

Paris, le 30 Septembre 2020

PROTOCOLE DE GESTION DES CAS CONTACTS, POSSIBLES OU CONFIRMES

Cas contact :

Une RT-PCR doit- être réalisée selon les recommandations en vigueur et des mesures d'hygiène et d'isolement prises pendant 7 jours. La patiente ne doit pas consulter à l'hôpital sauf urgence ou apparition des signes cliniques. La patiente doit être informée des signes devant amener à consulter.

Prise en charge d'une patiente non suspecte d'être infectée (Figure 1)

En l'absence d'anamnèse infectieuse ou de contagé, il n'y a pas lieu d'isoler la patiente. Le co-parent peut être présent s'il est asymptomatique et respecte les règles d'hygiène (masque, distanciation, lavage des mains).

Le dépistage systématique de la Covid en salle de naissance n'est à ce jour pas recommandé mais à adapter en fonction des cas et de l'évolution locale de l'épidémie.

Le port du masque est recommandé en présence des soignants. Pendant les efforts expulsifs, le port du masque est souhaitable car il protège les soignants et la femme elle-même. Il ne peut être imposé. On peut proposer le recours à une visière adaptée au visage de façon à faciliter les efforts et la communication avec l'équipe soignante. Si la patiente n'a ni masque ni visière, le masque porté par le personnel doit être un masque FFP2 de manière à apporter une protection maximale au personnel de santé (+ lunettes de protection).

La présence du père est souhaitable au maximum, y compris pendant une éventuelle césarienne (sous couvert d'une charte des visiteurs, la recherche de symptômes compatibles avec un COVID, le respect des mesures barrières, et la limitation effective des déplacements).

En ce qui concerne les visites post natales, elles doivent être limitées afin de restreindre la déambulation de personnes dans l'hôpital et la maternité. Il existe un large consensus pour ne laisser entrer dans la maternité que le co-parent ou un accompagnant. Les visites de fratries ne sont pas recommandées. Cela est à adapter à chaque maternité en fonction de sa situation (locaux, volume d'activité, nombre de personnels). Il faut encourager le retour à domicile rapide.

Il est impératif que tout cela soit l'objet d'informations claires aux usagers pendant le suivi de grossesse.

Cas particulier de la patiente ayant déjà eu une infection à SARS-Cov-2

On peut considérer qu'au-delà de 30 jours après l'épisode infectieux le risque d'excrétion virale résiduelle et quasi nul. Ainsi après ce délai, pour l'accouchement la patiente pourra être prise en charge comme une autre.

Ce délai est susceptible d'évoluer à la baisse : pour le HCSP le délai est de 14 jours de précautions après le début des symptômes chez un cas non grave et non immunodéprimé mais il n'y a pas de données chez la femme enceinte. Pour les consultations et les échographies, un délai de 14 jours semble raisonnable. Elles doivent cependant se faire avec les mesures barrières recommandées dans le cadre de la prévention du SARS-CoV-2

En cas de nouveaux symptômes une démarche diagnostique doit être mise en place, adaptée à la symptomatologie et un nouveau test PCR (pour le SARS-Cov-2 + PCR multiplex) peut être discuté et réalisé du fait des réinfections, exceptionnelles, mais possibles.

Cas Possibles :

En cas de fièvre (inconstante dans la Covid), les autres causes de fièvre pendant la grossesse doivent être recherchées.

Le personnel d'accueil des urgences doit porter un masque chirurgical à changer au maximum toutes les 4h. Dans l'idéal toute patiente ou tout visiteur se présentant à l'accueil général (avant même le passage aux urgences) doit avoir une prise de température non invasive et se voir administrer un questionnaire à la recherche de symptômes. Ceci permet soit d'interdire une visite soit d'engager la patiente sur un parcours spécifique diagnostique Covid.

La définition des cas possibles 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 ou anosmie / agueusie.

Conduite à tenir devant un « cas possible »

Prévenir le senior de Garde

Prendre les précautions gouttelettes et contact

- Installation dans une pièce fermée, apposer l'affiche isolement sur la porte du box (isolement gouttelette et contact)
- Faire porter un masque de soin à la patiente
- Pour les soignants : masque chirurgical, 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)*
 - *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 :

- L'accompagnant est à risque d'être infecté et doit donc être orienté de façon à ce qu'il soit dépisté, et avoir les mesures d'isolement adaptées (7 jours). S'il est symptomatique il ne doit pas accompagner sa femme. S'il est asymptomatique sa présence est conditionnée au respect strict des mesures d'hygiène et des conditions d'acceptation locales. Une RT-PCR peut lui être prescrite.
- 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, des lunettes de sécurité (ou une visière) et une surblouse.

