

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN OBSTETRIQUE ET NEONATOLOGIE

La France comptabilise environ 800 000 naissances par an et, selon les données scientifiques, **l'incidence et la gravité de la grippe augmentent avec le terme de la grossesse** aussi bien pour la future mère que pour le fœtus, notamment le risque d'accouchement prématuré qui est multiplié par 4¹.

Dans la grippe saisonnière, les femmes enceintes présentent déjà un risque accru de développer des pathologies graves : problèmes respiratoires liés à la diminution de la capacité respiratoire avec compression du diaphragme par le volume utérin et risque de surinfection accrue par la diminution des défenses immunitaires. Selon les experts, l'incidence et la gravité de la grippe augmentent avec le terme de la grossesse : les femmes enceintes au delà du premier trimestre sont plus souvent hospitalisées pour une atteinte cardio-pulmonaire que les femmes d'âge comparable non enceintes².

Le virus A(H1N1)2009 présente une contagiosité supérieure aux autres virus grippaux, ce qui rend les femmes enceintes plus vulnérables du fait de la perturbation de leur système immunitaire. Par ailleurs, ce virus atteint les cellules profondes à l'intérieur des poumons (alors que le virus saisonnier atteint préférentiellement les voies aériennes supérieures), ce qui contribue à la sévérité de la maladie³.

De ce fait, les femmes enceintes doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée, notamment en ce qui concerne la stratégie vaccinale contre le virus A(H1N1)2009.

Le suivi et la prise en charge des femmes enceintes dans une période de pandémie grippale nécessitent de préciser le cadre de ce dispositif et les moyens de protection incluant la prise en charge des nouveau-nés, sachant que la sollicitation du système de soins peut varier d'une situation sans surcharge spécifique à une charge de travail nécessitant sa réorganisation, suivant des modalités spécifiques qu'il convient de graduer.

NB : Une fiche spécifique a été élaborée durant la période estivale avec les professionnels de santé impliqués dans le domaine périnatal, sur la base des informations correspondant à la situation rencontrée alors dans les territoires français de l'hémisphère sud. Le dispositif qui y est décrit précise les modalités de prise en charge des femmes enceintes en situation pandémique. La situation actuelle ne nécessitant pas la mise en œuvre d'un tel dispositif, celui-ci ne sera activé que si la situation épidémiologique le nécessite.

Compte tenu de la situation telle qu'elle se présente actuellement, le dispositif de prise en charge des femmes enceintes est décrit ci-après. Ces recommandations seront adaptées en fonction de l'évolution de l'épidémie.



¹ EDWARDS MJ. *Effects of heat on embryos and fetuses* in Int.J.Hyperthermia 2003;19:295-324.

² NEUZIL KM. *Impact of influenza on acute cardiopulmonary hospitalizations in pregnant women* in Am.J.Epidemiology 1998;148:1094-1102

³ Robert A Childs, Angelina S Palma, Steve Wharton, Tatyana Matrosovich, Yan Liu, Wengang Chai, Maria A Campanero-Rhodes, Yibing Zhang, Markus Eickmann, Makoto Kiso, Alan Hay, Mikhail Matrosovich & Ten Feizi, *Receptor-binding specificity of pandemic influenza A (H1N1) 2009 virus determined by carbohydrate microarray* in Nature Biotechnology, 2009, vol27, n°9, pp797 – 799.

OBJECTIFS

Tant que le système de soins peut absorber le besoin de soins spécifique à la grippe A(H1N1)2009 des femmes enceintes et des nouveau-nés, il n'y a pas lieu de modifier leurs modalités de surveillance et de prise en charge, basées sur les principes suivants :

- éviter la contamination des femmes enceintes par le virus pandémique en privilégiant :
 - le respect des règles d'hygiène essentielles (http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_pour_les_personnes_malades_aout_2009.pdf) ;
 - l'organisation des services de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie afin de réduire les risques de contamination ;
- protéger le nouveau-né de la contamination par le virus pandémique ;
- Ne pas méconnaître les diagnostics différentiels potentiellement graves chez la femme enceinte (listériose, pyélonéphrite, etc.) et le nouveau-né ou le nourrisson (méningite, pyélonéphrite, etc.).

1 Principes généraux de prise en charge des femmes enceintes

Depuis la semaine 36 (année 2009), le seuil épidémique est dépassé en métropole pour la grippe A(H1N1)2009. Il a été franchi quelques semaines plus tôt dans les territoires français de l'hémisphère sud.

Au stade actuel, l'évolution de la situation ne nécessite pas la mise en place de mesures exceptionnelles, mais le rappel de règles simples pour prévenir la contamination des femmes enceintes et des nouveau-nés. Cependant, différentes conduites à tenir en cas de grippe ou de contact avec des cas de grippe sont précisées ci-dessous.

