

Circuit de prise en charge de la femme gestante durant la période de la pandémie COVID-19, état des connaissances et proposition de prise en charge : CNGOAL

Résumé :

Le nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) mis en évidence en décembre 2019 en Chine se diffuse rapidement. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) déclare l'état de pandémie le 11 mars 2020 après plusieurs semaines d'efforts pour tenter de contenir sa propagation.

Le virus SARS-Covid-2 ne déclenche en général qu'un syndrome infectieux sans gravité associant à différents degrés des symptômes bénins (fièvre, toux, myalgies, céphalées et éventuels troubles digestifs), mais il peut être à l'origine de pathologie pulmonaire grave et parfois de décès.

Les premières données chinoises publiées semblent montrer que les symptômes chez les femmes enceintes sont les mêmes que ceux de la population générale.

Les connaissances sur les conséquences et sur la prise en charge du COVID-19 pendant la grossesse sont limitées, Il est aussi important de noter que la situation est actuellement très évolutive et que les définitions des zones à risques, des cas possibles, et le protocole proposé seront basés sur les publications chinoises et peuvent évoluer de façon quotidienne et selon les différentes régions du monde.

Ont collaboré à ce travail :

M.Z.Cheikh el ghanama ; A.Sellahi ; A.Barkat ; M.Derguini ; M.Adjali ; S.Guerroumi

B.Addad ; B.Belarbi ; H.Boucherit ; M.S.Oukid ; Y.Djabri ; M.Medjtouh ;

Y.Afri ; H.Bendaouad ; A.Amieur ; N.Cherfi ;

Y.Taibi ; S.Belmokhtar ; A.Dammenedebih ; S.Bouzid ,H.Aouras

F.Manseur ; M.Lahmar ; M.Zemouchi ; B.Bellouz ; M.N.Draoua.

I-Introduction :

L'Algérie voit s'installer la pandémie COVID -19 depuis le 1^{er} Mars 2020, date de déclaration du premier cas, la situation est actuellement très évolutive.

D'autre part il est connu que l'immunité est diminuée chez la femme enceinte, ce qui suggère que cette population pourrait être plus vulnérable vis-à-vis de ce virus, et compte tenu de la proportion non négligeable de cette catégorie dans la population algérienne il est nécessaire de se pencher sur la connaissance des symptômes et du mode de transmission du virus et de proposer une prise en charge de ces femmes.

1.1.Problématique :

L'Algérie compte environ 1 200 000 naissances/an, ce qui veut dire qu'un nombre important de femmes gestantes fréquentent les maternités et essentiellement les CHU qui deviennent surchargés et ceci va être à l'origine d'une large propagation de COVID-19 dans la population générale.

Les déplacements inter wilaya des parturientes par manque de prise en charge locale (absence de médecins gynécologue) aggravent la situation.

Il apparaît ainsi qu'en plus de risque inhérent à la grossesse proprement dite, la situation de la gestante durant son parcours pour accoucher contribue largement à la propagation du virus.

On se propose de donner un avis sur la prise en charge et le parcours de la femme gestante durant cette période pour atténuer quelque peu cette propagation :

- En premier lieu mettre en place la contractualisation des accouchements dans le secteur privé le plus vite possible.
- Inviter les collègues privés à aider les confrères du secteur public pour la prise en charge des gestantes.
- Proposer un protocole technique de la gestion de la femme enceinte.
- Informer les professionnels de santé sur ses symptômes, sa transmission inter individuelle et conséquences sur la grossesse.
- Proposer un protocole de gestion de la femme gestante pendant cette pandémie.

