise sanitaire majeure, les transports **non médicalisés** sont à privilégier si la situation obstétricale le permet.

- **Rapprochement mère-enfant**

Ils sont suspendus jusqu'à nouvel ordre SAUF dégradation sévère de l'enfant, en accord avec les équipes de pédiatrie de l'Hôpital des Enfants.

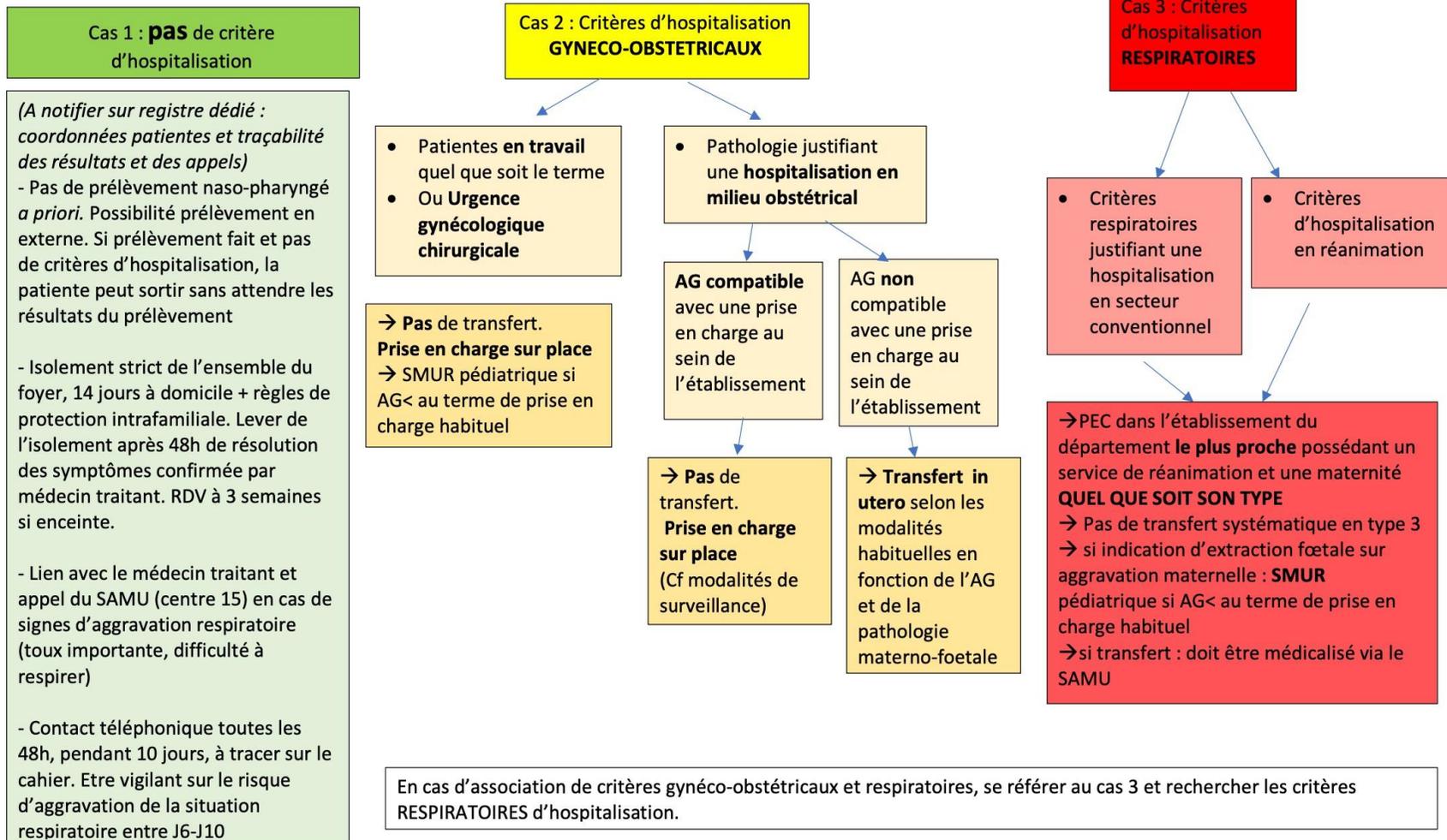
- **Accompagnants**

Aucun accompagnant n'est autorisé en cas de transfert et ce pendant toute la durée de l'hospitalisation. Certaines maternités les acceptent pour le moment à l'accouchement seulement.

- **Hôtel hospitalier/maison des parents**

Ces deux établissements ont été fermés à l'heure actuelle.

Orientation des patientes COVID +/indication de transfert



ANNEXE : Prise en charge initiale d'une patiente suspecte *en isolement* :

• **Mise en place immédiate des précautions complémentaires renforcées REB**

• **Patiente :**

- friction des mains avec des solutions hydro-alcooliques (SHA)
- puis port de masque chirurgical,
- isolement en chambre individuelle

• **Soignant :**

- précautions standard +
- précautions complémentaires « air » et « contact type 1 » (= renforcées REB)
 - SHA
 - masque de type FFP2 uniquement pour le prélèvement naso-pharynge (ou les soins à risque), sinon masque chirurgical classique dans les autres cas.
 - surblouse à usage unique (avec tablier plastique si risque de projection)
 - gants non stériles à usage unique,
 - lunettes de protection en cas de risque de projection
 - charlotte

Aucun prélèvement biologique autre que ceux nécessaires à la prise en charge GO ne doit être réalisé sans l'avis du médecin référent COVID de l'établissement.

Si nécessité de radiographie thoracique, celle-ci est réalisée au lit sans transfert de la patiente.

Tous les soignants au contact des patients à moins d'un mètre doivent porter un masque chirurgical, pour une durée maximale de 8 heures (tant qu'il n'est pas mouillé).