

Des arbitres scientifiques (en l'occurrence, le comité des maladies infectieuses de la SOGC) ont procédé à l'analyse de la présente directive clinique en mars 2015. Ils ont donné leur aval à la poursuite de son utilisation pour l'instant.

# N° 225-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.

Cynthia Maxwell, MD, Toronto (Ont.)

Alison McGeer, MD, Toronto (Ont.)

Kin Fan Young Tai, MD, Toronto (Ont.)

Mathew Sermer, MD, Toronto (Ont.)

\*Le 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). Le 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.

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

Auteur-ressource : Dr. Cynthia Maxwell, University of Toronto, Toronto, Ont. [CynthiaDr.Maxwell@sinahealthsystem.ca](mailto:CynthiaDr.Maxwell@sinahealthsystem.ca)

J Obstet Gynaecol Can 2017;39(8):e121–e129

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.04.025>

Copyright © 2017 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

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

Ce document fait état 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'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs 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 ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

**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).
2. 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).
3. 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).
4. 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).
5. Tant l'anesthésie régionale que générale peuvent s'avérer adéquates pour l'accouchement des patientes atteintes du SRAS (III-C).
6. 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).
7. 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).
8. 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).
9. 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).
10. 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).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696287>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696287>

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