

PRISE EN CHARGE D'UNE PATIENTE SUSPECTÉE OU INFECTÉE PAR LE CORONAVIRUS (COVID-19) en ANTE et en POST PARTUM

Mise à jour en date du 30 Avril 2020

Proposition de PEC pour le STADE 3 de l'épidémie (Stratégie dite d'Atténuation)

→ **Déclaration systématique au réseau AURORE de toute patiente infectée**



Attention : perte de la notion géographique et de cluster
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 et anticiper les parcours de prise en charge
"des cas possibles".**

AUCUN PRELEVEMENT ne doit être réalisé sans l'aval de l'infectiologue référent.

(A défaut REB des H.C.L. sur le site de la CROIX-ROUSSE : Ligne biotox : 04 72 07 26 31)

→ **Tous les établissements avec une maternité assurent la prise en charge
de leurs patientes COVID 19 + ou COVID 19 suspectées.**

→ **Dans le cadre de l'épidémie, la présence du second parent est autorisée uniquement
en salle d'accouchement s'il est non symptomatique et en respectant le confinement.
Aucune visite n'est autorisée dans les différentes unités de la maternité.**

→ **Tout soignant au contact de patientes, quel que soit leur statut COVID + ou - ,
doit porter un masque chirurgical.**

Éléments abordés dans ce protocole :

A. Patientes enceintes concernées	p 3
B. Conduite à tenir	p 3
C. Hospitalisation des mères en anténatal	p 4
Critères d'hospitalisation	p 4
Pas de critères d'hospitalisation	p 5
Prise en charge en ambulatoire	p 6
D. Prise en charge lors de l'accouchement	p 6
E. Accueil en maternité du couple mère - enfant	p 7
F. Si mère hospitalisée en service de maladies infectieuses ou de réanimation	p 8
G. Si NN hospitalisé en néonatalogie	p 9
H. Allaitement	p 10
I. Retour à domicile	p 11
Annexe 1 Gestion des prélèvements d'un patient suspecté ou infecté	p 12

A. PATIENTES ENCEINTES CONCERNÉES

TOUTE PATIENTE PRÉSENTANT :

- UNE FIÈVRE ET/OU
- UNE TOUX, ET/OU
- UN SYNDROME D'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
- OU AUTRES SYMPTOMES ISOLÉS (forme atypique) : anosmie sans obstruction nasale, agueusie, confusion, maux de gorges, diarrhées, rhinorrhées, céphalées.

B. CONDUITE A TENIR

- Prévenir l'obstétricien senior de Garde et appel astreinte si activité importante.
- Il faut avoir un box dédié à l'accueil des urgences, en salle de pré-travail et en salle d'accouchement.
- Le personnel doit également être dédié : pas d'étudiant, si possible une sage-femme dédiée, prise des repas différé des autres soignants.
- Les mesures barrières pour les patientes et les soignants sont les suivantes :
 - Patiente à risque ou infectée : masque chirurgical à changer toutes les 3 heures, savon et gel hydro alcoolique à disposition, mouchoirs à usage unique.
 - Pour les soignants : sur-blouse, charlotte, gants, masque chirurgical, précautions d'hygiène habituelles rigoureuses à respecter scrupuleusement dans l'intérêt des autres patientes et soignants.
 - Pour les déchets et les draps : les mettre en poubelle jaune (*Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux = DASRI*)
 - Désinfection appareil échographie
 - Prélèvement diagnostique pour le TEST coronavirus à confirmer par le référent REB

Toute femme se présentant avec des symptômes de coronavirus et devant être hospitalisée devra être testée pour le coronavirus, même en l'absence de signe de gravité. Les prélèvements sanguins habituels doivent être effectués.

Cf. annexe 1 (page 12) : PRECAUTIONS MAXIMALES après formation obligatoire, chaque service de maternité doit être en mesure de faire ses propres tests (prélèvement à faire en journée, voir avec REB)

Masque FFP2

	GESTION DES PRELEVEMENTS D'UN PATIENT SUSPECT OU CONFIRME D'INFECTION PAR LE SARS-COV-2 (COVID-19)		
	Typologie	Version n° 2-- du 17 03 2020	Codification

Cf. vidéo sur qualité du prélèvement : https://www.youtube.com/watch?v=w_8Lk6n5T4s

Attention aux conditions de transport du prélèvement ++++

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.

