



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Chirurgie gynécologique en période COVID+ – Recommandations de sortie de crise

Gynecologic surgery in the era of COVID-19 – Recommendations for deconfinement

M. Canis^a, P. Descamps^b, G. Dubernard^c, J.-P. Estrade^d, P. Mourtialon^e, H. Fernandez^{f,*}

^a Département gynécologie obstétrique, CHU d'Estaing, 63000 Clermont-Ferrand, France

^b Département gynécologie obstétrique, CHU d'Angers, 49100 Angers, France

^c Département gynécologie obstétrique, CHU de la Croix Rousse, 69000 Lyon, France

^d Département gynécologie obstétrique, clinique Bouchard Groupe Elsan, 13006 Marseille, France

^e Provence gynécologie, maison médicale de Provence, 13100 Aix-en-Provence, France

^f Service gynécologie obstétrique, GHU-Sud, CHU de Bicêtre, AP-HP, 78, rue du Général Leclerc, 94270 Le-Kremlin-Bicêtre, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 7 mai 2020

Accepté le 7 mai 2020

Disponible sur Internet le 11 mai 2020

Mots clés :

COVID

Déconfinement

Chirurgie gynécologique

Keywords:

COVID

Deconfinement

Gynecologic surgery

La fin de l'épidémie n'est actuellement pas prévisible et impose de définir des recommandations pouvant être conservées jusqu'à la fin de l'année 2020. Cette crainte est alimentée par les données chinoises sur la surmortalité en période d'épidémie et ceci quel que soit le statut COVID [1].

On pourrait résumer la problématique d'une phrase lapidaire : « Tout le monde est COVID+ jusqu'à preuve du contraire ».

À court terme, dans la discussion du déconfinement, il est nécessaire de s'adapter à l'environnement sanitaire régional, à la disponibilité du personnel médical et non médical et aux ressources d'équipements, ce qui implique que les recommandations émises devraient être adaptées. C'est le rôle de la SCGP face au souhait des ARS de définir une politique de sortie de crise. Une stratégie nationale de dépistage des patientes vis-à-vis du

COVID-19 doit être préconisée avant la prise en charge de leur pathologie gynécologique, bénigne ou maligne, pour à la fois les protéger d'une forme sévère de COVID-19 et protéger les équipes soignantes.

De plus, la prudence doit s'imposer, car la vérité de ce jour ne sera pas obligatoirement celle des prochaines semaines.

La téléconsultation est devenue une nouvelle opportunité comme premier contact avec les patientes pour « trier » celles qui doivent être vues physiquement et donc diminuer le nombre de celles qui doivent se déplacer ou bien prescrire les examens complémentaires nécessaires en fonction des symptômes avant de les voir physiquement pour limiter le nombre de venue à l'hôpital. Concernant le suivi ou la consultation postopératoire, la téléconsultation doit permettre d'éviter un nouveau déplacement. Bien sûr, la principale limite de la téléconsultation est l'impossibilité d'examiner les patientes, ce qui pose problème pour le suivi des cancers surtout utérins, mais tant que la situation épidémique n'est pas contrôlée, la téléconsultation reste préférable.

1. La salle d'opération

Les hygiénistes et la SFAR [2] s'appuient sur les recommandations du Haut Conseil de la santé publique qui conseille de maintenir la ventilation de la salle d'opération en surpression. Le risque de disséminer du virus dans les couloirs est très faible parce que l'air des salles est renouvelé 15 fois par heure. Si on attend 5 minutes avant d'ouvrir les portes après l'intubation ou l'extubation, le risque paraît faible. Il faut limiter les entrées et sorties de la salle d'opération. Par contre, il faut extuber en salle d'opération plus qu'en salle de réveil, qui n'est pas ventilée.

2. Cœlioscopie ou laparotomie

Les recommandations de l'ESGE [3] gardent une place à la laparotomie quand il existe un risque de plaie digestive ou une chirurgie complexe.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : herve.fernandez@aphp.fr (H. Fernandez).

Chez les patientes COVID+, le personnel doit être protégé, masque FFP2 et visière de protection des yeux semblent indispensables. L'intubation est faite avec peu de monde en salle et il ne faut pas ouvrir les portes dans les 5 minutes qui suivent. L'intubation est un moment à risque de contagion important et nécessite des protections pour l'anesthésiste qui doit être équipé de lunettes, d'une casaque de protection, de double paire de gant et de masque FFP2. Il faut vérifier les systèmes d'aspiration et, en particulier, les filtres disponibles sur les systèmes d'aspiration et la protection des personnels qui évacuent les déchets en fin d'intervention. Il est aussi très important de faire une check-list précise des instruments éventuellement nécessaires pour limiter le nombre d'ouverture des portes de la salle d'opération.

