

# Lignes directrices quant à la prise en charge des patientes en obstétrique chez lesquelles la présence du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est soupçonnée ou probable, et des nouveau-nés issus de ces patientes

La présente directive clinique a été rédigée par le comité de médecine fœto-maternelle, analysée par le comité sur les maladies infectieuses et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

## AUTEURS PRINCIPAUX

Cynthia Maxwell, MD, Toronto (Ont.)  
 Alison McGeer, MD, Toronto (Ont.)  
 Kin Fan Young Tai, MD, Toronto (Ont.)  
 Mathew Sermer, MD, Toronto (Ont.)

## COMITÉ DE MÉDECINE FŒTO-MATERNELLE

Dan Farine (président) MD, Toronto (Ont.)  
 Melanie Basso, inf.aut., Vancouver (C.-B.)  
 Marie-France Delisle, MD, Vancouver (C.-B.)  
 Kirsten Grabowska, MD, Vancouver (C.-B.)  
 Lynda Hudon, MD, Montréal (Québec)  
 Savas Menticoglou, MD, Winnipeg (Man.)  
 William Mundle, MD, Windsor (Ont.)  
 Annie Ouellet, MD, Sherbrooke (Québec)

## COMITÉ SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

Mark H. Yudin (président) MD, Toronto (Ont.)  
 Marc Boucher, MD, Montréal (Québec)  
 Eliana Castillo, MD, Vancouver (C.-B.)  
 Béatrice Cormier, MD, Montréal (Québec)  
 Andrée Gruslin, MD, Ottawa (Ont.)  
 Deborah M. Money, MD, Vancouver (C.-B.)  
 Kellie Murphy, MD, Toronto (Ont.)  
 Caroline Paquet, sage-femme aut., Trois-Rivières (Québec)  
 Audrey Steenbeek, inf. aut., Halifax (N.-É.)  
 Nancy Van Eyk, MD, Halifax (N.-É.)  
 Julie van Schalkwyk, MD, Vancouver (C.-B.)  
 Thomas Wong, MD, Ottawa (Ont.)  
 Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

## Résumé

**Objectif :** Le présent document résume notre expérience limitée quant à la présence du SRAS pendant la grossesse et suggère des lignes directrices quant à sa prise en charge.

**Issues :** Les exposés de cas issus d'Asie laissent entendre que les issues maternelles et fœtales sont aggravées par la présence du SRAS pendant la grossesse.

**Résultats :** Des recherches ont été menées dans Medline afin d'en tirer les articles pertinents publiés en anglais entre 2000 et 2007.

**Mots clés :** Severe acute respiratory syndrome (SARS), pregnancy, perinatal morbidity, perinatal mortality, maternal morbidity, maternal mortality, acute respiratory distress syndrome (ARDS), neonatal care

Des exposés de cas ont été analysés et nous avons sollicité l'opinion de spécialistes.

**Valeurs :** Les recommandations ont été formulées conformément aux lignes directrices élaborées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

**Commanditaire :** La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

## Recommandations

1. Tous les hôpitaux devraient mettre en œuvre des systèmes de prévention des infections, afin de s'assurer que des alertes au sujet des modifications que connaissent les facteurs de risque d'exposition au SRAS ou à d'autres maladies transmissibles potentiellement graves sont communiquées sans tarder aux unités cliniques, y compris l'unité de travail et d'accouchement. (III-C)

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

### Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

\*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs<sup>40</sup>.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif<sup>40</sup>.

- En présence d'une éclosion de SRAS, toutes les patientes enceintes évaluées ou admises à l'hôpital devraient faire l'objet d'un dépistage des symptômes et des facteurs de risque du SRAS. (III-C)
- À leur arrivée au sein de l'unité de triage quant au travail, les patientes enceintes chez lesquelles la présence du SRAS est soupçonnée et probable devraient être placées dans une salle d'isolement dotée d'un système de ventilation à pression négative comptant au moins six renouvellements d'air à l'heure. Toutes les unités de travail et d'accouchement offrant des soins à des patientes chez lesquelles la présence du SRAS est soupçonnée et probable devraient disposer d'au moins une salle dans laquelle ces patientes peuvent connaître leur travail et leur accouchement en toute sûreté, et ce, malgré la nécessité d'assurer un isolement aérogène. (III-C)
- Dans la mesure du possible, le travail et l'accouchement (y compris l'accouchement opératoire ou la césarienne) devraient être pris en charge, dans une salle d'isolement désignée dotée d'un système de ventilation à pression négative, par du personnel désigné disposant d'une tenue de protection et d'une formation spécialisée en prévention des infections. (III-C)
- Tant l'anesthésie régionale que générale peuvent s'avérer adéquates pour l'accouchement des patientes atteintes du SRAS. (III-C)
- Les nouveau-nés issus de mères atteintes du SRAS devraient être isolés au sein d'une unité désignée jusqu'à ce que leur état ait été satisfaisant pendant 10 jours ou jusqu'à ce que la période d'isolement de la mère ait pris fin. La mère ne devrait pas allaiter pendant cette période. (III-C)
- Une équipe multidisciplinaire (comprenant des obstétriciens, des infirmières, des pédiatres, des spécialistes de la prévention des infections, des inhalothérapeutes et des anesthésiologistes) devrait être nommée au sein de chaque unité et être responsable de l'organisation et de la mise en œuvre des protocoles de prise en charge du SRAS de l'unité. (III-C)
- Le personnel offrant des soins aux patientes enceintes atteintes du SRAS ne devraient pas offrir leurs services aux autres patientes enceintes. Le personnel offrant des soins aux patientes enceintes atteintes du SRAS devraient activement faire l'objet d'une surveillance visant la fièvre et d'autres symptômes du SRAS. Ces personnes ne devraient pas travailler en présence de tout symptôme du SRAS se manifestant dans les 10 jours suivant une exposition à un patient atteint du SRAS. (III-C)
- Tous les professionnels des soins de santé, les résidents et les membres du personnel de soutien devraient bénéficier d'une formation sur la prise en charge et le confinement des infections afin de prévenir la propagation du virus du SRAS. (III-A)
- Les autorités sanitaires régionales, conjointement avec le personnel hospitalier, devraient envisager la désignation d'établissements ou d'unités de soins de santé particulières (y compris des centres de soins primaires, secondaires ou tertiaires) en ce qui concerne l'offre de soins aux patients atteints du SRAS ou de maladies semblables. (III-A)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 31, n° 4, 2009, p. 365–372

## INTRODUCTION

Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est apparu en 2003 sous forme de maladie grandement contagieuse et constituant un danger de mort. À la fin de 2003, au total, 8 096 cas avaient été identifiés à l'échelle internationale et 774 décès avaient été signalés<sup>1</sup>. Bien que la plupart des cas soient survenus en Asie du Sud-Est, 251 cas probables, 187 cas soupçonnés et 43 décès ont été signalés au Canada en septembre 2003<sup>2</sup>. Nous savons maintenant que le SRAS est causé par un nouveau coronavirus<sup>3-5</sup> et qu'il se propage facilement par l'intermédiaire de gouttelettes de salive et de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3963846>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3963846>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)