C. HOSPITALISATION DES MÈRES EN ANTÉNATAL

Si transfert nécessaire de patientes vers un service de réanimation en dehors de votre établissement, composer le 15 qui a en charge cette régulation.

1) Critères d'hospitalisation conventionnelle / réa médicale en lien avec l'obstétricien sénior

Critères d'Hospitalisation conventionnelle

Pneumonie communautaire hypoxémiante oxygéo-requérante :

- Saturation en O₂ < 98% et
- Fréquence respiratoire > 22/min en air ambiant
- Ou infection respiratoire aiguë + comorbidité*

Critères d'Hospitalisation en réanimation

Pneumonie communautaire hypoxémiante oxygéo-requérante associée à une comorbidité * ou à une PaO₂ ≤ 70mmHg

*Comorbidités

- Patiente avec indice IMC > 30.
- 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).
- Grefe d'organe.
- Hémopathie maligne.
- Cancer métastaté.

- **Pour un SDRA : indication d'extraction à discuter en équipe pluridisciplinaire.**
- **Si 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.**
- **En cours d'hospitalisation : Respecter les mesures d'hygiènes et de protection.**

Prélèvements sanguins, prises de constantes possibles par Infirmière

Visites par Sage-femme, Interne et Sénior en respectant les mesures d'hygiène.

RFC une fois par jour.

- **En cas de difficultés respiratoires**, une imagerie thoracique peut se discuter et n'est pas contre indiquée. 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 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.
- **En cas d'atteinte pulmonaire** une antibiothérapie par amoxicilline dans le cadre d'une surinfection par un pneumocoque doit se discuter au cas par cas avec les infectiologues (beaucoup moins fréquente que pour la grippe).

- **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 deux 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.

2) Pas de critères d'hospitalisation

A l'heure actuelle nous recommandons de prélever toutes les femmes se présentant avec des symptômes de coronavirus et même en l'absence de signe de gravité. 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 avec respect des mesures d'hygiène. Elle doit respecter les mesures de confinement à domicile et consulter en cas d'aggravation des symptômes.

Patiente prélevée, résultat en attente (parfois long) : à considérer comme positive par défaut. Un retour à son domicile est possible en l'attente des résultats avec respect des mesures d'hygiène (Cf. encadré "PEC AMBULATOIRE").

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

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 (Cf. encadré "PEC AMBULATOIRE").

→ 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.

→ **Déclaration au réseau AUORE par mail** : corinne.dupont@chu-lyon.fr

Prise en charge en ambulatoire :

- Informer 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...).
- Expliquer 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.

D. PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT

Installation : passage en **salle de travail dédiée de la patiente. Port du masque (ANNEXE 2)**

L'autorisation de la **présence de l'accompagnant** sera appréciée par l'équipe médicale en fonction de la situation clinique de la mère, notamment la durée du travail, et de l'accompagnant lui-même.

En cas de symptômes chez l'accompagnant sa présence n'est pas acceptée. Il est recommandé qu'il soit confiné à domicile.

Dans les autres cas, sa présence est envisageable avec des mesures barrières et respect de mesure de confinement en box.

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

PEC en salle : SF unique dédiée à la patiente – habillage obligatoire. Limiter le personnel contact.

- Précaution air et contact, comprenant une casaque stérile à UU
- **Si Anesthésiste** : habillage obligatoire à l'identique de la SF
- **Pas de modification de la voie d'accouchement en raison de l'infection : Maintien des indications obstétricales classiques**
- **A l'accouchement : binôme SF avec un autre professionnel.**
- **Attention aux selles qui peuvent être porteuses de virus ++**
- **Virémie absente ou très faible en général**

Si césarienne ou situation d'urgence (hémorragie...) : équipe du bloc habituelle

- Port de masque FFP2, équipe habituelle présente, tenue d'isolement pour tous
- Eviter le passage en salle de réveil, surveillance salle de travail ou en service de réanimation.