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-CoV-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>

Les laboratoires de ville peuvent faire la recherche de SARS-CoV-2.

La place des tests rapides, antigéniques reste à définir.

Discussion sur l'hospitalisation

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

Critères d'hospitalisation :

Critères d'Hospitalisation conventionnelle

PAC hypoxémiant oxygène-requérante (Saturation en O₂ <95% et fréquence respiratoire >25/min en air ambiant) Ou IRA basse + comorbidités

Critères d'Hospitalisation en réanimation

Critères d'entrée PAC hypoxémiant oxygène-requérante + comorbidités * Ou PaO₂ ≤70mmHg (sat<94% malgré 4 litre O₂)

Notion évolutive de la détresse respiratoire

1) Si pas de critère d'hospitalisation

A l'heure actuelle il est recommandé de prélever toutes les patientes « cas possibles » plusieurs situations sont à considérer. Les indications de prélèvement peuvent évoluer en fonction du contexte épidémique et des disponibilités de matériel et des laboratoires.

Patiente 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

Patiente 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.

Patiente prélevée négative : Garder le masque pour éviter de transmettre un autre agent infectieux responsable des symptômes. Pas de surveillance particulière. Attention au risque de faux négatif du test. La réalisation d'un nouveau test est à rediscuter en fonction de l'évolution des symptômes.

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 7 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. Une surveillance par le système COVISAN peut être organisée. 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.

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 possible (en attente des résultats)

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

Cas prouvé : Hospitalisation possible en unité d'obstétrique, en chambre individuelle, ou regroupées en chambre double, adapté à l'âge gestationnel en l'absence de signes de détresse respiratoire, sinon transfert en SMIT ou service de soins intensifs avec service de gynécologie obstétrique adapté à l'âge gestationnel.

En cours d'hospitalisation :

Prélèvements sanguins (cf Supra), 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.

RCF une fois par jour au 3^e trimestre (ou avant en cas d'hypoxémie ou pathologie obstétricale associée). Surveillance standard/4h : FR, SpO₂, débit O₂ (0 à 4L/min lunettes), TA, FC, température

Objectifs : FR < 25 et SpO₂ 95 – 98%

En cas de saturation < 95% ou de FR > 25 instauration O₂ 2l/min ou augmenter le débit jusqu'à 4 l/min maximum, et prévenir l'obstétricien. Prévenir le réanimateur si SPO₂ < 95% malgré 4 L/min d'O₂, FR >25

En cas de difficultés respiratoires, une imagerie thoracique par TDM peut être réalisée après discussion multi disciplinaire. L'irradiation fœtale due à une radio de thorax (0,01mGy) ou un scanner thoracique (0,6 mGy) est largement en dessous du seuil à risque pour le fœtus (610 mGy).

La réalisation d'une cure de corticoïdes à visée de maturation fœtale peut être réalisée dans les cas où le risque d'accouchement prématuré est très important.

En cas de prématurité induite liée à un syndrome de détresse respiratoire, la corticothérapie de maturation fœtale est indiquée.

Anticoagulation (CARO/CNGOF)

FACTEURS DE RISQUE DE THROMBOSE EN PRÉ-PARTUM CHEZ LA FEMME ENCEINTE COVID-19 +

Facteurs de risque majeurs	ATCD personnels thromboemboliques Thrombophilie asymptomatique à haut risque S ^d des antiphospholipides symptomatique O ₂ thérapie > 4 L/min ou ONHD ou ventilation artificielle
Facteurs de risque mineurs	Obésité (IMC > 30) ou poids > 120 kg Immobilisation prolongée et complète - O ₂ thérapie ≤ 3 L/min

