



# OBSTETRIQUE ET COVID 19

---

Manuel de  
Formation

---



## NOTRE CARTE ROUTIERE

Nous nous proposons dans ce manuel de répondre aux interrogations que peuvent se poser les praticiens dans leurs exercices quotidiens en s'appuyant sur les données de la littérature et les recommandations internationales et des différentes sociétés savantes.



---

# Préface

Ce module rédigé par des professeurs de différentes disciplines choisis pour leurs compétences et engagements a pour objectif d'offrir aux résidents de gynécologie Obstétrique et aux sages-femmes, un support pratique et adapté pour répondre au mieux à la prise en charge des problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement en relation avec le COVID19.

Il ne s'agit pas d'un manuel de référence en gynécologie-obstétrique mais d'un manuel de formation pratique pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux nés dans le contexte de la pandémie du COVID19. Des nouvelles connaissances sur la pandémie émergent chaque jour, les recommandations fournies dans ce manuel prennent en considérations les recommandations internationales de l'OMS en s'adaptant au contexte national Tunisien, avec les meilleures connaissances disponibles au moment de sa rédaction et utilise une approche interactive d'évaluation des connaissances des apprenants.

C'est un effort qui vise à la continuité des services de santé maternelle et néonatale, en toute sécurité, en vue de lutter contre les risques de mortalité et de morbidité, pouvant résulter de la survenue du COVID19.

Dr Rym Fayala  
Chef de bureau de l' UNFPA

---



## Ce travail a été rédigé par

- **Dr Bouchahda Rim** : Assistante Hospitalo-Universitaire en Gynécologie Obstétrique, centre de maternité et de néonatalogie Farhat Hached, Sousse.
- **Pr Ag Khlifi Abdeljalil** : Professeur Agrégé en Gynécologie Obstétrique, centre de maternité et de néonatalogie Farhat Hached, Sousse.

### En Collaboration Avec :

- **Pr Khairi Hedi** : Professeur en Gynécologie Obstétrique, chef de service, centre de maternité et de néonatalogie Farhat Hached, Sousse.
- **Dr Masmoudi Marwa** : Résidente en Gynécologie Obstétrique, centre de maternité et de néonatalogie Farhat Hached, Sousse.
- **Pr Ag Dimassi Kaouther** : Professeur Agrégé en Gynécologie Obstétrique, centre de maternité et de néonatalogie Mongi Slim, La Marsa.
- **Pr Hidar Samir** : Professeur en Gynécologie Obstétrique, centre de maternité et de néonatalogie Farhat Hached, Sousse.
- **Pr Boughizane Sassi** : Professeur en Gynécologie Obstétrique, centre de maternité et de néonatalogie Farhat Hached, Sousse. Président du Collège National Tunisien de Gynécologie Obstétrique.
- **Pr Ag Mathlouthi Jihène** : Professeur Agrégé en Néonatalogie, centre de maternité et de néonatalogie Farhat Hached, Sousse.
- **Pr Mahdhaoui Nabiha** : Professeur en Néonatalogie et cheffe de service de néonatalogie, centre de maternité et de néonatalogie Farhat Hached, Sousse.
- **Pr Ag Mahjoub Mohamed** : Professeur Agrégé en Médecine communautaire et préventive, service d'hygiène hospitalière, Farhat Hached, Sousse.
- **Pr Njeh Mansour** : Professeur en Médecine communautaire et préventive, service d'hygiène hospitalière, Farhat Hached, Sousse.
- **Dr Laadheri Rayhane** : Service de pharmacie. Hopital Farhat Hached. Sousse.
- **Dr Derouiche Mouna** : Assistante Hospitalo-Universitaire en Gynécologie Obstétrique, centre de maternité et de néonatalogie Farhat Hached, Sousse.

# SOMMAIRE

08 INTRODUCTION

09 LE VIRUS EN CAUSE

10 LA TRANSMISSION DU VIRUS

11 LA SURVIE DU VIRUS HORS DE L'ORGANISME

13 PARTICULARITES DE LA FEMME ENCEINTE

Effets du virus chez les femmes enceintes

Effets du virus sur le fœtus

La symptomatologie clinique

16 LE SUIVI PRENATAL ET ECHOGRAPHIQUE DES FEMMES ENCEINTES EN PERIODE D'EPIDEMIE

Le suivi échographique

Les consultations prénatales

Grossesse normale

Grossesses pathologiques

En cas de cas suspect



## 20 **LA PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME ENCEINTE SUSPECTE OU INFECTEE PAR LE CORONAVIRUS (COVID-19)**

Au box de triage  
Devant un cas suspect  
    Le bilan initial  
    Les critères d'hospitalisation  
    La prise en charge en cas d'hospitalisation  
    En l'absence des critères d'hospitalisation

## 25 **LA PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE D'UNE FEMME ENCEINTE SUSPECTE OU INFECTEE PAR LE CORONAVIRUS (COVID-19) LORS DE L'ACCOUCHEMENT**

En salle de travail  
Durant le travail  
Pendant l'Accouchement

## 32 **LA PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE D'UN NOUVEAU NE DE FEMME ENCEINTE SUSPECTE OU INFECTEE PAR LE CORONAVIRUS (COVID-19) EN POST PARTUM**

Nouveau-né asymptomatique de mère suspecte d'infection COVID-19  
Nouveau-né asymptomatique de mère porteuse du COVID-19  
Le suivi du nouveau-né après sa sortie

## 35 **LA PRISE EN CHARGE DE LA MERE SUSPECTE OU INFECTEE PAR LE CORONAVIRUS (COVID-19) EN POST PARTUM**

## 43 **LES REFERENCES**



## INTRODUCTION

Le COVID-19 est une maladie infectieuse émergente, provoquée par le coronavirus sars-cov-2.

Elle a débuté en novembre/décembre 2019 dans la ville de WUHAN, en Chine centrale, puis s'est propagée dans le monde entier.

Le 11 mars 2020, L'OMS a déclaré l'épidémie de covid-19 comme une pandémie.

Face à cette crise sanitaire mondiale, le Collège National de Gynécologie Obstétrique Tunisien en collaboration avec UNFPA Tunisie tient à mettre à la disposition de tous les médecins exerçants en Gynécologie obstétrique une proposition de prise en charge de toute femme suspecte/atteinte de Covid-19 (SARS-COV2) inspirée des recommandations internationales et des observations recensées dans la littérature jusqu'à ce jour.

Les priorités sont la dispensation de soins sûrs aux femmes avec Covid-19 suspecté/confirmé, la protection du personnel soignant et la réduction de la transmission ultérieure.