Décontamination du box ou de la salle de naissance + appareil échographie et monitoring de mère avec infection confirmée ou en l'attente du résultat.

A la sortie de la patiente décontamination par AP/AS : matériel/surfaces/sol par déterSION au Surfanios®

Si décision prise avant même la naissance d'hospitaliser l'enfant en pédiatrie après l'accouchement, il doit être immédiatement séparé de sa mère sans aucun contact.

E. ACCUEIL EN SUITES DE NAISSANCE DU COUPLE MÈRE-ENFANT

1) Introduction

Le Center for Disease Control (CDC) recommande de séparer temporairement le nouveau-né de la mère atteinte de COVID19 (ou suspecte de l'être), mais il précise qu'il faut discuter avec la mère des bénéfices et risques de cette séparation temporaire.

Rapport bénéfices-risques :

- Les bénéfices de la séparation ne sont pas avérés. S'il existe un risque de transmission postnatale mère-enfant du SARS-CoV-2, il est impossible, sur la base des données actuellement disponibles, de préciser à la mère le niveau de ce risque. Nous n'avons pas de données montrant que Covid19 est à l'origine d'une morbi-mortalité significative chez le nouveau-né, même si le risque théorique de formes graves existe. Risque dont les parents doivent être informés.
- Les bénéfices de la proximité mère-enfant sont majeurs: établissement du lien mère enfant, mise en place de l'allaitement (grande richesse du lait colostrale en anticorps). NB : A titre d'information en cas de grippe chez une mère qui allaite, il est actuellement recommandé qu'elle continue d'allaiter.

2) En pratique

limiter le recours aux AINS.

Ne pas séparer la mère et l'enfant.

Lieu d'hospitalisation : un secteur dédié doit être prévu dans chaque maternité pour limiter le risque de transmission nosocomiale.

Le nouveau-né doit être maintenu avec sa mère en maternité. Les parents doivent être informés que le risque de forme grave chez leur bébé est extrêmement rare mais possible.

Aussi des mesures de prévention doivent être respectées :

- **Pour les parents :**
 - Masque chirurgical, savon et gel hydro-alcoolique à disposition, mouchoirs à usage unique.
 - La mère peut s'occuper de l'enfant en mettant un masque chirurgical et réalisant une hygiène des mains au SHA avant et après chaque soin
 - La mère ne doit pas sortir de la chambre sauf urgence médicale. Pas d'accès aux salles communes, aux réunions de sortie.
 - Durant le sommeil, la mère est séparée de l'enfant par une distance de 2 m, pour éviter les particules si la mère ne met pas ou déplace involontairement son masque.
 - **Le deuxième parent n'est pas autorisé à venir en maternité sauf le jour de la sortie.**
- **Quand l'enfant est placé en incubateur fermé, bien surveiller la température du nouveau-né. Visite pédiatrique en chambre.**
- **Ne jamais mettre de masque au nouveau-né et bien en informer les parents.**

3) Cas particulier si les parents refusent de prendre le risque d'être avec leur enfant

Les services des HCL n'ont pas de possibilité d'accueillir le nouveau-né seul de manière isolée, que ce soit en maternité ou en néonatalogie. Cette **situation doit donc être évitée autant que possible**, en rappelant aux parents le faible risque pour leur bébé et l'efficacité des mesures barrières lorsqu'elles sont bien conduites.

