



Une mise au point sur les recommandations actuelles sur la pandémie à COVID-19 et prise en charge obstétricale

A review of COVID-19 pandemic recommendations and obstetrical care

Vicky Bolamba Lokomba¹

Correspondance

Vicky Bolamba Lokomba, MD, Ph D
Courriel: vikilokomba@gmail.com

Summary

Little is known about the effects of COVID-19 on pregnancy during its various stages of development. Current recommendations are based on evidence from studies on SARS-CoV 1 and few available studies on COVID-19. These recommendations are likely to evolve if new findings are made in the coming days.

Keywords: COVID-19, pregnancy, delivery, recommendations.

Received date: April 28, 2020

Accepted date: May 21, 2020

¹ Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa

Résumé

Peu de choses sont encore connues au sujet des effets de l'infection à COVID-19 sur la grossesse à ses différents stades d'évolution. Les recommandations actuelles sont basées sur les données factuelles des études sur le SARS-CoV 1 et des rares études sur la COVID-19 disponibles. Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer si des nouvelles découvertes étaient faites dans les jours à venir.

Mots-clés : COVID-19, grossesse, accouchement, recommandations

Reçu le 28 avril 2020

Accepté le 21 mai 2020

Introduction

Vers la fin de 2019, un nouveau coronavirus SARS-2 appelé Coronavirus disease (COVID-19) est apparu à Wuhan, province de Hubei, en Chine avant de se propager progressivement dans le monde et constituer la plus grande pandémie de l'histoire de l'humanité (1). A ce jour, ce virus a infecté plus de 2,8 millions de personnes et près de 200 000 en sont morts (2). Quoique les personnes âgées et les hommes soient les plus atteints, cette pandémie n'a malheureusement pas épargné les femmes enceintes. Les données sur l'influence réciproque de l'infection à COVID-19 sur la grossesse vice-versa, sont basées sur les évidences des études réalisées sur le Severe Acute Respiratory Coronavirus Syndrome (SARS-CoV) qui présente une similitude génétique avec la COVID-19 (3-5). En raison des changements physiologiques inhérents à la grossesse (élévation du diaphragme, augmentation de la consommation en oxygène, œdème de la muqueuse du tractus respiratoire), les femmes enceintes atteintes d'une infection des voies respiratoires inférieures présentent souvent une évolution plus préoccupante comparée aux femmes non enceintes. En effet, elles ont un taux plus élevé d'admission à l'hôpital et à l'unité de soins intensifs en vue d'une réanimation cardio-respiratoire (6-12).

En revanche, une étude récente réalisée en Chine a montré que les complications attendues telles que l'avortement spontané, le retard de croissance intra-utérin, l'accouchement prématuré, l'intubation et l'admission en soins intensifs étaient moins fréquentes que pour le SRAS-Cov (13-14). Ces données doivent, cependant être prises avec précautions compte tenu du nombre limité de cas, et de la courte durée de la période d'étude. La rareté d'études sur la COVID-19 et grossesse fait qu'il demeure encore des points d'ombres qu'il faille éclaircir notamment : les effets de la COVID-19 sur le fœtus au 1er trimestre, le risque de transmission verticale de la COVID-19, la possibilité pour la COVID-19 d'induire des lésions placentaires et le risque de transmission verticale de la COVID-19 en fonction de la voie d'accouchement (13). Malgré cela, les quelques données probantes disponibles ont permis aux différentes sociétés savantes de Gynécologie et Obstétrique d'établir des directives et des recommandations pour la pratique clinique (6, 15-18). Elles permettent de guider les praticiens dans la prise en charge des patientes infectées par la COVID-19 pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum et l'allaitement maternel (19-21). Dans cet article, nous présentons les quelques recommandations des sociétés savantes de Gynécologie et Obstétrique des États-Unis d'Amérique, du Canada, de la France ainsi que de la Fédération internationale des gynécologues obstétriciens que nous avons adapté à notre milieu.

Recommandations de prise en charge obstétricale des patientes COVID-19

Soins prénataux

- Les femmes suspectes ou celles qui ont été exposées à la COVID-19 doivent, dès qu'elles se présentent à la formation sanitaire, passer par le triage où elles recevront un masque chirurgical avant d'être rapidement transférées dans une chambre individuelle où les précautions relatives à l'infection par gouttelettes ou par contact doivent être adéquates.
- Des prélèvements des échantillons doivent être rapidement effectués conformément aux