---

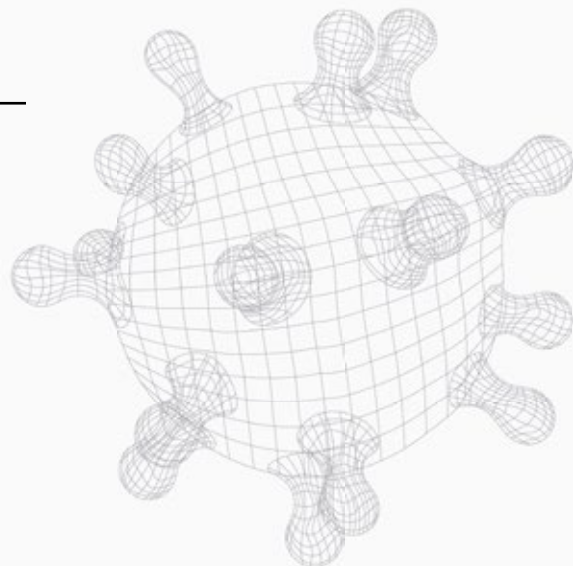


## QU'EST-CE QUE LE CORONAVIRUS 2019 N-COV ?

Le coronavirus SARS-CoV-2, est une souche de l'espèce SARSr-CoV du coronavirus. Il est responsable d'une pneumonie atypique émergente ; la maladie à coronavirus 2019, dite Covid-19.

Les coronavirus (dont le SARS-CoV-2) sont très vulnérables au savon, aux solutions hydro-alcooliques et aux désinfectants ménagers courants, ainsi qu'aux désinfectants industriels et hospitaliers adaptés ; car leur enveloppe protectrice n'est qu'une simple couche de lipides.

Le virus peut être isolé 1 à 2 jours avant le début des symptômes. La Charge virale nasopharyngée est identique chez les patients symptomatiques et asymptomatiques. Elle persiste 7 à 15 jours. Après cette période, les patients sont généralement considérés comme non transmetteurs.



## QUELS SONT LES MODES DE TRANSMISSION ?

Il s'agit d'une transmission interhumaine.

La maladie peut se transmettre d'une personne à l'autre soit :

- Par le biais de gouttelettes respiratoires expulsées par le nez ou par la bouche lorsqu'une personne tousse ou éternue.
- Ces gouttelettes se retrouvent sur des objets ou des surfaces autour de la personne en question. On peut alors contracter la COVID-19 si on touche ces objets ou ces surfaces et si on se touche ensuite les yeux, le nez ou la bouche ou directement en inhalant l'air contaminé. C'est pourquoi il est important de se tenir à plus d'un mètre d'une personne malade. (Figure 1)
- Une transmission oro-fécale à craindre en cas de symptomatologie gastro-intestinale. En effet, le virus peut se transmettre aussi par les selles, cependant, la virémie est faible.

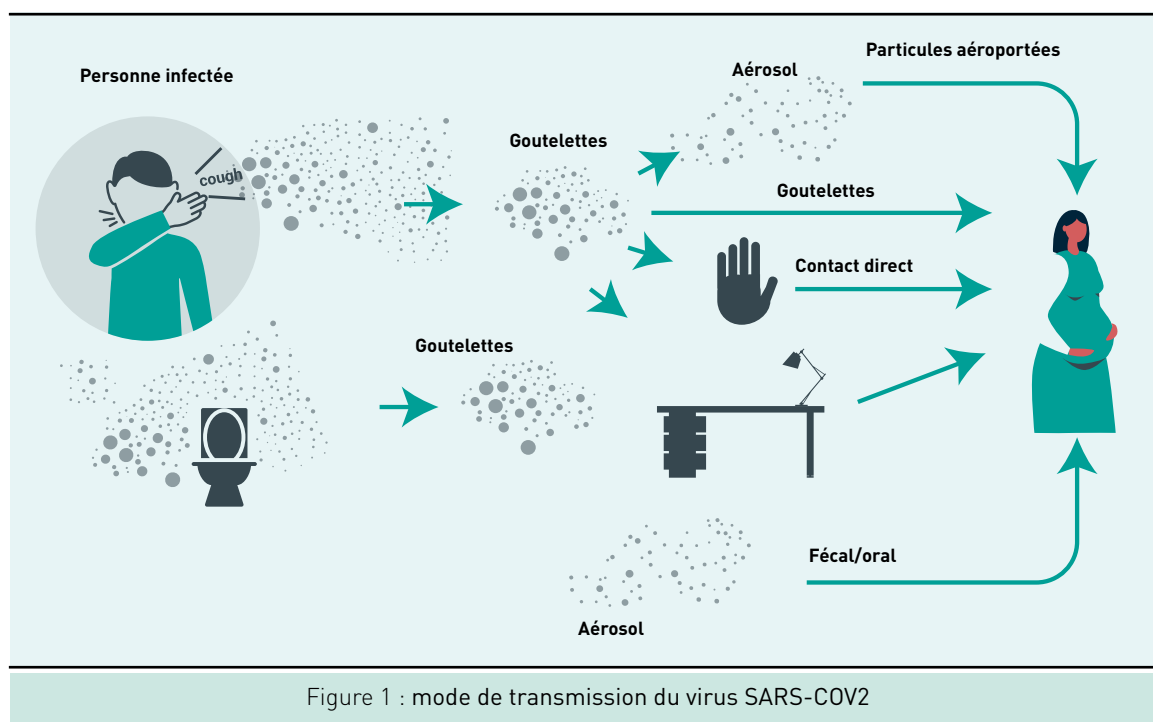


Figure 1 : mode de transmission du virus SARS-COV2

La période d'incubation de SARS-CoV-2 est estimée entre deux et quatorze jours, parfois plus longue (jusqu'à 24 jours).