Si la situation n'est pas évitable (parents qui refusent catégoriquement ou nouveau-né né sous X de mère infectée par exemple) :

- La séparation est **immédiate**, sans contact entre la mère et l'enfant à la naissance.
- L'enfant est isolé par mise en **incubateur fermé**, si possible dans une pièce isolée à discuter en fonction de l'organisation de chaque service (situation exceptionnelle).
- Précautions d'hygiène pour les soins (gants, masque chirurgical, surblouses, charlotte), si la situation est à risque de générer des aérosols, utiliser un masque de type FFP2 et des lunettes de protection.
- Surveillance température pluriquotidienne pour le bébé.
- **Pas de visite.**

Cet isolement dure jusqu'à ce que les précautions d'isolement de la mère soient levées, ce qui relève d'une décision prise avec les infectiologues au cas par cas tenant compte des symptômes et de la gravité de la maladie, des résultats de recherche de SARS-CoV-2.

F. SI LA MÈRE EST HOSPITALISÉE EN SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES ou DE RÉANIMATION

Si l'état de la mère nécessite un transfert dans une unité de maladies infectieuses ou de réanimation, **le bébé reste en maternité.**

Accueil en chambre avec son père ou un membre de la famille :

- Précautions à respecter pour l'adulte présent (considéré comme cas contact ou malade) : masque chirurgical à changer toutes les 3h, savon et gel hydro-alcoolique à disposition, mouchoirs à usage unique.
- L'adulte ne doit pas sortir de la chambre durant le séjour. Pas d'accès aux salles communes, aux réunions de sortie.
- Durant le sommeil, l'adulte est séparé de l'enfant par une distance de 2 m, pour éviter les particules si l'adulte ne met pas ou déplace involontairement son masque.
- Quand l'enfant est placé en incubateur fermé, bien surveiller la température du nouveau-né.
- Visite pédiatrique en chambre
- Respect des règles de visites Covid19

Si aucun membre de la famille ne peut rester avec l'enfant, on rejoint la situation exceptionnelle du chapitre précédent.

G. SI LE NOUVEAU-NÉ EST HOSPITALISÉ EN NÉONATOLOGIE

L'état de santé du nouveau-né peut nécessiter une hospitalisation :

- Soit en cas de pathologie néonatale (prématurité, détresse respiratoire, pathologie chirurgicale, etc...)
- Soit en cas d'infection symptomatique à Covid19

1) Où hospitaliser l'enfant ?

En service de néonatalogie, et si l'état de santé de l'enfant le permet, l'hospitalisation en unité Kangourou doit être privilégiée. La prise en charge et les précautions sont alors les mêmes que celles de ce chapitre.

En cas de nécessité d'hospitalisation en soins intensifs ou réanimation, une discussion au cas par cas peut être faite avec le service de **réanimation pédiatrique**, si poids > 2 kgs et absence de pathologie néonatale nécessitant une prise en charge très spécifique et place disponible.

Dans la plupart des cas, le nouveau-né sera accueilli dans le service de néonatalogie :

- L'équipe de Néonatalogie fera son possible pour s'organiser localement afin d'accueillir l'enfant dans les meilleures conditions, en adaptant les moyens humains et matériels à la situation, et en utilisant au mieux les locaux à disposition. Il s'agit de prodiguer les soins nécessaires, tout en ne faisant pas courir de risque aux autres enfants hospitalisés. **Ceci peut nécessiter d'augmenter transitoirement le nombre d'infirmières (contacter le cadre de garde pour réajuster les effectifs).**
- En théorie l'enfant doit être hospitalisé en chambre seule, dans une pièce à pression négative ou air filtré par des HEPA (filtres à air à haute efficacité), ce qui n'est possible dans aucune unité de néonatalogie des HCL. **Il faut donc d'emblée envisager une procédure dégradée.**
- **Zone d'accueil dédiée**, avec paravent et présentoir pour habillage. **Délimiter la zone avec barrière.**

2) Dans quelles conditions ?

En cas de symptomatologie respiratoire ou de fièvre : prélèvement à la recherche de COVID19.

Précautions générales :

- Mesures barrières : précautions gouttelettes et contact
- Incubateur fermé
- Pas de peau à peau
- Si ventilation invasive ou non :
 - o Privilégier les aspirations en système clos
 - o Si aspiration conventionnelle : masque FFP2
 - o filtre anti-bactérien sur la branche expiratoire de la CPAP
- Gestion du matériel :
 - o Décontamination rigoureuse avec molécules habituelles
 - o Les SHA et détergents désinfectants traditionnels sont efficaces sur le virus.
 - o Utiliser du linge à usage unique.
 - o Utiliser des sacs poubelles jaunes pour les déchets et le linge. Les déchets et le linge sale doivent pour le moment être stockés dans le service et ne pas repartir dans les filières classiques.