1.1 La surveillance des femmes enceintes

Les modalités du suivi habituel de la femme enceinte sont rappelées en annexe à la présente fiche.

Dans la situation actuelle, il n'est pas utile de modifier ces dispositions, cependant :

- dans le cadre d'un suivi en établissements de santé, il convient de se reporter aux précautions à prendre dans l'organisation de l'accueil dans les services de gynécologie obstétrique décrites ci-après ;
- dans le cadre de consultation dans le secteur ambulatoire, le médecin ou la sage-femme doit veiller à ce qu'une femme enceinte ou un nouveau-né ne se trouve pas en présence d'un patient grippé.

1.2 Les femmes enceintes fébriles

Les femmes enceintes fébriles, font l'objet d'une évaluation le plus rapidement possible, dans le but d'**éliminer les autres causes de fièvre**.

Rappel de la définition du syndrome grippal : personne présentant un syndrome respiratoire aigu à début brutal : signes généraux (fièvre >38° ou courbature ou asthénie) et signes respiratoires (toux ou mal de gorge) ou digestifs (diarrhée ou vomissements).

Si une femme enceinte présente un syndrome grippal :

- elle contacte son médecin traitant le plus rapidement possible (n'appeler le centre 15 qu'en cas d'urgence). Le médecin traitant décidera, éventuellement, de l'orienter vers un établissement de santé ;
- un traitement antiviral est prescrit, à dose curative⁴ et mis en œuvre immédiatement ;
- quand cela est possible, un prélèvement naso-pharyngé est réalisé et le traitement antiviral est interrompu si le résultat du test est négatif.

Dans tous les cas, le traitement antiviral doit être mis en œuvre le plus rapidement possible, au plus tard, dans les 48 heures après les premiers signes.

1.3 Les femmes enceintes en contact avec un sujet grippé.

Lors de la suspicion d'un cas de grippe dans l'entourage familial d'une femme enceinte non grippée, et en l'absence de vaccination contre la grippe A(H1N1)2009, la mise sous traitement antiviral en prophylaxie est recommandée, quel que soit le trimestre de grossesse et la présence ou non de facteurs de risque⁵.

Ce traitement antiviral prophylactique est mis en œuvre le plus rapidement possible, au plus tard, dans les 48 heures après le contact.

Si le cas de grippe dans l'entourage de la femme enceinte est infirmé, le traitement prophylactique est interrompu.

1.4 Les femmes enceintes au travail

La situation professionnelle de la femme enceinte en contact avec un cas de grippe en milieu de travail est à examiner en lien avec le médecin du travail qui évaluera le risque de contamination et proposera, éventuellement, une adaptation du poste de travail ou un changement d'affectation.

Il est rappelé les responsabilités suivantes :

- le médecin traitant est seul habilité à prescrire un arrêt de travail (pour la femme enceinte malade et pour les contacts malades de la femme enceinte) ;
- l'adaptation du poste de travail ou le reclassement d'un salarié est de la responsabilité du chef d'établissement, conseillé par le médecin du travail ;
- les mesures relatives aux personnes accueillies sur le lieu de travail (isolement des patients grippés, éviction des enfants grippés) sont de la responsabilité du chef d'établissement, conseillé par le médecin responsable de la prévention : médecin scolaire dans les établissements scolaires, médecin de l'établissement d'accueil des enfants de moins de six ans, praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène dans un établissement de santé.

NB : Pour les femmes enceintes travaillant dans un établissement de santé : se référer à la « Conduite à tenir devant des signes évocateurs de grippe en établissements de santé »⁶ ;

1.5 La vaccination des femmes enceintes

La vaccination est le meilleur moyen de se protéger de la grippe A(H1N1)2009. Elle est particulièrement recommandée pour les femmes enceintes.

⁴ Cf. <http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/IMG/pdf/C5.pdf>, fiche C5 du Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale », 2009.

⁵ Recommandation du CLCG du 12/08/2009

⁶ http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Grippe_H1N1_-_cas_hospitaliers.pdf

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP), dans son avis du 2 octobre 2009⁷ estime qu'à ce jour, la balance bénéfico-risque est en faveur du démarrage de la vaccination en commençant par les professionnels de santé et les populations identifiées en priorité 1. Parmi ces priorités 1 figurent notamment les femmes enceintes, sauf contre-indication à cette vaccination et en tenant compte des éléments qui suivent.

Femmes enceintes au 1^{er} trimestre de grossesse : le HCSP estime que les données disponibles ne montrent pas de sur-risque de complications liées à la grippe pour les femmes enceintes au premier trimestre de grossesse, par rapport à la population générale. En conséquence, il ne recommande pas cette vaccination pour les femmes enceintes lors du premier trimestre de grossesse, sauf avec un vaccin sans adjuvant pour celles qui présentent d'autres facteurs de risque de complications liées à la grippe.