## QUELLE EST LA DURÉE DE SURVIE DU CORONAVIRUS EN DEHORS DE L'ORGANISME ?

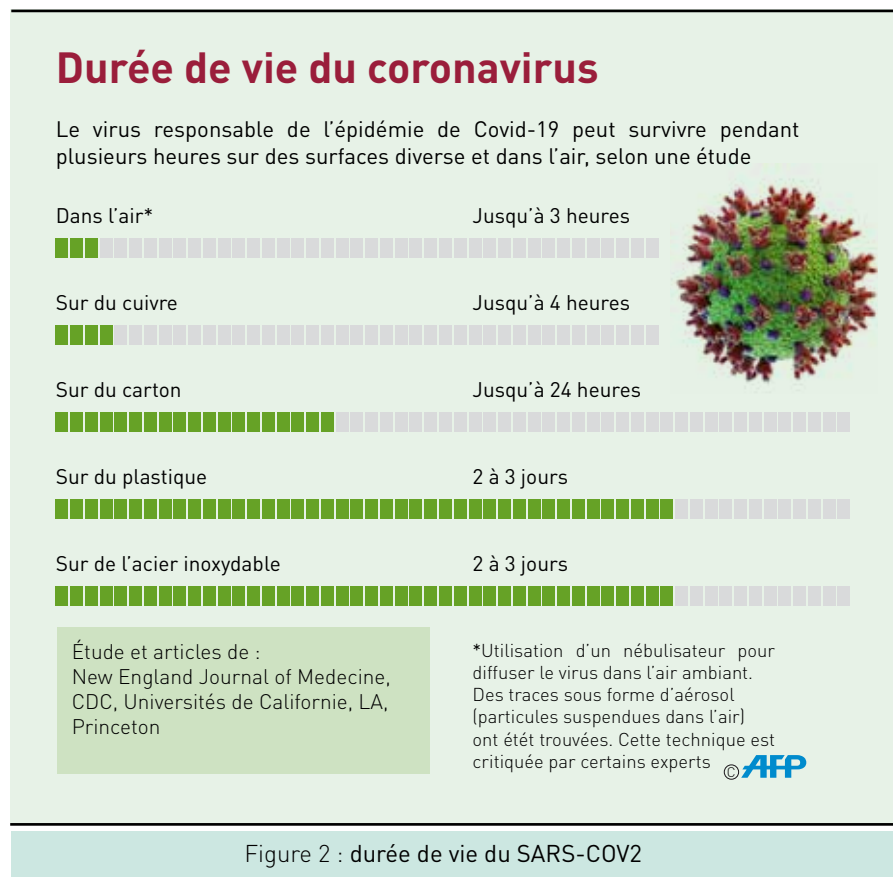
Un coronavirus - hors organisme - reste infectieux environ deux à trois heures dans l'air (en milieu sec) et peut-être jusqu'à trois jours en milieu humide.

Sur des surfaces lisses non poreuses (acier inoxydable, plastique, céramiques, verre...), des travaux antérieurs ont montré que SARS-CoV peut rester infectieux jusqu'à neuf jours.

Pour SARS-CoV-2, la durée de demi-vie (temps nécessaire pour que la moitié des virus soient inactivés) est d'environ treize heures sur de l'inox et seize heures sur du polypropylène.

Le papier/carton (non plastifié) ou la plupart des textiles de vêtements non-imperméables ne sont pas considérés comme « lisses », et de manière générale les virus de ce type y survivent bien moins longtemps que sur une surface lisse de métal ou plastique.

Au 12 mars 2020, selon les CDC américains, rien n'indique que le virus se propage par l'eau potable, les piscines ou les bains à remous. (Figure 2)



## QUESTION / RÉPONSE



### 1) Le SARS cov2 est :

- A- Une forme du virus de la grippe
- B- Est un apparenté du coronavirus SARS-cov
- C- Il est très vulnérable au savon, aux solutions hydro-alcooliques et aux désinfectants ménagers courants, ainsi qu'aux désinfectants industriels et hospitaliers adaptés
- D- La charge virale est identique chez le sujet asymptomatique et symptomatique

### 2) La transmission du SARS cov2 :

- A- Peut-être oro-fécale
- B- Est majoritairement respiratoire
- C- Se fait par les gouttelettes respiratoires expulsées par le nez ou par la bouche d'une personne infectée
- D- Ne se transmet pas par les selles

### 3) Le virus SARS cov2 :

- A- Est éliminé rapidement sur les surfaces et hors de l'organisme
- B- Peut rester dans l'air pendant 3 heures
- C- Survit bien moins longtemps sur la plupart des textiles de vêtements non-imperméables que sur une surface lisse de métal ou plastique
- D- Retrouvé largement dans le sang



# CORONAVIRUS ET FEMME ENCEINTE

- Le sexe ratio hommes/femmes parmi les cas confirmés covid19, selon l'organisation mondiale de la santé OMS, est de 1,4 <sup>[1]</sup>.
- Les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes à passer en réanimation <sup>[1]</sup>.

## Effets du virus chez les femmes enceintes <sup>[3] [5] [6]</sup>

Les femmes enceintes ne sont pas plus sensibles aux infections à coronavirus que les autres femmes, malgré un état d'immunodépression partielle qui habituellement rend les femmes enceintes plus vulnérables aux infections.

Il faut probablement être plus vigilant chez les patientes au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse, période où l'infection est plus fréquente.

De même, en post partum, il n'y a pas de cas confirmés d'atteinte par le covid19. Souvent ce sont des femmes atteintes en per-partum.

Les données sont limitées mais une attention particulière doit être accordée aux femmes enceintes présentant des comorbidités qui pourraient être infectées par Covid-19.

## Effets du virus sur le fœtus <sup>[7] [8] [9]</sup>

Il n'existe actuellement aucune donnée suggérant un risque accru de fausse couche en début de grossesse en relation avec COVID-19.

Il est peu probable qu'il y ait des effets congénitaux du virus sur le développement fœtal vu qu'il n'y a aucune preuve d'infection fœtale intra-utérine par Covid-19 et qu'il n'y a pas ou peu de virémie.

Bien qu'il n'y ait pas encore de preuve que le retard de croissance intra-utérin (RCIU) soit un risque de Covid-19, deux tiers des grossesses avec SRAS ont été affectées par un RCIU et un décollement placentaire s'est produit dans un cas MERS, le suivi par ultrasons semble donc prudent.

Aucun cas de passage transplacentaire ou via allaitement maternel n'a pu être mis en évidence parmi les dix nouveau-nés de mère COVID-19 rapportés par la littérature (les prélèvements du liquide amniotique, du sang du cordon, d'écouvillon de gorge prélevés immédiatement après l'accouchement et du lait maternel étaient négatifs).

L'opinion des experts est donc qu'il est peu probable que le fœtus soit contaminé pendant la grossesse. La transmission est donc plus probable en période néonatale.

Il n'y a actuellement aucune preuve concernant la transmission par les fluides génitaux.