II-Rappels et revue de la littérature :

2.1. Le virus :

La pandémie est due à une nouvelle souche de coronavirus, de séquence génétique similaire à 80 % à celle du coronavirus du SRAS. Il est d'abord désigné provisoirement par l'OMS sous le terme anglais *2019 novel coronavirus*, ou 2019-nCoV, avant d'être nommé SARS-CoV-2 (2,3)

Les coronavirus sont des virus à ARN. On les retrouve largement chez l'homme, les mammifères, les oiseaux et les chauves-souris. Ces virus peuvent provoquer des infections des voies respiratoires, du système gastro-intestinal et du système nerveux, d'autres infections causées par des coronavirus sont connues et sont très variables telles que les rhumes simples (HCoV 229E, NL63, OC43 et HKU1), ou les syndromes respiratoires plus sévères comme le Syndrome Respiratoire du Moyen Orient (MERS-CoV) ou le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SARS-CoV). (2,3)

2.2. Épidémiologie :

Cette nouvelle souche a été pour la première fois identifiée dans la ville de Wuhan dans la province du Hubei en Chine en fin d'année 2019. Le virus s'est ensuite propagé de façon rapide à travers les différents continents.

L'OMS déclare la pandémie 11/03/2020.

Le virus semble transmis principalement par les gouttelettes émises par voie respiratoire et /ou manu portées entre 2 individus. (1,2).

2.3. Symptômes :

► Dans la population générale :

Les symptômes de la Covid-19 sont proches de ceux de la grippe

Des symptômes plus graves comme la pneumonie ou le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) peuvent se voir (16 à 32%) et concernent essentiellement les personnes âgées, les patients immunodéprimés ou présentant une comorbidité (diabète, cancer ou maladie respiratoire chronique) et les femmes enceintes. (7)

Des anomalies pulmonaires peuvent être visualisées sur le scanner et biologiquement une lymphopénie, une leucopénie et une thrombocytopénie peuvent être retrouvées. (6).

La forme asymptomatique est possible mais l'incidence n'en est pas encore connue.

L'estimation globale du taux de létalité (en incluant les personnes asymptomatiques et symptomatiques) semble être de l'ordre de 1% mais ces estimations doivent être considérées avec précaution car les connaissances sur l'épidémie sont en cours.

La période d'incubation serait d'environ 5 jours (entre 2 et 14 jours) (2) et la contagiosité pourrait précéder les symptômes. (6).

► Chez la femme enceinte :

Chez la femme enceinte, les symptômes semblent être les mêmes que ceux de la population générale. Des symptômes plus graves tels que la pneumonie ou le SDRA peuvent se voir comme chez les autres populations à risque (4,7).

Les données concernant l'effet du SARS-CoV-2 sur la femme enceinte sont très limitées, des rapprochements peuvent être faits avec d'autres pneumopathies dus aux autres coronavirus tels que le SARS-CoV ou le MERS-CoV. Ces patientes seraient plus à risque de rupture prématurée des membranes, d'accouchements prématurés, de morts fœtales in utero, de retards de croissance intra-utérins et de décès néonataux.

Actuellement il a été publié trois séries chinoises et un rapport de cas, portant sur une trentaine de patientes infectées par le SARS-CoV-2, deux patientes ont eu besoin de soins intensifs et la prématurité semble être fréquente.

Même si les données sont très limitées et par analogie avec les autres coronavirus, une attention particulière doit être accordée aux femmes enceintes atteintes notamment de comorbidité pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge.

► Chez le fœtus et le nouveau-né :

Les connaissances à l'heure actuelle sont très limitées sur le sujet. L'analyse des petits groupes de patientes suggère qu'à l'heure actuelle il n'y a aucune preuve d'infection maternofoetale.

La transmission lors du passage dans la filière génitale via les sécrétions maternelles est un mécanisme assez rare pour les virus.

L'analyse du lait maternel ne montre pas d'excrétion virale et donc a priori pas de risque de transmission via l'allaitement. (4)

Des cas de transmission par voie aérienne ou per partum ont été rapportés (5) la contagion pourrait avoir lieu après l'accouchement via l'inhalation des gouttelettes produites par les parents ou les professionnels contaminés.

La probabilité de transmission intra-utérine des coronavirus paraît très faible. Il n'y a donc pas d'argument pour penser à un risque tératogène.

III Conclusion :

Dans ce contexte de pandémie de COVID-19, il est nécessaire de dégager une stratégie de prise en charge de la femme gestante en Algérie.

Le groupe de travail du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Algériens, inspiré des autres collèges internationaux et essentiellement du collège Français CNGOF, propose un protocole d'organisation des soins et de prise en charge des cas possibles et confirmés de SARS-Covid-2 chez les femmes enceintes en Algérie.