Personnel :

- Infirmier dédié seul à effectuer les soins chez le(s) enfant(s) isolé(s), sauf en cas d'urgence vitale. Il doit éviter d'intervenir auprès des autres patients. Il privilégiera les tâches annexes.
- Les repas du professionnel dédié sont pris hors période de soins : ajustement de la planification des soins. Les enfants isolés sont alors confiés à 1 I(P)DE seul habilité à intervenir qui est identique sur toute la séquence de travail.
- Limiter les intervenants : Un seul et même médecin examine l'ensemble des enfants isolés. L'enfant isolé pour COVID19 est examiné en dernier.
- Pas d'étudiant auprès de(s) l'enfant(s) isolé(s).
- Tenue : masque chirurgical (sauf pour soins à risque de gouttelettes), surblouse, charlotte, gants, lunettes.

Visites :

- Les visites sont limitées aux seuls parents (cf. protocole SFN du 20.04)
- Port de masque chirurgical.
- Ne pas faire patienter de parents ni dans la salle d'attente ni dans le sas.

H. ALLAITEMENT

1) Pas de séparation mère-enfant

L'allaitement est autorisé :

- Soit administré au biberon par une soignante, après que la mère ait tiré son lait (tire-lait dédié, utilisé dans conditions d'hygiène correcte c-a-d masque et SHA, désinfection du tire-lait soigneuse après chaque utilisation) ;
- Soit au sein, avec port du masque chirurgical et application de SHA.

2) Séparation mère-enfant

L'allaitement est autorisé :

- La mère utilise un tire-lait dédié dans des conditions d'hygiène correctes, c'est-à-dire masque et SHA, nettoyage / désinfection du tire-lait soigneuse après chaque utilisation.
- Pas d'accès à la salle d'allaitement des services de néonatalogie.
- Désinfection des biberons à la lingette antiseptique avant mise au frigo et/ou au congélateur.
- Le lait est ensuite donné à l'enfant au biberon par un soignant.
- Envoi du lait maternel au lactarium pour un retour à son enfant autorisé.
- Dons au lactarium du lait maternel pour poolage lait féminin non autorisé.

I. RETOUR A DOMICILE

Le retour à domicile doit se faire dès que possible, selon les critères obstétrico-pédiatriques habituels.

Dans la situation standard, où tout va bien, la mère et l'enfant sont sortants en 2-3 jours.

En cas d'infection confirmée, la mère bénéficiera d'un suivi ambulatoire à mettre en place avec le médecin traitant ou la sage-femme. Elle devra porter un masque chirurgical pendant 14 jours, avec surveillance biquotidienne de la température, et contacter le SAMU 15 en cas de signes respiratoires, de fièvre etc.

Cet enfant est avec ses deux parents, qui sont soit cas confirmés, soit contact. Quoi qu'il en soit ils doivent prendre des précautions (masque chirurgical, SHA) dès qu'ils l'approchent et ceci pendant 14 jours.

Le père, contact par définition, est astreint à une surveillance biquotidienne de la température, et doit contacter le SAMU 15 en cas de signes respiratoires, de fièvre, etc.

Références :

- Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français : <http://www.cngof.fr/>
- Collège National des Sages – Femmes : <https://www.cnsf.asso.fr/>
- Association des SFL : <https://ansfl.org/>
- Fédération nationale des réseaux de périnatalité : <https://ffrsp.fr/>
- Société française de néonatalogie : <https://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/>
- Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique : <https://gpip.sfpediatrie.com/>
- Société de Réanimation de langue française : <https://www.srlf.org/>
- Schwartz et al. Potential Maternal and Infant Outcomes from Coronavirus 2019-nCoV (SARS-CoV-2) Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. *Viruses* 2020, 12, 194;
- Lu Q, Shi Y. Coronavirus disease (COVID-19) and neonate: What neonatologist need to know. *J Med Virol.* 2020 Mar 1.