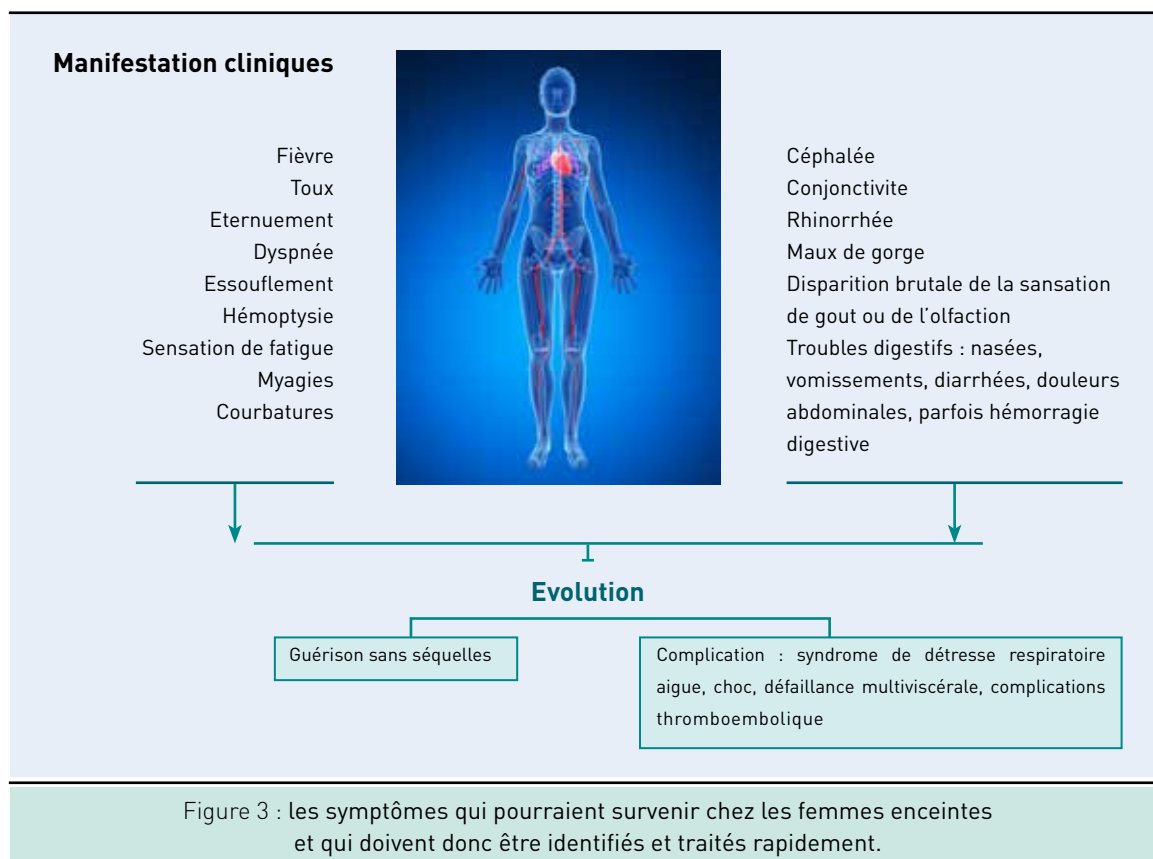
## La Symptomatologie Clinique

La grande majorité des femmes ne ressentiront que des symptômes de rhume/grippe légers ou modérés.

L'existence d'une anosmie brutale, complète, sans obstruction nasale et une disparition complète du goût très gênante rend le diagnostic quasi certain.

Toux, fièvre et essoufflement sont d'autres symptômes pertinents.

Des symptômes plus graves tels que la pneumonie et l'hypoxie marquée sont largement décrits avec Covid-19 chez les personnes âgées, les immunodéprimés et les personnes tarées. (Figure 3)



## QUESTION / RÉPONSE



**4) Quelle(s) est(sont) la (les) réponse(s) correcte(s) :**

- A- La femme enceinte est un terrain sensible au virus SARS cov2
- B- Le troisième trimestre est la période nécessitant le plus de vigilance à risque de covid19
- C- La transmission transplacentaire est prouvée
- D- Le risque de malformations fœtales secondaires à une infection par SARS cov2 est très faible.

**5) La symptomatologie du covid19 chez la femme enceinte :**

- A- Une anosmie brutale, complète, sans obstruction nasale et une disparition complète du goût très gênante rend le diagnostic quasi certain.
- B- Toux, fièvre et essoufflement sont d'autres symptômes pertinents.
- C- L'infection intra utérine est obligatoire en cas de femme enceinte atteinte de covid19.

**6) Concernant l'atteinte fœtale par covid19 :**

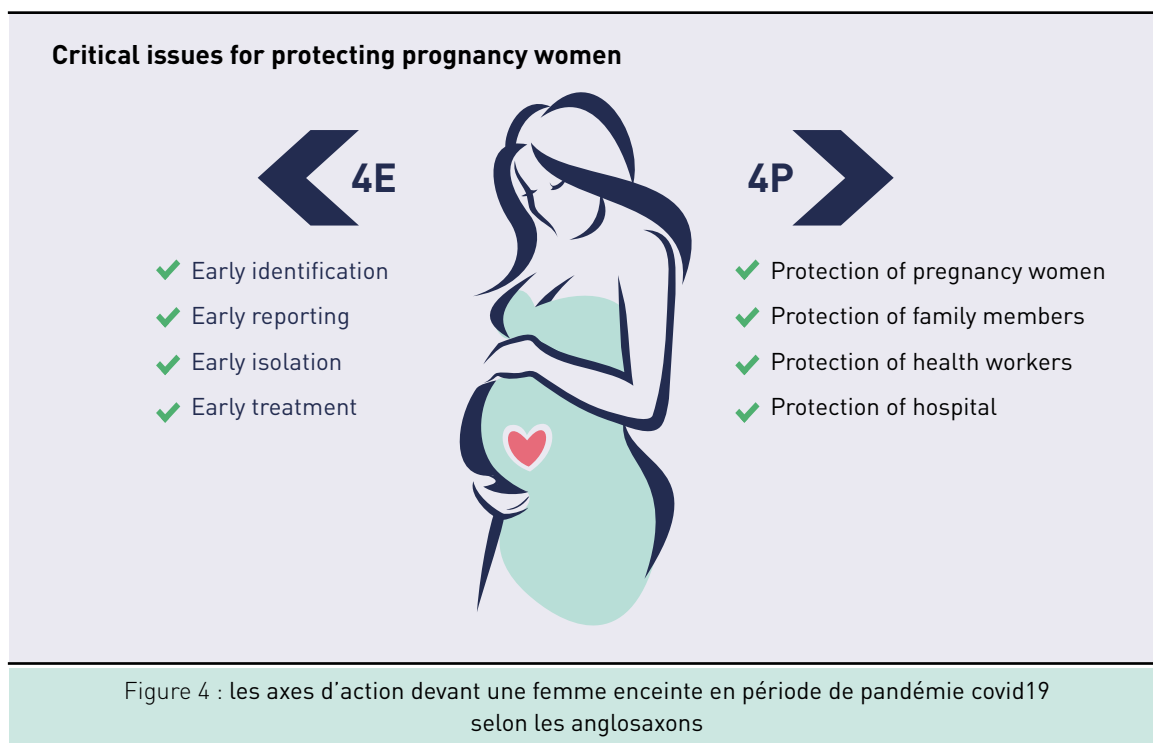
- A- Est très peu probable
- B- Aucune étude n'a prouvé la transmission du virus à travers le liquide amniotique
- C- L'infection se fait au cours de la période néonatale et non intra utérine selon les études
- D- Malgré l'absence de données dans la littérature concernant les complications fœtales spécifiques à l'infection covid19, la surveillance clinique et échographique est indispensable.

# LE SUIVI PRENATAL ET ECHOGRAPHIQUE DES PATIENTES EN PERIODE D'EPIDEMIE <sup>[3]</sup> <sup>[10]</sup> <sup>[11]</sup>

**Un CAS POSSIBLE** : Toute personne présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aigüe, haute ou basse, avec ou sans fièvre.