Femmes enceintes au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse : le HCSP recommande de vacciner les femmes enceintes à partir du 2^{ème} trimestre de grossesse avec un vaccin fragmenté sans adjuvant. Cependant, en cas d'indisponibilité d'un vaccin fragmenté sans adjuvant, alors que les données épidémiologiques justifieraient une vaccination urgente, le HCSP recommande de les vacciner avec un vaccin fragmenté avec adjuvant.

Dans son avis du 28 octobre 2009, au vu de la situation épidémiologique actuelle, le HCSP recommande donc de proposer, aux femmes enceintes à partir du deuxième trimestre de la grossesse, le vaccin sans adjuvant, quand celui-ci sera disponible. Celui-ci devrait être disponible à partir du 20 novembre 2009 soit très peu de temps après le début de la campagne de vaccination grand public, le 12 novembre.

2 L'organisation des soins en service de gynécologie-obstétrique

2.1 Les principes généraux

Tant que la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés peut s'effectuer dans les conditions habituelles, il n'y a pas lieu de modifier l'organisation des services de gynéco-obstétrique, sauf en cas d'une femme enceinte grippée ou susceptible de l'être.

Afin de prévenir la circulation du virus à l'intérieur du service, **toute femme enceinte présentant des signes évocateurs de grippe est isolée dans une chambre à un lit ou, le cas échéant, dans une chambre à plusieurs lits avec d'autres patientes grippées.** Sur la question du regroupement éventuel des patientes grippées, il convient de se référer à la fiche sur la « Conduite à tenir devant la déclaration de signes évocateurs de grippe dans un établissement de santé » (http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Grippe_H1N1_-_cas_hospitaliers.pdf).

Les mesures décrites dans la présente fiche s'appliquent à l'ensemble des établissements de santé, publics, privés et PSPH.

2.2 Prise en charge aux urgences de gynécologie-obstétrique

L'accueil aux urgences obstétricales doit être organisé de façon à ce que toute patiente présentant des symptômes évocateurs de grippe :

- bénéficie d'un masque chirurgical ;
- soit orientée vers une pièce isolée pour une prise en charge adaptée avec mise en place des autres mesures barrières.

Rappelons que les femmes enceintes fébriles, font l'objet d'une évaluation le plus rapidement possible, dans le but d'**éliminer les autres causes de fièvre.**

⁷ http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20091002_H1N1.pdf

La décision d'hospitaliser une femme enceinte fébrile avec signes respiratoires est conseillée, notamment :

- en présence de signes de gravité maternels ou fœtaux ;
- en présence d'un autre facteur de risque de complication lié à la grippe (H1N1)2009 ;
- en cas de surinfection bactérienne respiratoire haute ou basse.

2.3 Prise en charge de l'accouchement et des suites de couches

L'accouchement doit avoir lieu dans l'établissement de santé initialement choisi.

Pour les femmes ne présentant pas de signes de grippe, la prise en charge n'est pas modifiée.

Devant toute parturiente présentant des signes évocateurs de grippe, les mesures barrières habituelles sont mises en place. La conduite à tenir devant toute femme enceinte fébrile (cf. 1.2) est appliquée.

Toute femme enceinte présentant des signes évocateurs de grippe sera isolée dans une chambre à un lit ou, le cas échéant, dans une chambre à plusieurs lits avec d'autres patientes grippées.

Hormis cette précaution, les modalités d'hospitalisation sont inchangées tenant compte de l'activité des services, des conditions de retour à domicile et du souhait des femmes.

Au domicile comme dans l'établissement, le port du masque anti projections (chirurgical) est recommandé pour la mère ainsi que pour les autres personnes qui présentent des signes cliniques et qui sont au contact rapproché avec le nouveau-né.

2.4 Prise en charge du nouveau-né

Le virus grippal ne franchissant qu'exceptionnellement la barrière placentaire, le nouveau-né est dans la majorité des cas indemne de cette pathologie.

Même en cas de signes évocateurs de grippe chez la mère, celle-ci n'est pas séparée de son enfant.

Il est important de rappeler à l'entourage les règles d'hygiène de base :

- le couple maman-bébé doit être maintenu à l'écart des personnes grippées ou suspectes de l'être;
- Le père ou les membres de la fratrie grippés doivent porter un masque anti-projections (chirurgical) en présence de la mère et du bébé et limiter au maximum les contacts avec le couple maman-bébé ;
- Les mères grippées doivent également porter un masque anti-projections (chirurgical) et respecter les mesures d'hygiène des mains.

L'allaitement maternel continue d'être privilégié dans le strict respect des mesures d'hygiène habituelles ou spécifiques. Le lait ne sera tiré que si la mère est trop malade pour allaiter son enfant en toute sécurité ou si le nouveau-né ne peut téter efficacement⁸.

