

Référentiel pour l'orientation des patientes confirmées d'infection COVID-19 en maternité dans l'Occitanie

Historique des modifications		
Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1	06/04/2020	Création
N°2	05/04/2022	Mise à jour

Indexation : 2020_Ref_Transferts_COVID, référentiel accessible sur www.perinatalite-occitanie.fr
Seule la version informatique fait foi.

Périodicité de révision : 5 ans

✓ **Rédaction** :

- Dr ALLOUCHE Mickaël, PH GO CHU de Toulouse
- Pr BOULOT Pierre, PU-PH CHU Montpellier
- Dr CLAINQUART Nathalie, PH CH Perpignan
- Pr DE TAYRAC Renaud, PU-PH CHU Nîmes
- Pr FUCHS Florent, PU-PH CHU Montpellier
- Dr HASTOY Anita, PH GO CHU de Toulouse
- Dr HUBERLANT- BALAS Stéphanie, PH GO CHU Nîmes
- Pr LETOUZEY Vincent, PU-PH CHU Nîmes
- Pr PARANT Olivier, PU-PH CHU de Toulouse
- Pr VAYSSIERE Christophe, PU-PH CHU de Toulouse

✓ **Relecture** :

- Mme ARVOIS Christine, SF Coordinatrice médicale RPO
- Dr BERTRAND Armelle, Gynécologue Obstétricienne, RPO – CHU Toulouse
- Dr BURLET Gilles, PH CHU Montpellier
- Dr BRAZET Edith, CHU Toulouse
- Mr CLERVOY Romain, SF Coordinateur médical RPO
- Dr CONNAN Laure, CHU Toulouse
- Mme DUCHANOIS Delphine, SF RPO
- Mme FERRAND Nathalie, SF Coordinatrice CH Perpignan
- Mme FOISSIN Dominique, SF Coordinatrice médicale RPO
- Dr GUYARD-BOILEAU Béatrice, CHU Toulouse
- Dr MOUSTY Eve, PH GO CHU Nîmes
- Dr ROUCOLLE Pierre, SAMU, CHU Toulouse
- Dr TANGUY LE GAC Yann, CHU Toulouse
- Dr THIERRY Fabien, Pédiatre SMUR pédiatrique, CHU Toulouse
- Dr THEVENOT Jean, GO et Président du RPO, Toulouse

✓ **Validation** : Conseil scientifique RPO du 05/04/2022

Objet	Permettre l'orientation des patientes COVID+ sur le territoire de l'Occitanie pour les professionnels de santé accueillant des patientes enceintes ou accouchées porteuses d'une COVID-19
Domaine d'application	Ce référentiel s'adresse aux équipes des maternités. Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, ce référentiel est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier. 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 patientes Covid-19. Les autres indications obstétricales de transfert restent inchangées.
Documents de référence	<ul style="list-style-type: none"> • 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-ettraumatismes/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-declaration-obligatoire • CNGOF-Prise en charge aux urgences maternité d'une patiente enceinte suspectée ou infectée par le coronavirus (covid-19) – v1 (17/03/2020) • Coronavirus infection-grossesse (infections-grossesse.com) GRIG • Pneumopathies hypoxémiantes aux urgences : diagnostic et prise en charge. M. Sebbane¹, P.G. Claret², R. Dumont¹, J.E. de la Coussaye²
Abréviations utiles	<ul style="list-style-type: none"> • COVID : coronavirus disease • FCS : fausse couche spontanée • GEU : grossesse extra utérine • IMC : indice de masse corporelle • MAP : menace d'accouchement prématuré • O² : oxygène • PaO² : pression artérielle en oxygène • RCF : rythme cardiaque fœtal • SA : semaine d'aménorrhée • SAMU : service d'aide médicale d'urgence • SFL : sage-femme libérale • TDM : tomodensitométrie • VIH : virus immunodéficience humaine

Référentiel

Sommaire référentiel

I. Critères d'hospitalisation des patientes en maternité.....	3
II. Orientations des patientes COVID+	4

I. 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, et bien sûr selon le contexte gynéco-obstétrical qui a motivé la venue aux urgences.