lignes directrices et recommandations de l'équipe de riposte

- La prise en charge à domicile peut être appropriée pour celles qui ne nécessitent aucune intervention.
- Les prestataires de soins de santé doivent envisager de reporter le rendez-vous des consultations prénatales pour les femmes suspectes ou exposées à COVID-19. Ils doivent de se mettre eux-mêmes en quarantaine, en cas de contact avec ces gestantes et se signaler à l'équipe de riposte pour un suivi.
- Les prestataires de soins de santé doivent porter des masques de type N 95 identiques à celles utilisées dans les interventions ayant recours à des générateurs d'aérosols (p. ex. intubation).
- Les femmes ayant un diagnostic confirmé de COVID-19 ou de maladie respiratoire sévère doivent être mises sous Azithromycine par voie orale pour les patientes dont l'état est stable et sous Ceftriaxone pour les atteintes sévères.
- Les gestantes suspectes ou celles qui ont été exposées à COVID-19 doivent bénéficier d'une surveillance étroite, et avoir la possibilité d'être prise en charge précocement en cas de complication obstétricale.
- La corticothérapie ante-partum pour maturation pulmonaire fœtale peut être envisagée si l'accouchement avant terme est indiqué ou envisagé en fonction de l'état maternel.
- La surveillance ante-partum de la croissance et de l'anatomie des fœtus des mères confirmées COVID-19 devrait être effectuée mensuellement
- Soins pendant le travail d'accouchement
- Lors de l'administration des soins et de la surveillance des parturientes, les prestataires de soins doivent prendre des précautions pour ne pas être contaminé par gouttelettes ou par contact, en portant un masque chirurgical, des lunettes/ visière pour la protection oculaire, une blouse chirurgicale, des bottes et une double paire de gants.

- L'utilisation d'un masque N 95 doit être réservée aux interventions utilisant des générateurs d'aérosols (p. ex. intubation).
- Le nombre de prestataires de soins dont la présence n'est pas nécessaire dans la salle d'accouchement devra être réduit au minimum, ainsi que les membres de la famille et de contacts familiaux symptomatiques.
- L'utilisation du monitoring pour la surveillance fœtale intra-partum ne doit être envisagée qu'en cas de signes de détresse fœtale.
- La césarienne ne doit être réservée qu'aux indications obstétricales.
- La parturiente doit garder son masque chirurgical sur la table l'accouchement pour réduire la projection des gouttelettes lors des efforts de poussée; l'accoucheur doit se protéger pour ne pas être contaminé par gouttelettes ou par contact, en portant un masque chirurgical, des lunettes/visière pour la protection oculaire, une blouse chirurgicale, des bottes et une double paire de gants. Le port d'un masque N95 n'est pas nécessaire, car les efforts de poussée ne génèrent pas plus d'aérosol
- lors de la césarienne sous anesthésie générale avec intubation, les prestataires de soins présents dans la salle d'opération doivent porter le masque N95, car l'intubation est considérée comme une intervention génératrice d'aérosols.
- Il convient de continuer à appliquer les pratiques courantes telles que le contact peau à peau (la mère doit porter un masque et s'être désinfectée les mains) et le clampage retardé du cordon.
- Lorsqu'une césarienne a été programmée, elle doit être reportée, si possible, jusqu'à ce que la femme ne soit plus considérée comme contagieuse.
- En cas de transfert d'une gestante ou d'une parturiente, toutes les précautions doivent être prises afin de réduire au minimum l'exposition des autres prestataires de soins et patients de l'hôpital.
- Il est préférable d'accoucher les patientes COVID-19 à l'hôpital plutôt qu'à domicile, à

cause des difficultés d'assurer la présence d'un équipement de protection personnelle approprié à la maison, de la possibilité d'effectuer une césarienne éventuelle et de prendre en charge une détresse fœtale.

- Peu importe l'âge gestationnel auquel une femme enceinte a contracté la COVID-19, le nouveau-né doit subir un test de dépistage de la COVID-19 à la naissance (c.-à-d. prélèvement par écouvillon nasopharyngé et écouvillon ombilical pour l'amplification en chaîne par polymérase liée à la COVID-19).

Soins post-partum et néonataux

- Lors de l'administration des soins aux accouchées, les prestataires de soins doivent prendre des précautions pour ne pas être contaminé par gouttelettes ou par contact, en portant un masque chirurgical, des lunettes/visière pour la protection oculaire, une blouse chirurgicale et une double paire de gants.
- Les nouveau-nés doivent être isolés de leurs mères pendant au moins 14 jours ou jusqu'à ce que les précautions d'isolement pour la mère ne soient plus nécessaires.
- Les mères doivent se désinfecter les mains et porter un masque lorsqu'elles s'occupent de leurs nourrissons
- L'allaitement maternel n'est recommandé que lorsque les précautions d'isolement de la mère ne sont plus nécessaires, pour cela la mère doit se désinfecter les mains et porter un masque lorsqu'elle allaite son bébé. Il est possible que la mère transmette des anticorps au nourrisson par le lait maternel; toutefois, il existe peu de données probantes sur cette transmission, et les bienfaits potentiels sont incertains.