L'installation est traditionnelle. Ce sont les fumées qui sont dangereuses et pas le CO₂ insufflé initialement. Il faut privilégier les pressions basses entre 8 & 10 mmHg. Le chirurgien doit limiter les fuites du pneumopéritoine et leurs conséquences en limitant les productions de fumée, et en les aspirant. Les systèmes d'aspiration de fumées doivent comporter des filtres de type ULPA.

Les incisions utilisées pour la mise en place des trocarts doivent être aussi courtes que possible. Il paraît bien d'utiliser des trocarts à ballonnet pour limiter les fuites. Pendant l'intervention, le chirurgien doit pour chaque geste se poser la question d'une fuite induite par le geste et du moyen de l'éviter. Par exemple, l'ouverture du vagin ne doit plus être réalisée par coelioscopie. En fin d'intervention, les trocarts doivent être retirés après aspiration complète du pneumopéritoine.

Les réglages du bistouri doivent être aussi bas que possible. Il faut privilégier l'énergie bipolaire qui a un effet de dessiccation et qui produit de la vapeur d'eau, avec un réglage à 35–40 W. L'énergie monopolaire produit des débris cellulaires surtout si on utilise des voltages élevés (mode coagulation). De même, l'ultracision produit la rupture des cellules et la création d'aérosol. L'électrochirurgie a l'avantage de la montée en température qui, par effet thermique 70 à 100 °C, peut tout de même détruire certains virus. Il faut donc privilégier l'énergie bipolaire avec des instruments propres et des puissances faibles au mieux adaptées aux recommandations du constructeur de l'instrument.

Les sutures extracorporelles doivent être limitées pour éviter les fuites.

La coelioscopie a l'avantage de meilleures conditions de ventilation postopératoire chez des patientes fragiles. La coelioscopie doit rester la voie d'abord de référence toutes les fois que cela est possible par opposition à la laparotomie. Les risques possibles mais non confirmés peuvent être prévenus par une technique adéquate.

Pour contre-indiquer la coelioscopie, la bonne raison serait de contre-indiquer l'anesthésie générale. La question posée est celle du risque lié à l'intubation qui semble aggraver la maladie respiratoire et qu'il semble souhaitable d'éviter chez certaines de ces patientes. Cette discussion se fait au cas par cas avec l'équipe d'anesthésie et de réanimation. En situation d'urgence chirurgicale absolue (GEU rompue avec instabilité tensionnelle), une laparotomie a pu être proposée systématiquement mais la voie d'abord doit être discutée et toujours favoriser la coelioscopie quand elle est possible. Dans les situations d'urgence relative, anémie due à des ménorragies par exemple, l'intervention peut souvent être différée de quelques jours jusqu'à la guérison de la maladie COVID. Mais un grand nombre d'hystérectomies vaginales ou de gestes d'hystéro-résection sont réalisables avec une anesthésie loco-régionale. La concertation avec l'équipe d'anesthésie reste la clé à cette question comme la discussion dans l'équipe chirurgicale pour que le chirurgien le plus habitué à une voie d'abord officie.

3. Les perspectives de sortie de crise et les modalités de reprogrammation

La prévention du risque est déterminée par un interrogatoire (score à valider dans le futur), un test PCR, éventuellement couplé à un scanner thoracique puis dans les jours ou semaines à venir aux sérologies, en fonction des disponibilités logistiques de chaque centre et peut-être l'échographie pulmonaire. Cette prévention est à coupler avec celle émise par la SFAR, incluant la NFS pour déterminer une éosinophilie, une lymphopénie et une augmentation de la CRP, voire à d'autres examens, dont les demandes vont évoluer au cours des prochaines semaines.

L'information des patientes sur le contexte pathologique, la balance risque-bénéfice, l'existence d'une liste d'attente liée à la priorisation de certaines pathologies est le préalable indispensable.

Pour les chirurgiens, surtout libéraux, un contact avec leur assureur afin de confirmer qu'ils sont effectivement couverts paraît indispensable.

Une « cellule de crise » validant les programmes opératoires afin d'éviter des surcharges d'interventions pouvant être différées est à mettre en place au niveau de chaque bloc opératoire.