**Un CAS CONFIRMÉ** : Toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2.

L'objectif de la prise en charge de toute femme enceinte en période d'épidémie covid19 se résume en 4E et 4P selon les anglosaxons. (Figure 4)



## Le suivi échographique <sup>6]</sup>

Il est important que médecins et sages-femmes exerçant dans le secteur public et privé maintiennent leurs créneaux de consultation pour ces explorations échographiques de dépistage afin de soulager les équipes obstétricales prenant en charge les patientes atteintes.



Pour les examens échographiques en obstétrique :

- Maintien de toutes les échographies d'urgence ;
- Maintien de l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre entre 11 et 14 SA ;
- Maintien de l'échographie du 2<sup>ème</sup> trimestre entre 20 et 25 SA ;
- Maintien de l'échographie du 3<sup>ème</sup> trimestre entre 30 et 35 SA ;
- Maintien des échographies dites de diagnostic ou entrant dans le cadre d'une pathologie materno-fœtale ;
- Pour les grossesses gémellaires, maintien des contrôles habituels à la fréquence de toutes les 4 semaines pour les grossesses bi choriales et de toutes les 2 semaines pour les grossesses mono choriales.

Tous les échographistes doivent respecter les consignes habituelles d'hygiène dans les salles d'échographie :

- Hygiène des mains par lavage au savon ou par friction hydro-alcoolique.
- Lavage des mains ou friction par solution hydro-alcoolique pour chaque patiente avant son entrée en salle d'examen.
- Mettre à la disponibilité des patientes des distributeurs à coudes de solutions hydro-alcooliques.
- Le Port de masque chirurgical et gants à usage unique pour les praticiens, le personnel (secrétariat) et port de masque chirurgical pour la patiente dans la limite des stocks disponibles.
- Désinfection, après chaque passage d'une patiente, du lit d'examen, du clavier de l'échographe, des surfaces exposées et des sondes d'échographie.
- Désinfection fréquente des poignées de porte, bureau, chaises, clavier d'ordinateur, etc.
- Aucun accompagnant avec la femme enceinte, aussi bien dans la salle d'échographie ainsi que dans la salle d'attente.
- Ouvrir et fermer les portes de la pièce de consultation pour éviter que les patientes n'aient à toucher les poignées de porte.
- Les patientes présentant un syndrome grippal/fièvre/toux seront priées de déplacer leur rendez-vous et de ne pas se présenter au cabinet. (Prise de température avant l'examen si doute).
- Pas plus d'une personne à la fois dans la salle d'attente, le temps d'attente devant être le plus court possible. L'activité doit être, alors, organisée par des Rendez Vous téléphoniques, au préalable, à la minute près de sorte qu'au Rendez Vous il n'y aura qu'une seule patiente.
- Privilégier l'attente en dehors du cabinet et appel par téléphone portable quelques minutes avant le déroulement de l'examen.

Ces directives doivent être affichées à l'entrée du cabinet ou de la consultation d'échographie. Il est également souhaitable qu'elles soient portées à la connaissance des patientes en amont, autant que possible, c'est-à-dire dès la prise de rendez-vous.

## Les consultations prénatales <sup>[10]</sup><sup>[11]</sup>

---

### Grossesse normale

Maintien des consultations suivantes en présentiel :

Déclaration de grossesse  
Consultation du 4<sup>ème</sup> mois entre 16 et 20 SA  
Consultation du 9<sup>ème</sup> mois

Privilégier les téléconsultations pour les Consultations du 6<sup>ème</sup> mois et du 8<sup>ème</sup> mois

### Grossesses pathologiques

Le médecin devra évaluer la possibilité de téléconsultations et dans le cas où celles-ci ne seraient pas possible, il convient d'essayer de coupler les consultations et les échographies ainsi que les résultats du bilan biologique.

La téléconsultation est une consultation à distance, par visioconférence, entre le médecin obstétricien et sa patiente (par Skype par exemple).

Cependant, Si toutes les situations médicales peuvent donner lieu à la téléconsultation, son recours relève de la décision du médecin, en fonction de la situation médicale.

### Pour les cas suspects

- Le rendez-vous doit être reporté et communiqué à la patiente par téléphone. Il est de :
  - \* 8 jours après le début des symptômes et au moins 2 jours après la disparition de la fièvre et/ou de la dyspnée (critères de guérison et de la sortie d'isolement).
  - \* 14 jours si asymptomatique et/ou en contact avec un sujet COVID-19 +
- Au cas où le report du rendez-vous est impossible : RCIU, anasarque, traitement in utéro (transfusion, drainage...), une prise en charge adéquate et selon les recommandations de prise en charge des sujets COVID-19+ est possible.
- Une télé expertise est à privilégier en réunissant les différents membres du staff pour discuter des décisions : ITG, amniocentèse...



## QUESTION / RÉPONSE



### 7) Concernant le suivi échographique des femmes enceintes en période covid19 :

- A- Toutes les échographies doivent être reportées.
- B- Les échographies obligatoires sont l'échographie au 1er trimestre, l'échographie morphologique et celle du troisième trimestre mais aussi toute échographie d'urgence
- C- Les patientes présentant un syndrome grippal/ fièvre/ toux devront déplacer leur rendez-vous et de ne pas se présenter au cabinet.
- D- L'activité doit être organisée par des Rendez Vous téléphoniques, au préalable, à la minute près de sorte qu'au Rendez Vous il n'y aura qu'une seule patiente.

### 8) Les règles d'hygiène en salle d'échographie :

- A- Un Lavage des mains ou friction par solution hydro-alcoolique est préconisé pour chaque patiente avant son entrée en salle d'examen.
- B- Le Port de masque chirurgical et gants à usage unique pour les praticiens, le personnel (secrétariat) et port de masque chirurgical pour la patiente dans la limite des stocks disponibles.
- C- Un Nettoyage, après chaque passage d'une patiente, du lit d'examen, du clavier de l'échographe, des surfaces exposées et des sondes d'échographie.
- D- Une Désinfection fréquente des poignées de porte, bureau, chaises, clavier d'ordinateur, etc.

### 9) Concernant Les consultations prénatales :

- A- Toutes les consultations prénatales doivent être reportées.
- B- Toujours essayer de coupler les consultations et les échographies ainsi que les résultats du bilan biologique.
- C- Privilégier la téléconsultation.
- D- Le diagnostic anténatal ne doit en aucun cas être reporté et une télé-expertise est souhaitable pour la prise des décisions.

### 10) Les consultations obligatoires à maintenir en présentiel

- A- Consultation de déclaration de grossesse.
- B- Consultation du 5<sup>ème</sup> mois.
- C- Consultation du 7<sup>ème</sup> mois.
- D- Consultation du 9<sup>ème</sup> mois.

### 11) Que répondre aux demandes d'arrêt de travail pour des femmes enceintes soignantes en raison de l'épidémie de Covid-19 ?