Conclusion

L'influence de la COVID-19 sur la gravidopuerpéralité et de la grossesse sur l'évolution de l'infection à COVID-19 reste à élucider. Les études actuelles et ultérieures, nous permettront de mieux comprendre leurs effets réciproques et d'adapter les directives et recommandations sur la prise en charge de cette infection pendant la grossesse. Ces dernières devront s'appuyer sur des évidences scientifiques et doivent être régulièrement mises à la disposition des praticiens à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays, en vue d'une prise en charge optimale des patientes.

Conflit d'intérêt
Aucun

Références

1. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) situation report 1 (21 January, 2020). Disponible sur : <https://who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Consulté le 27 avril 2020.
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) situation report 97 (26 april, 2020). Disponible sur : <https://.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Consulté le 27 avril 2020.
3. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, *et al.* Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* 2020; **395** (10224):565-574.
4. Hamming I, Timens W, Bulthuis MLC, Lely AT, Navis GJ, van Goor H. Tissue distribution of ACE2 protein, the functional receptor for SARS coronavirus. A first step in understanding SARS pathogenesis. *J Pathol* 2004; **203**: 631–637.
5. To KF and Lo AW. Exploring the pathogenesis of severe acute respiratory syndrome (SARS): the tissue distribution of the coronavirus (SARS-CoV) and its putative receptor, angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2). *J Pathol* 2004; **203**: 740–743.
6. Rasmussen S, Smulian JC, Lednicky JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol* 2020 ; **222**(5) : 415-426.
7. Wong SF, Chow KM, Leung TN, Ng WF, Chek CC, Ng PC, *et al.* Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2004; **191**: 292–297. doi:10.1016/j.ajog. 2003. 11.019.
8. Maxwell C, McGeer A, Tai KFY, Sermer M. No. 225-Management Guidelines for Obstetric Patients and Neonates Born to Mothers With Suspected or Probable Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). *J Obstet Gynaecol Can* 2017; **39** (8): e130–e137. doi:10.1016/j.jogc. 2017. 04.02
9. Zhang JP, Wang YH, Chen LN, Zhang R, Xie YF. [Clinical analysis of pregnancy in second and third trimesters complicated severe acute respiratory syndrome]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2003; **38**: 516-520.
10. Robertson CA, Lowther SA, Birch T, Tan C, Sorhage F, Stockman L, *et al.* SARS and pregnancy: A case report. *Emerg Infect Dis* 2004; **10**: 345-348.
11. Yudin MH, Steele DM, Sgro MD, Stanley E, Kopplin P, Gough KA. Severe acute respiratory syndrome in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005; **105**: 124-127.
12. Schwartz DA, Graham 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**: 178-194.
13. Huijun Chen, Juanjuan Guo, Chen Wang, Fan Luo, Xuechen Yu, Wei Zhang, *et al.* Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet* 2020; **395** (10226): 809-815.
14. Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? Published Online February 12, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30365-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30365-2).
15. Lam CM, Wong SF, Leung TN, Chow KM, Yu WC, Wong TY, *et al.* A case-controlled study comparing clinical course and outcomes of pregnant and non-pregnant women with severe acute respiratory syndrome. *BJOG* 2004; **111** (8):771-774.
16. Zhang L, Jiang Y, Wei M, Cheng BH. Analysis of the Pregnancy Outcomes in Pregnant Women With COVID-19 in Hubei Province [Article in Chinese]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2020; **55** (3): 166-171.
17. Liu Y, Chen H, Tang K, Guo Y. Clinical manifestations and outcomes of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. *J Infect* 2020; doi: 10.1016/j.jinf.2020.02.028.
18. Skoll A, Boutin A, Bujold E, Burrows J, Crane J, Geary M, *et al.* Antenatal Corticosteroid Therapy for Improving Neonatal Outcomes. *J Obstet Gynaecol Can* 2018 ; **40** (9): 1219-1239.
19. Elwood C, Boucoiran I, Van Schalkwyk J, Money D, Yudin M, Poliquin V. Opinion de comité de la SOGC-COVID-19 pendant la grossesse (13 mars 2020). <https://www.sogc.org/fr/content/featured-news/D%C3%a9claration-de->

- la-SOGC%E2%93COVID-19.aspx Consulté le 27 avril 2020.
20. Petiprez K, Pauchet-Traversat AF, Droy A. HAS- Réponses rapides dans le cadre du COVID-19-Continuité du suivi des femmes validée par le collège (1^{er} avril 2020). Disponible sur <https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXiti> consulté le 27 avril 2020.
21. Petiprez K, Pauchet-Traversat AF, Droy A. HAS- Réponses rapides dans le cadre du COVID-19-Continuité du suivi des femmes et de leurs enfants validée par le collège (1^{er} avril 2020). Disponible sur <https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXiti> consulté le 27 avril 2020.