Deux situations, selon le statut COVID-19. Quel qu'il soit, il convient d'instaurer dans les blocs opératoires un circuit pour les patientes positives et dont la prise en charge chirurgicale ne peut être différée.

4. La patiente est COVID+

4.1. L'indication ne relève que de l'urgence non différable

L'indication ne relève que de l'urgence non différable :

- aspiration pour fausses couches ;
- IVG, même si on doit privilégier les méthodes médicales en évitant de se retrouver hors délais ;
- grossesses extra-utérine à traiter par coelioscopie ou Méthotrexate en fonction des indications qui ne changent pas ;
- torsion d'annexes ;
- IGH traitées par ponction-évacuation sous contrôle échographique ou coelioscopie en fonction de la situation clinique.

4.2. L'indication relève de l'urgence différable

Saignements utérins avec anémie (Hb < 10 g/L) nécessitant une hystérectomie opératoire, une hystérectomie, voire une embolisation, en l'absence de désir ultérieur de procréation ou un traitement médical par agonistes et supplémentation en fer.

Dans toutes ces situations, privilégier l'ALR quand cela est possible.

Les autres indications opératoires vont dépendre de la pathologie et du temps acceptable pour différer la prise en charge (maximum 4 semaines dans la majorité des cas).

La reprise de l'activité chirurgicale va dépendre des contraintes matérielles, drogues anesthésiques, matériels de ventilation et d'habillement des chirurgiens...

5. Pour la patiente COVID négatif ou supposée négative

Les cancers (en différant si possible l'intervention par l'instauration ou le prolongement d'une chimiothérapie uniquement quand celle-ci est indiquée), si le pronostic est bon et/ou si la chirurgie est le meilleur traitement et/ou si le fait de différer l'intervention est une perte de chance. Nous devons statuer sur l'indication opératoire après concertation multidisciplinaire (RPC)

et en lien les recommandations des sociétés de cancérologie et celle de l'Institut nationale du cancer. Ce n'est qu'en cas de difficultés d'accès au bloc opératoire du fait d'une structure saturée par les patients COVID-19 qu'une adaptation de la prise en charge peut être proposée [4]. L'absence de prise en charge d'une patiente atteinte de cancer est plus délétère qu'une prise en charge adaptée aux ressources médicales existantes.

La réalisation de registre de suivi des patientes est en cours.

Pour la chirurgie robotique, le cadre de suivi des recommandations est identique et doit surtout être en lien avec les autres spécialités utilisant le robot [5].

La chirurgie oncologique du sein sans reconstruction.

Les pathologies anémiantes avec inefficacité du traitement médical.

Les pathologies suspectes de néoplasie nécessitant une conisation, une hystérocopie, une cœlioscopie (chirurgie anexe).

Les pathologies douloureuses et résistantes au traitement médical (endométriase).

La question de la chirurgie d'infertilité pour les femmes d'âge > 38 ans (hystérocopie, cœlioscopie) doit être à mise en parallèle avec la possibilité de reprendre les traitements d'AMP.

L'urogynécologie est probablement à décaler, hormis le cas des prolapsus invalidant (stade IV).

Dans toutes les situations, COVID+ ou COVID-, si la patiente refuse la proposition thérapeutique, il apparaît nécessaire, à défaut de faire signer une lettre de refus, de tracer le désir de ne pas recevoir de soins au moment où celui-ci lui a été proposé.

Ces recommandations de sortie de crise ou de déconfinement ont pour but de recréer une activité chirurgicale pour limiter les pertes de chance thérapeutique et éviter d'observer un impact négatif en santé publique du à l'absence des traitements jugés nécessaires.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Annexe A. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.05.004>.

Références

- [1] Lei S, Jiang F, Chang Chen WS, et al. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of Covid-19 infection 2020. <https://www.journals.elsevier.com/eclinicalmedicine>.
- [2] www.sfar.org recommandations
- [3] www.esge.org recommandations
- [4] Akladios C, et al. Recommendations for the surgical management of gynecological cancers during the COVID-19 pandemic – FRANCOGYN group for the CNGOF. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2020;101729. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101729> [Epub ahead of print].
- [5] Kimmig R, et al. Robot assisted surgery during the COVID-19 pandemic, especially for gynecological cancer: a statement of the Society of European Robotic Gynaecological Surgery (SERGS). *J Gynecol Oncol* 2020;. <http://dx.doi.org/10.3802/jgo.2020.31.e59> [Epub 2020 Apr 3].