### 12) Que répondre aux demandes d'arrêt de travail pour des femmes enceintes en raison de l'épidémie de Covid-19 ?

# PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME ENCEINTE SUSPECTE OU INFECTEE PAR LE CORONAVIRUS (COVID-19) <sup>[1] [5] [10] [11]</sup>

- Tout au long de la prise en charge : Limiter les intervenants auprès de la patiente au strict minimum nécessaire.
- Le circuit Covid-19 doit être individualisé dans chaque structure de santé publique et privée.

## Au box de triage

Le premier rôle des soignants est de reconnaître et trier tous les cas d'infection ou de détresse respiratoire ou d'état fébrile au premier point de contact avec le système de soins public ou privé (à l'entrée de la structure).

Il convient d'abord d'évoquer et d'éliminer les autres causes de fièvre pendant la grossesse avant d'étiqueter un cas possible.

Le personnel d'accueil au box de tri doit porter un masque chirurgical à changer au maximum toutes les 4 à 6h et à chaque fois qu'il est touché avec les mains.

TOUJOURS !!!! Maintenir une distance >1m entre le personnel de santé et la patiente.

Cible	Activité	Moyens de protection
Soignants	Examen du patient avec signes respiratoires	Masque chirurgical, blouse, gants propres, coiffe, lunettes de protection
	Examen du patient sans signes respiratoires	Masque chirurgical
Patients avec signes respiratoires	Toute	Masque chirurgical
Patients sans signes respiratoires	Toute	Masque chirurgical
Agents de nettoyage Masque chirurgical	Avant et entre consultations de patients avec signes respiratoires	Gants de ménage ou propre, Blouse, coiffe, Lunettes de protection, Bottes



- Cependant, l'utilisation des moyens de protection et les mesures d'hygiène habituelles (éviter le contact si possible, masque chirurgical, gants propres non poudrées, désinfection par SHA) est recommandée en cas d'un examen d'une patiente sans signes respiratoires et du moment que la transmission est devenue transversale.
- Toute patiente, même asymptomatique peut être un vecteur d'infection.



Toute femme présentant un des symptômes suivants doit impérativement être considérée comme un cas possible et donc doit suivre le circuit COVID :

- Température > 38°C selon OMS
- Dyspnée
- Toux sèche ou productive
- Autre signe respiratoire
- Anosmie et /ou altération du goût

### Devant un cas possible

- Signes cliniques : toux et/ou difficultés respiratoires et/ou fièvre et/ou anosmie brutale, complète, sans obstruction nasale et avec disparition complète du goût très gênante.
- Prendre les précautions air ET contact :
  - Installation dans une pièce fermée, apposer l'affiche isolement sur la porte du box (isolement air ET contact) ;
  - Pour le personnel au box de tri : port d'un masque chirurgical et friction des mains avec SHA (Solution Hydro-alcoolique) ;
  - Pour la patiente : port d'un masque chirurgical et friction des mains avec SHA ;
  - Tout au long de la prise en charge, limiter les intervenants auprès de la patiente au strict minimum nécessaire. Ces intervenants doivent être identifiés chaque jour et ceci à tous les niveaux du personnel soignant (personnel médical et paramédical). Cette prise en charge doit être faite par des équipes fixes de 24 heures pour tous les soignants avec une passation écrite sans contact entre les différents intervenants.
- Prévenir le médecin sénior responsable qui jugera de l'utilité de contacter le médecin référent infectiologue ou, en cas de saturation des appels, le SAMU.

### Le bilan initial :

Pour les soignants en contact avec la patiente :

- Masque chirurgical, lunettes de sécurité, charlotte, sur-blouse, sur-chaussures et gants propres
- Avant de sortir du box, enlever gants et sur-blouse et les éliminer dans les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI) ;
- Jeter les lunettes (si usage unique) et se frictionner les mains avec SHA ;
- Ôter le masque à l'extérieur de la chambre, décontamination des lunettes avec lingettes désinfectantes alcooliques et se frictionner les mains avec SHA ;
- Désinfecter l'appareil d'échographie (Surfasafe®).

### Annexe 1 :

Comment mettre et enlever l'équipement personnel de protection (PPE) : [Public HealthEngland](#)<sup>[12] [13]</sup>



### Annexe 2 :

Séquence de l'équipement personnel de protection :Centers for Disease Control and Prevention USA (CDC)<sup>[14]</sup>



- Le prélèvement pour le test coronavirus doit être fait pour toute femme enceinte « cas possible ».
- Une Femme enceinte avec résultat en cours est à considérer comme positive par défaut
- L'objectif de l'examen clinique est de vérifier l'absence de critères de gravité qui imposeraient une hospitalisation :
  - Interrogatoire sur les symptômes obstétricaux : contractions, perte de LA, métrorragies, mouvements actifs fœtaux ;
  - Constantes : température, TA, pouls, fréquence respiratoire, saturation ;
  - Examen clinique avec auscultation pulmonaire +/- toucher vaginal ;
  - Bilan biologique si nécessaire en cas de fièvre afin d'éliminer d'autres étiologies ;
  - Enregistrement du rythme cardiaque fœtal.

#### Les critères d'hospitalisation :

Pour les soignants en contact avec la patiente :

Formes paucisymptomatiques	Forme légère	Forme modérée	Forme sévère
	Signalement +/- pharyngé	Prélèvement naso-pharyngé	
Paracétamol si fièvre ou douleur	Paracétamol	Hospitalisation	Prise en charge en réanimation
Isolement à domicile	Isolement à domicile	O <sub>2</sub> si SpO <sub>2</sub> < 93% Traitement symptomatique Antibiothérapie Traitement antiviral Prise en charge des comorbidités	Traitement antiviral Ventilation mécanique Réanimation

- Les critères d'hospitalisation d'un point de vue obstétrical restent les critères habituels.

- Les Critères d'hospitalisation d'un point de vue respiratoire (selon INEAS) :

<b>Forme paucisymptomatique</b>	Toux sèche légère, malaise, céphalées, douleurs musculaires. Immunodéficience : syndromes atypiques possibles.
<b>Forme légère</b>	Pneumonie sans signe de sévérité (toux, dyspnée légère, FR<30cpm, SpO2>92%).
<b>Forme modérée</b>	Dyspnée, FR >30 cpm ou SpO2 ≤ 92%.
<b>Forme sévère</b>	Détresse vitale, défaillance d'organe.

- Les Formes modérées doivent être hospitalisées dans un service d'obstétrique dédié au cas du covid-19.
- Les patientes enceintes avec des formes graves doivent être admises en milieu de réanimation.





# PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITÉS

## La prise en charge en cas d'hospitalisation <sup>[1] [5] [10] [11]</sup>

### Prise en charge médicale

- En cas de difficultés respiratoires, une imagerie thoracique peut se discuter et n'est pas contre indiquée.
- L'irradiation fœtale due à une radio de thorax (0,01mGy) ou un scanner thoracique (0,6 mGy) est largement en dessous du seuil à risque pour le fœtus (610 mGy) .
- Un scanner thoracique sans injection est l'examen le plus spécifique pour le diagnostic d'une pneumonie virale
- La sensibilité du scanner thoracique pour le diagnostic de l'atteinte pulmonaire par le covid-19 s'est révélée supérieure à celle du test de dépistage par PCR (98% contre 71%).
- En cas d'atteinte pulmonaire une antibiothérapie dans le cadre d'une surinfection bactérienne doit se discuter.
- La ceftriaxone intraveineuse peut être administrée initialement en attendant les résultats des prélèvements bactériologiques et l'antibiogramme.
- La thérapie combinée avec les antiprotéases Lopinavir/Ritonavir ; a été la plus utilisée en Chine dans les formes graves et a démontré son innocuité pendant la grossesse.
- La dose journalière de lopinavir/ritonavir évaluée dans l'essai clinique récemment publié est la même que celle utilisée pour le traitement de l'infection à VIH à savoir pour l'adulte : 2 comprimés de lopinavir/ritonavir 200/50 mg deux fois par jour (soit au total 400/100mg).

La durée de traitement évaluée dans cette étude chez les patients atteints de maladie COVID -19 était de 14 jours.



### **ATTENTION REFLEXE : hydroxychloroquine et femme enceinte**

Les données disponibles chez les femmes enceintes exposées à l'hydroxychloroquine en cours de grossesse sont très nombreuses et rassurantes.

L'hydroxychloroquine passe le placenta. Les concentrations sanguines néonatales mesurées au sang de cordon sont équivalentes à celles de la mère.

Aucune répercussion ophtalmologique n'est retenue à ce jour lors du suivi d'enfants exposés in utero.

L'utilisation chronique de l'hydroxychloroquine chez la femme enceinte est recommandée par de nombreuses sociétés savantes nationales et internationales dans différentes pathologies (lupus, syndrome des APL...).

Donc, concernant l'hydroxychloroquine, les indications chez la femme enceintes sont celles en dehors de la grossesse. (Figure 5)

#### **Patiente ambulatoire sans signes de gravité ni comorbidités**

**Rechercher une autre cause à ses symptômes**

**Traitement symptomatique +/- antibiotiques si cause autre**

**Pas d'indication à hydroxy chloroquine**

#### **Patientes hospitalisées pour infection avec pneumopathie sans signe de gravité sans comorbidités**

#### **Patientes hospitalisées avec syndrome fébrile persistant > 5 jours sans comorbidités**

**Amoxicilline 1g X3 pendant 5 jours**

**Azithromycine 500 J puis 250 J1 à J5**

#### **Patientes hospitalisées pour infection avec pneumopathie et comorbidités**

**Hydroxychloroquine 200mg X3 pendant 10 jours**

**Clamoxyl 1g x3 / j pendant 5 jours**

#### **Patientes de réanimation**

**hydroxychloroquine**

Figure 5 : indications de l'hydroxychloroquine chez une patiente COVID19+ en fonction des formes cliniques



### La Surveillance obstétricale

- Effectuer des visites par la sage-femme, interne et sénior en respectant les mesures d'hygiène et en limitant le nombre d'intervenants.
- Réalisation d'une cure de corticoïdes à visée de maturation fœtale qui doit être réservée aux cas où le risque d'accouchement prématuré est très important (notamment en cas de nécessité d'une oxygénothérapie).
- Une fois la patiente stabilisée, il est possible d'envisager un retour à domicile.
- Consultation assurée par un sénior 3 semaines après la sortie.
- Après guérison, du fait du manque de connaissances sur les conséquences de la maladie : le suivi par le médecin est recommandé ; pas d'impact sur le terme ou le mode d'accouchement.

#### En l'absence des critères d'hospitalisation

Pour être éligible à une prise en charge à domicile, la patiente doit présenter une forme clinique simple, un niveau de compréhension suffisant et des moyens matériels adaptés (voir annexe1).

- Un arrêt de travail pour une durée de 14 jours (ou 48 heures après la fin des signes cliniques si ces signes se prolongent plus de 14 jours).
- Paracétamol 1g 3 fois par jour pour une durée de 14 jours (ou 48 heures après la fin des signes cliniques si ces signes se prolongent plus de 14 jours).
- Les AINS et corticoïdes y compris inhalés ou locaux sont proscrits.
- Port de masques réutilisables : prescrire le port du masque pendant 14 jours (ou 48 heures après la fin des signes cliniques si ces signes se prolongent plus de 14 jours) et désinfection des mains par SHA.

### La Surveillance obstétricale

L'ensemble du foyer vivant avec un cas Covid-19 doit également être isolé strictement à domicile (sauf ravitaillement alimentaire).

Les membres asymptomatiques doivent appliquer les recommandations d'isolement avec un malade, prendre leur température 2 fois par jour et auto-surveiller leurs symptômes (voir annexe2).

- Des soins prénataux supplémentaires devraient être organisés 14 jours après la fin de la période de maladie aiguë (ou 48 heures après la fin des signes cliniques si ces signes se prolongent plus de 14 jours).
- La mise en place d'échographie pour la surveillance de la croissance fœtale est recommandée, de façon mensuelle et 14 jours après la résolution de la maladie (ou 48 heures après la fin des signes cliniques si ces signes se prolongent plus de 14 jours).

- Concernant les éventuels traitements à prendre, il existe plusieurs possibilités pour la patiente : Demander à un tiers de son entourage de procéder au retrait en officine des traitements et produits de santé prescrits ou bien demander à son officine de proximité une livraison des traitements à domicile ; Outre le traitement, le pharmacien fournira au patient, sur prescription médicale, des masques chirurgicaux.



Une attention toute particulière doit être portée à la consultation du début de la 2<sup>ème</sup> semaine, période où l'on peut constater une aggravation de l'état clinique des patientes.

- Le suivi régulier de la patiente est réalisé durant la période symptomatique par le médecin (libéral ou hospitalier) au cours de consultations conventionnelles, appels téléphoniques ou lors de téléconsultations toutes les 48h jusqu'à 14 jours après le début des symptômes.
- La téléconsultation associée à une télétransmission représente une alternative intéressante à développer. Elle permet un suivi quotidien si nécessaire des patientes, limitant ainsi le risque de contamination des soignants en évitant des déplacements itératifs aux domiciles.