Prévention selon le niveau de risque

Risque faible	Aucun FDR	Pas de prophylaxie
Risque modéré	1 à 2 FDR mineurs combinés	HBPM à dose prophylactique standard (ex: enoxaparine 4000 ou 6000 UI /24h SC, voire plus selon co morbidités)
Risque élevé	FDR majeur(s) ou ≥ 3 FDR mineurs	HBPM à dose prophylactique renforcée (ex: enoxaparine 4000 UI /12h SC ou 6000 UI/12h SC si poids > 120 kg)*

Durée : jusqu'à la guérison

Ne pas débiter la prophylaxie si accouchement imminent (avis obstétrical)

En cas d'HBPM à dose prophylactique renforcée, surveiller l'activité anti-Xa 4 heures après la 3ème injection, puis régulièrement en cas d'insuffisance rénale, pour rechercher un surdosage (valeur seuil variable selon l'HBPM) exposant à un risque hémorragique plus élevé

Si symptômes COVID présents dans le post-partum, prise en charge selon la voie d'accouchement :

En cas de voie basse :

Risque faible : discuter HBPM à dose prophylactique \pm Bas anti-thrombose

Risque modéré : HBPM à dose prophylactique \pm Bas anti-thrombose

Risque élevé : HBPM à dose prophylactique renforcée \pm Bas anti-thrombose

Durée: jusqu'à la guérison consolidée

En cas de césarienne :

HBPM à dose prophylactique standard ou renforcée selon niveau de risque et prise en compte des OR (cf recommandations CNGOF 2015) \pm Bas anti-thrombose. Durée: adaptée à l'Odds Ratio (cf recommandations CNGOF 2015)

Antibiothérapie :

Le HCSP souligne l'absence d'indication d'antibiothérapie chez un patient présentant une infection à SARS-CoV-2 confirmée. Néanmoins, dans l'attente d'une confirmation du diagnostic d'infection à SARS-CoV-2, le HCSP précise les situations qui peuvent conduire à la prescription d'antibiothérapie en cas de doute avec une pneumopathie bactérienne (SPILF 2011).

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 7 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:

En cas d'accouchement imminent, de travail en cours ou d'urgence obstétricale (hémorragie, hématome retro placentaire...) chez une patiente cas possible : en l'attente du résultat du prélèvement virologique il faut 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 à la patiente. Le co-parent peut être présent s'il est asymptomatique, si les contraintes d'organisation le permettent et s'il s'engage à respecter les mesures de précaution d'hygiène et de déambulation limitée. Les contraintes d'organisation locales font que chaque maternité doit se prononcer individuellement sur ce point.

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 du 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 d'une patiente avec infection possible ou prouvée <30 jours (attention délai susceptible d'évoluer à la baisse):

Limiter le personnel contact.

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

Une Sage-femme doit être 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 gouttelettes et contact (cf ci-dessus), comprenant une casaque stérile à usage unique.

A l'accouchement limiter le personnel au minimum indispensable.

En cas de césarienne équipe du bloc habituelle

En cas d'hémorragie : équipe habituelle

Attention aux selles qui peuvent être porteuses de virus

Virémie absente ou très faible en général

Le conjoint asymptomatique peut être présent

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

Si césarienne :

Port de masque FFP2 et des lunettes, équipe habituelle présente, tenue d'isolement pour tous

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

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

La SFN (Société Française de Néonatalogie) et Le GPIP (Groupe de pathologie Infectieuse Pédiatrique) ne recommandent actuellement pas la séparation mère enfant et ne contre indiquent 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 parait 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 en post-partum de mère avec infection confirmée ou en l'attente du résultat

Si résultat négatif : arrêt de l'isolement (sauf si forte suspicion clinique ou scanner positif (faux négatif de la rt-PCR)

Si résultat positif : surveillance classique en 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.

Le conjoint asymptomatique peut être autorisé si les conditions locales permettent qu'il soit confiné avec sa femme et son bébé.

Suivi et évaluation psychologique avec notamment évaluation du score EPDS.

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 7 jours après le début des symptômes 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 par une sage-femme libérale en lien avec un pédiatre traitant ou le médecin de famille. Une attention particulière devra être portée sur le risque de conséquences psychologiques. La fréquence sera adaptée à la symptomatologie de l'enfant, mais devrait comporter une 1ère 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 1er mois de vie, pour tout examen du nouveau-né, il est recommandé de porter un masque et d'utiliser une SHA.

Figure 1. Prise en charge à l'arrivée en salle de travail