A. Critères respiratoires d'hospitalisation :

❖ Critères respiratoires d'hospitalisation conventionnelle

- Pneumopathie hypoxémiante oxygène-requérante (définie par une hypoxémie < 60mmHg associée à un infiltrat radiologique).
- Saturation en O₂ <98%
- Ou fréquence respiratoire >22/min en air ambiant ou Infection Respiratoire Aigüe basse + comorbidités

❖ Critères respiratoires d'hospitalisation en réanimation

- Pneumopathie hypoxémiante oxygène-requérante sévère (tachypnée >30c/min ; tachycardie >120bpm, troubles de la conscience, SpO₂ <90%, pH < 7,38 et/ou nécessitant >6l/min)
- 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

B. Critères gynéco-obstétricaux d'hospitalisation :

❖ Patientes présentant une urgence chirurgicale gynécologique (FCS hémorragique, GEU chirurgicale, indication de coelioscopie 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 : Les comorbidités influençant le critère d'hospitalisation sont officiellement :

- 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 métastase

Par analogie avec la grippe, à ces comorbidités pouvant influencer la nécessité d'une hospitalisation, on retiendra la femme enceinte au 3ème trimestre et / ou obèse (IMC ≥ 30)

II. Orientations des patientes COVID+

A. 1er cas : Sortie à domicile

- Isolement à domicile et information des cas contact
- Lien avec le médecin traitant +/- la sage-femme libérale (suivi grossesse à risque) et appel du SAMU (centre 15) en cas de signes d'aggravation respiratoire (toux importante, difficulté à respirer)
- Informer du risque de dégradation respiratoire secondaire et de l'importance de lutter contre l'hyperthermie
- Lever de l'isolement selon les recommandations en cours

B. 2eme cas : Hospitalisation sur critères gynéco-obstétricaux

Les patientes enceintes en travail quel que soit le terme sont accueillies en secteur naissance, dans une salle dédiée pour la situation, dans l'établissement où elles sont inscrites, à condition qu'il y ait adéquation entre le terme de la grossesse et le type de celui-ci.

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. Il est recommandé aux établissements d'anticiper un circuit Covid+ au bloc opératoire.

Les patientes enceintes COVID+ présentant une pathologie obstétricale justifiant une hospitalisation en milieu obstétrical (rupture des membranes, prééclampsie, MAP ...) sans critères de gravité respiratoire

❖ Soit le terme est compatible avec une prise en charge au sein de l'établissement :

- Limiter le nombre d'intervenants
- Pas de visites extérieures,
- RCF quotidien à priori,
- Corticothérapie anténatale pour maturation pulmonaire à discuter avant 32 SA avec l'équipe obstétrico pédiatrique et médecin anesthésiste réanimateur et en l'absence de signes de détresse respiratoire
- Imagerie thoracique : TDM à discuter avec l'équipe obstétrico pédiatrique et médecin anesthésiste réanimateur

❖ Soit le terme est non compatible avec une prise en charge au sein de l'établissement :

- Situations obéissant aux règles de transfert habituelles entre maternités

C. 3ème cas : Hospitalisation sur critères respiratoires

- Prise en charge dans l'établissement le plus proche disposant d'une réanimation adulte
- Discuter extraction fœtale sur place pour dégradation maternelle rapide en déplaçant les équipes SAMU (adulte et enfant). Si transfert maternel :
- 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.

Sorties à domicile

Isolement
+
Information des cas contact

Lien avec le médecin traitant+/- la SFL et appel du SAMU (centre 15) en cas de signes d'aggravation respiratoire (toux importante, difficulté à respirer)

Être vigilant sur le risque d'aggravation de la situation respiratoire et lutte contre l'hyperthermie

Levée de l'isolement selon recommandations du moment

Hospitalisation sur critères gynéco-obstétricaux

Les patientes enceintes en travail, quel que soit le terme, **sont accueillies en secteur naissance dans l'établissement où elles sont inscrites.**

Les patientes présentant une **urgence chirurgicale gynécologique** seront opérées au sein de l'établissement .
Il est recommandé aux établissements d'anticiper un circuit Covid+ au bloc opératoire.

Les **patientes enceintes COVID+** présentant une **pathologie obstétricale justifiant une hospitalisation en milieu obstétrical** (rupture des membranes, prééclampsie, MAP...) **sans critères de gravité respiratoire** en fonction de la compatibilité du terme avec le type de l'établissement

Hospitalisation sur critères respiratoires

PEC dans l'établissement **le plus proche** disposant d'une maternité et **d'une réanimation adulte**

Discuter extraction foetale sur place pour dégradation maternelle rapide en déplaçant les équipes SAMU (adulte et enfant)

Si transfert maternel, il doit être médicalisé SAMU

La surveillance obstétricale éventuelle sera assurée par l'équipe obstétricale qui se déplacera en service de réanimation pour évaluer la patiente, avec possibilité de réaliser un enregistrement du RCF à partir de 26 SA.