Tout nouveau-né présentant des symptômes évocateurs de grippe sera pris en charge en service de néonatalogie (cf. point 3).

Dès que l'organisation des soins telle que décrite ci-dessus ne sera plus en mesure de prendre en charge les femmes enceintes et les nouveau-nés, des principes communs à tout établissement pourront être déployés pour permettre un renfort des équipes médicales et paramédicales. Ces moyens sont décrits dans la fiche Déprogrammation (cf. [Déprogrammation](#)) et précisés dans l'instruction du

⁸ Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) : *Breastfeeding and H1N1 Influenza A, Information for Physicians* – May 2009

3 L'organisation des soins en unité de néonatalogie et en unité de réanimation néonatale

Les principes énoncés pour l'organisation des services de réanimation adultes (**cf. Prise en charge des patients en réanimation**) doivent être respectés en néonatalogie quel que soit le secteur concerné (Réanimation, Soins intensifs, Pédiatrie néonatale).

Si l'enfant est suspect de grippe A(H1N1)2009, il est transféré dans une unité de néonatalogie où il est possible de l'isoler. Le personnel qui s'occupe de l'enfant, en plus des précautions habituelles, ainsi que les parents, devront porter une sur-blouse et un masque FFP2. L'allaitement maternel continue d'être privilégié.

Pour la réanimation néonatale, et compte tenu du fait que 80% des réanimations néonatales sont intégrées dans des unités mixtes avec la réanimation pédiatrique, il convient de se reporter à la fiche « **Prise en charge des patients en réanimation** ».

ANNEXE

Fiche « surveillance prénatale »

1 – Examens prénatals :

La surveillance prénatale comporte, pour une grossesse allant jusqu'à son terme, 7 examens prénatals répartis de la manière suivante :

- un premier examen prénatal avant la fin du troisième mois de grossesse, puis
- un examen prénatal mensuel à compter du 4^e mois de grossesse.
- un examen postnatal qui doit être réalisé dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement.

Chaque examen prénatal comporte un examen clinique, une recherche d'albuminurie et de glycosurie.

Certains examens comportent en outre des dépistages complémentaires prévus par voie réglementaire :

- premier examen prénatal (réalisé avant la fin du 3^e mois de grossesse). Il comporte lors d'une première grossesse, la détermination du groupe sanguin, si la femme ne possède pas de carte de groupe sanguin (2 déterminations). Il comporte également les dépistages de la syphilis, de la rubéole et de la toxoplasmose ainsi que la recherche des anticorps irréguliers (titrage des anticorps si recherche positive).
- A l'occasion de ce premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est proposé à la femme enceinte. Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin.
- Enfin toute femme enceinte est informée de la possibilité de recourir à un dépistage combiné permettant d'évaluer le risque de trisomie 21 (dépistage associant le dosage des marqueurs sériques du 1^{er} trimestre et les mesures échographiques de la clarté nucale et de la longueur cranio-caudale).
- quatrième examen prénatal (6^e mois de grossesse). Il comporte un dépistage de l'antigène HBS, une numération globulaire et la recherche des anticorps irréguliers chez les femmes rhésus négatif ou précédemment transfusées
- Du sixième ou septième examen prénatal : une 2^e détermination du groupe sanguin si nécessaire (8^e ou 9^e mois de grossesse)
- Du sixième et du septième examen (8^e et 9^e mois de grossesse) recherche d'anticorps irréguliers chez les femmes rhésus négatif ou précédemment transfusées.

Chez les femmes non immunisées contre la toxoplasmose, la sérologie est répétée chaque mois à partir du deuxième examen prénatal (4^e mois de grossesse).

2 – Echographies :

Trois échographies sont recommandées pendant la grossesse :

- Au 1^{er} trimestre (entre 11 et 13 semaines d'aménorrhée + 6 jours) : datation de la grossesse, identification et caractérisation des grossesses multiples, évaluation du risque d'anomalie chromosomique, dépistage de certaines malformations. C'est à cette période qu'est réalisée une information de la femme sur le dépistage de la trisomie 21 par marqueurs sériques maternels.

- Au second trimestre (entre 20 et 25 semaines d'aménorrhée) : dépistage de certaines malformations ;
- Au troisième trimestre (entre 30 et 35 semaines d'aménorrhée) : dépistage des retards de croissance intra utérins et de certaines malformations, localisation du placenta.

3 - La préparation à la naissance et à la parentalité

Elle comprend :

- 1- un entretien individuel précoce, proposé aux femmes enceintes et aux couples au début de la grossesse
 - 2- sept séances de préparation à la naissance proposées au cours de la grossesse
 - 3- un suivi après la naissance peut être mis en œuvre, notamment en cas de sortie précoce.
-