Références bibliographique

1. Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Louis Mourier, Service de Gynécologie- Obstétrique Colombes, France, Université de Paris
2. Inserm UMR1027, Equipe SPHERE, Université Toulouse III, Toulouse, France.
3. Univ. Lyon, University Claude Bernard Lyon 1
4. Hospices Civils de Lyon, Hôpital de la Croix-Rousse, F-69004 Lyon, France;
5. Service de Gynécologie Obstétrique, maternité Aline de Crepy. Hôpital Bichat APHP, Université de Paris, FHU Prematurity INSERM U1016, Institut IMAGINE
6. Infection Control Unit, Bichat University Hospital, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Université de Paris, Paris, France.
7. Service de gynécologie obstétrique, hôpitaux universitaires de Strasbourg.

PROTOCOLE DE GESTION DE LA FEMME ENCEINTE

(Ces propositions sont inspirées des travaux des 1ere publications chinoises et des réflexions du CNGOF)

Pendant cette période on doit privilégier l'activité obstétricale au détriment de l'activité gynécologique (consultation et chirurgie)

La prise en charge technique des femmes enceintes pendant la pandémie nécessite certains ajustements :

1. Déterminer les cas contact, cas suspect, cas confirmé :

- Cas contact : toute personne qui a été en contact avec un cas suspect ou confirmé dans les 14 jours précédents
- Cas suspect : peut être défini chez la femme enceinte comme toute patiente fébrile et/ou avec des signes respiratoires (toux, dyspnée).
- Cas confirmé : tout cas suspect avec un résultat virologique positif au Covid-19.

2. Faire le tri des patientes :

On rappelle que les critères de sélection épidémiologique sont similaires à ceux de la population générale.

- Cas contact :
 - Confiner a domicile.
- Cas suspect :
 - Éliminer les autres causes de fièvre pendant la grossesse.
 - Orienter pour prélèvement dans un centre dédié à cette tâche.
 - Confiner a domicile en absence des critères d'hospitalisation.
- Cas confirmé :
 - Confinement à domicile en absence de SDR et infection respiratoire aigüe (IRA)
 - SDR léger ou IRA avec comorbidité : hospitalisation au service d'obstétrique.
 - SDR sévère : hospitalisation au service de réanimation.

Comorbidités à prendre en compte :

- Insuffisance rénale chronique dialysée.
- Insuffisance cardiaque.
- Cirrhose.
- Diabète insulino dépendant ou compliqué.
- Insuffisance respiratoire chronique.
- Immunodépression (médicamenteuse, VIH), Greffe d'organe.
- Hémopathie maligne, Cancer.
- Troisième trimestre de la grossesse et/ou en surpoids

3. Déterminer les modalités de prise en charge :

3.1 . Le confinement à domicile pendant 14 jours avec mesures de protection sous citées. concerne :

- les cas contacts
- Les patientes non prélevées mais symptomatiques.
- Les patientes prélevées en attente de résultat
- Les patientes prélevées, résultat négatif.
- Les patientes prélevées, résultat positif, ne répondant pas aux critères d'hospitalisation.

Règles à suivre à la maison :

- S'isoler dans une pièce.
- Se laver les mains fréquemment,
- Ne pas toucher d'objets communs
- Laver quotidiennement les surfaces fréquemment touchées (poignées, etc.)
- Porter un masque.
- Éviter tout contact avec les personnes fragiles (femmes enceintes, malades chroniques, personnes âgées...).
- Limiter au maximum les déplacements.

Surveillance ambulatoire :

- Auto surveillance par la prise de température
- Garder le contact avec l'équipe médicale par appel téléphonique si possible.
- Consulter en cas d'apparition de symptômes : toux, gêne respiratoire

3.2 . En cas d'hospitalisation dans un service de gynécologie-obstétrique :

- Respecter les mesures d'hygiène et de protection en intra hospitalier citées en encadré.
- Les prélèvements sanguins et la prise des constantes avec respect des mesures d'hygiène et de protection citées ci-dessous.
- La corticothérapie à visée de maturation fœtale doit être discutée aux cas par cas.
- En cas de difficultés respiratoires, le téléthorax est possible voir scanner thoracique.