	GESTION DES PRELEVEMENTS D'UN PATIENT SUSPECT OU CONFIRME D'INFECTION PAR LE SARS-COV-2 (COVID-19)		
	Typologie	Version n° 2-- du 17 03 2020	Codification
Emetteur : Institut des agents infectieux (IAI) Service de virologie		Validation : Dr M. BOUSCAMBERT Dr J.S. CASALEGNO	
Destinataire : services de soins, personnels de laboratoire, directions			

1 Objet

Cette procédure précise les conditions de conditionnement et d'acheminement des échantillons destinés au diagnostic de Covid-19 ou à la gestion des soins des patients suspects ou confirmés d'infection par le virus SARS-CoV-2, dans les groupements hospitaliers des HCL et les établissements partenaires.

L'évolution récente de la situation épidémique du SARS-Cov-2 (Circulation communautaire du SARS-CoV-2; passage au stade 3 du plan pandémique, données de la littérature sur la diminution de la mortalité) a conduit la Société Française de Microbiologie (SFM) à actualiser les recommandations sur la prise en charge et le transport des prélèvements biologiques pour le Diagnostic et la prise en charge des patients Covid-19.

Le diagnostic est réalisé par des équipes mixtes Virologie IAI et CNR des virus respiratoires / Institut des Agents Infectieux / Centre de Biologie Nord. Il est réalisé 7/7 avec un résultat rendu le jour même pour les tous les prélèvements arrivés au laboratoire avant 20H en semaine.

Il s'agit d'un diagnostic urgent qui suit une filière pré-analytique urgente. Il n'est plus nécessaire d'appeler le laboratoire avant chaque envoi. Les prélèvements réalisés dans les services d'urgences et de réanimation sont passés en priorité.

Dans le cadre de cette infection, les seuls prélèvements présentant un risque de contamination sont :

- **les prélèvements respiratoires**
(écouvillon ou aspiration naso-pharyngée, LBA, aspiration trachéo-bronchique, crachat, prélèvement bronchique distale protégé), air expiré, salive.
- **les selles**
(écouvillon ou selles matière)

Les prélèvements de sang, d'urines, de séreuses ou de LCR ne présentent pas de risque de contamination. Dans l'état actuel des connaissances, il n'y a pas de virus dans les urines, ni dans le LCR et les seules virémies observées chez des patients présentant des formes sévères sont inconstantes, de courte durée si elles existent, elles sont extrêmement faibles. Le risque d'une contamination par voie respiratoire lors de la manipulation d'un tube de sang est considéré comme nul.

	GESTION DES PRELEVEMENTS D'UN PATIENT SUSPECT OU CONFIRME D'INFECTION PAR LE SARS-COV-2 (COVID-19)		
	Typologie	Version n° 2-- du 17 03 2020	Codification

2 Champs d'application

Ce document est destiné aux services d'accueil des urgences, aux services de réanimation, aux unités de soins, aux plateaux techniques de biologie et de pathologie et aux directions de groupements.

3 Définitions et abréviations

CBP : Centre de Biologie et Pathologie

HCL : Hospices Civils de Lyon

IAI : Institut des Agents Infectieux

RTE : centre de réception et de tri des échantillons

CARF : cellule d'approvisionnement en réactifs et fournitures

4 Contenu

4.1 Dispositifs de Prélèvement recommandé

Face aux tensions d'approvisionnement sur les dispositifs de prélèvement, le laboratoire à décider d'élargir les références d'écouvillons utilisables pour le diagnostic Covid-19. Pour les services il faut continuer à commander la référence habituelle, le service de la CARF pourra en fonction de l'état des stocks la substituer par l'une des références suivantes. Ces échantillons sont conformes pour le laboratoire, et ne diminuent pas la performance des PCR respiratoires.