Mesures d'hygiène et de protection en intra hospitalier :

- Isoler la patiente dans une pièce.
- Faire porter un masque de soin à la patiente.
- Pour les soignants : masque de soin, gants non stériles, lunettes de sécurité, charlotte, sur blouse ou combinaison casque de protection et des sur chaussures.
- Avant de sortir de la pièce, enlever gants et sur blouse et se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique.
- À l'extérieur : ôter le masque chirurgical, les lunettes et la charlotte, se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique.
- Désinfection des sondes et appareil échographie et ERCF (voir annexe 3)
- Limiter le nombre d'intervenants.

3.2 En salle de travail :

- Il n'y a pas de modification de la voie d'accouchement en raison de l'infection.
- Limiter le personnel contact, La parturiente ne doit être prise en charge que par une seule sage-femme (sauf situation d'urgence) avec mesures d'hygiène et protection déjà citée.
- La réanimation néonatale dans la salle d'accouchement, lorsque cela est nécessaire, n'est pas soumise à des conditions particulières.
- En cas d'hémorragie : équipe habituelle, en dehors des étudiants (externes, élèves SF, ...)
- Il faut prêter attention aux selles et vomis qui peuvent être porteuses de virus même si la virémie est absente ou très faible en général. (Voir annexe 1)
- En cas de césarienne : L'équipe habituelle avec port de masque chirurgical et des lunettes, et tenue d'isolement pour tous.
- Privilégier l'anesthésie locorégionale.
- Éviter le passage en salle de réveil habituel et maintenir l'isolement.

3.3 Dans le post partum :

- Pas de séparation mère-enfant mais l'éloigner.
- Allaitement non contre-indiqué.
- Port du masque par la mère et mesure d'hygiène.
- Pas de masque pour l'enfant. .
- Retour à domicile précoce.
- Mise au sein 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 conseillé de mettre le berceau à plus de 2 mètres du lit pour éviter la projection des particules.

3.4. Après sortie d'une mère positive et de son enfant après accouchement :

- Isoler a domicile pendant 14 jours
- Eviter le contact rapproché avec l'entourage.
- Auto surveiller sa température et lessymptômes.

3.5.PMA :

- Arrêt de toute stimulation ovarienne en FIV et hors FIV.
- Procéder a la vitrification embryonnaire pour un transfert différé loin de cette période pandémique pour patientes en cours de stimulation.
- Préférer le traitement chirurgical des GEU au traitement par methotrexate.

4. Conclusion :

IL est évident que ces propositions peuvent se modifier en fonction de l'évolution de la pandémie et des connaissances sur le COVID-19. En clair, rien n'est figé, tout peut se transformer .Cependant nous estimons que dans l'état actuel des choses c'est ce qu'il Ya de mieux à faire.

Président du CNGOAL

Pr. M.S. Oukid

Annexe 1 : Traitement des selles et vomis :

- Recouvrir complètement le déversement avec serpillères ou un champ absorbant l'eau.
- Verser une quantité suffisante de désinfectant contenant du chlore a 1000mg/L. (Annexe 2)
- Laisser agir au moins 30 minutes avant de retirer soigneusement le déversement.
- Placer les articles utilisés dans des sacs à déchets médicaux à double couche et les éliminer comme déchets médicaux.
- Désinfecter les surfaces de l'environnement ou des objets pollués après avoir retiré les déversements avec désinfectant contenant du chlore a 1000mg/L.

Annexe 2 : Désinfectant au chlore concentré a 1000mg/L :

- Ajouter 87,5ml d'eau de javel concentré à 12 % à 9,91 L d'eau et obtenir 10 L de désinfectant.

Annexe 3 : Nettoyage sondes d'ERCF et d'échographie :

- Détergent-désinfectant compatible avec le dispositif médical, sans alcool pour préserver les sondes (lingettes ou spray)
- Utiliser, à défaut, des lingettes imbibées à l'eau oxygénée ou a l'eau de javel a 5%