	GESTION DES PRELEVEMENTS D'UN PATIENT SUSPECT OU CONFIRME D'INFECTION PAR LE SARS-COV-2 (COVID-19)		
	Typologie	Version n° 2-- du 17 03 2020	Codification
Référence Fournisseur		Image	
MW951S Sigma Virocult® Ref HCL : 712038			
Références de substitution			
ESWAB Minitip BD®			
MW910S Sigma VCM™			
ESWAB Flexible Minitip BD®			

4.2 Conditionnement des prélèvements respiratoires et de selles

La réactualisation des recommandations repose sur le respect des conditions standards de conditionnement et d'acheminement des prélèvements respiratoires et de selles, identiques à celles mises en place lors des épidémies de grippe.

- Les Ecouvillons (Virocult, Eswab...) avec milieux de transport sont des contenants incassables (95 kPa). Ils doivent être transportés de façon standard (1 seul sac standard).

	GESTION DES PRELEVEMENTS D'UN PATIENT SUSPECT OU CONFIRME D'INFECTION PAR LE SARS-COV-2 (COVID-19)		
	Typologie	Version n° 2-- du 17 03 2020	Codification

- Les poudriers stériles (crachats, LBA, selles...) sont également envoyé au laboratoire dans des sacs standards. Nous attirons votre attention sur la nécessité de :
 - **bien visser hermétiquement les poudriers. Pour des raisons de sécurité un poudrier déversé dans son sac ne pourra pas être traité par le personnel technique.**
 - décontaminer systématiquement l'extérieur d'un tube ou poudrier qui aurait pu être souillé.

En cas de déversement de ces échantillons à la réception au laboratoire :

- 1) Manipuler le sachet avec des gants (port de gant obligatoire pour la prise en charge)
- 2) Ne pas ouvrir le sachet
- 3) Décontaminer la surface de réception selon le protocole en vigueur du laboratoire

4.3 Acheminement des prélèvements à risque respiratoires et de selles

Etant donné le faible risque d'accident et pour ne pas ralentir la prise en charge de ces examens urgents, l'utilisation du pneumatique est possible.

Pour rappel les échantillons envoyés par le pneumatique sont mis dans un sac « parachute » fermé.

Les demandes de diagnostic COVID-19 sont désormais tracées et enregistrées au RTE de départ.

Les prélèvements sont envoyés par le transport intersites au CBPN pour être pris en charge.

4.4 Conditionnement et acheminement des prélèvements de sang, de liquides de séreuses, d'urines, et de LCR

Les prélèvements de sang, de liquide de séreuses (pleurale, ascite, articulaire), d'urines ou de LCR ne présentent pas de risque de contamination lors de leur manipulation.

Ils doivent donc être conditionnés et acheminés selon les modalités standards, c'est-à-dire placés dans un sac classique et acheminés comme tous les autres prélèvements.

Ils peuvent être envoyés par le pneumatique et être manipulés sur les plateaux techniques de Biologie en respectant les précautions standards de manipulation des échantillons biologiques.

Les demandes de biologie standard de proximité et d'urgences réalisées sur les échantillons de sang, sont prises en charge sans délais par les plateaux techniques comme pour tout patient HCL.

	GESTION DES PRELEVEMENTS D'UN PATIENT SUSPECT OU CONFIRME D'INFECTION PAR LE SARS-COV-2 (COVID-19)		
	Typologie	Version n° 2-- du 17 03 2020	Codification

Il n'est donc pas nécessaire de modifier les modalités de réalisation de ces analyses y compris pour ces patients suspects ou confirmés COVID-19.

4.5 Prélèvements à risque pour examens hors microbiologie de biologie et de pathologie.

Les examens non microbiologiques réalisés sur les prélèvements à risques suivants ne sont plus réalisés hors contexte d'urgence :

- Prélèvements respiratoires y compris salive, air expiré
- Prélèvements de selles

Dans un contexte d'urgence ou de nécessité pour la prise en charge immédiate du patient, contacter la discipline concernée afin d'en définir les modalités techniques.