Lors de ces téléconsultations, les questions suivantes doivent être posées aux patientes :

#### QUESTIONNAIRE DE BASE

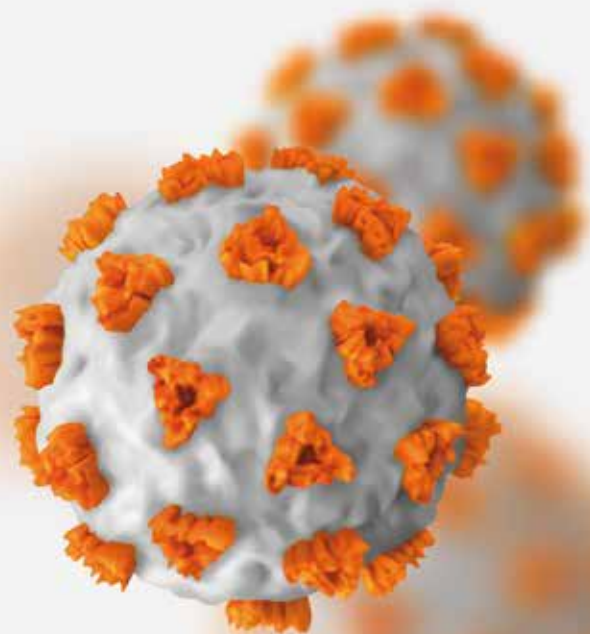
- Température
- Evaluation de la gêne respiratoire (sensation d'étouffement, dyspnée) : **de 0 (rien) à 10 (maximal)**
- Mesure de la fréquence cardiaque (/minute)
- Mesure de la fréquence respiratoire (/minute)
- Changement parmi les gens présents à domicile pendant le confinement depuis le dernier questionnaire : **oui (lesquels ? /non)**
- Depuis le dernier questionnaire, avez-vous eu des frissons ? **oui / non**
- Depuis le dernier questionnaire, avez-vous eu une douleur thoracique ? **oui / non**
- Vous sentez vous capable de continuer à respecter les conditions de confinement ? **oui / non**



**+ QUESTIONS SPECIFIQUES OBSTERIQUE**

- Contraction utérines < 10/j et/ou douloureuses ? **oui / non**
- Pertes de liquide : **oui / non**
- Apparition de métrorragies : **oui / non**
- Diminution des mouvements actifs fœtaux : **oui / non**

- **Si la situation paraît stable et rassurante** : Pas d'action supplémentaire, réassurance de la patiente, poursuite du suivi téléphonique ou télésurveillance.
- **Si la situation paraît intermédiaire avec un doute** : demander une consultation présenteielle pour réévaluation clinique + monitoring.
- **Si signes de gravité** : En cas d'aggravation, la patiente prise en charge à domicile ou le médecin assurant son suivi doit contacter immédiatement le service d'obstétrique dédié au cas du covid-19.



## QUESTION / RÉPONSE



**13) Toute femme présentant un des symptômes suivants doit impérativement être considérée comme un cas possible :**

- A- Température > 38°C
- B- Dyspnée
- C- Toux sèche ou productive
- D- Anosmie et /ou altération du goût

**14) Devant une femme enceinte dite cas possible :**

- A- Le premier réflexe est de lui demander de porter un masque chirurgical.
- B- L'objectif de l'examen clinique est de vérifier l'absence de critères de gravité qui imposeraient une hospitalisation.
- C- Le port de masque chirurgical, lunettes de sécurité, charlotte, sur-blouse pour le personnel soignant est non obligatoire.
- D- Il faut minimiser au maximum les personnes en contact.

**15) En cas de présence des critères d'hospitalisation devant un cas possible :**

- A- En cas de difficultés respiratoires, une imagerie thoracique peut se discuter et n'est pas contre indiquée chez une femme enceinte.
- B- Un scanner thoracique sans injection est contre indiqué chez une femme enceinte.
- C- La sensibilité du scanner thoracique pour le diagnostic de l'atteinte pulmonaire par le covid-19 est supérieure à celle du test de dépistage par PCR.
- D- Les Visites par sage-femme, interne et sénior doivent respecter les mesures d'hygiène et en limitant le nombre d'intervenants.

**16) Chez une femme enceinte hospitalisée, atteinte de covid19 :**

- A- La Réalisation d'une cure de corticoïdes à visée de maturation fœtale doit être réservée aux cas où le risque d'accouchement prématuré est très important.
- B- Une fois la patiente stabilisée, il est possible d'envisager un retour à domicile.
- C- La Consultation avec un sénior après la sortie se fait après 3 semaines.
- D- Après guérison, un suivi par un médecin est recommandé.

**17) En l'absence des critères d'hospitalisation d'une femme enceinte considérée comme un cas possible :**

- A- Le retour à domicile sans aucune surveillance particulière est autorisé.
- B- Un arrêt de travail pour une durée de 14 jours (ou 48 heures après la fin des signes cliniques si ces signes se prolongent plus de 14 jours) est indiqué.
- C- Une attention toute particulière doit être portée à la consultation du début de la 2<sup>ème</sup> semaine, période où l'on peut constater une aggravation de l'état clinique des patients.
- D- Le suivi régulier de la patiente est réalisé durant la période symptomatique par le médecin (libéral ou hospitalier) au cours de consultations conventionnelles, appels téléphoniques ou lors de téléconsultations toutes les 48h jusqu'à 14 jours après le début des symptômes.



# PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE D'UNE FEMME ENCEINTE SUSPECTE OU INFECTEE PAR LE CORONAVIRUS (COVID-19) LORS DE L'ACCOUCHEMENT <sup>[5]</sup> <sup>[10]</sup> <sup>[11]</sup>

---

- Le terme de l'accouchement doit prendre en compte la gravité de la maladie, les comorbidités existantes telles que la pré éclampsie, le diabète, les maladies cardiaques etc ...
- Dans les formes mineures et stables et en l'absence de souffrance fœtale, la grossesse peut être poursuivie jusqu'au terme avec une surveillance materno-fœtale habituelle.
- Dans les cas graves, la poursuite de la grossesse peut mettre en jeu le pronostic materno-fœtal. L'interruption de la grossesse doit être considérée comme une option après concertation avec les parents.

## En salle de travail

---

- Le passage en salle de travail est dédié à la patiente seule. Dans la mesure du possible, les salles devraient avoir une pression négative par rapport à la zone environnante.
- Rien ne doit sortir de la salle : monitoring, chariot réa, scialytique, etc.
- Circuit sanguin standard.
- Le test rapide Coronavirus, capable de donner des résultats au bout de dix minutes, si disponible, est à réaliser de façon systématique avant d'entrer à la salle de travail pour faciliter la prise en charge si non déjà réalisé .
- Si forme grave : avis réanimateur pour évaluation, prise en charge initiale et le cas échéant, transfert dans l'unité de réanimation chirurgicale ou médicale ou polyvalente.

## Durant le travail

---

- Limiter le personnel en contact ;
  - Un même binôme sage-femme/médecin prendra en charge la patiente tout au long de son poste de travail.
  - Si l'activité le permet, ce binôme sera dédié exclusivement à la patiente suspecte ou confirmée Covid-19.





- Précautions d'hygiène pour TOUS les soignants en contact avec la patiente (y compris anesthésiste) : port de masque chirurgical, gants non stériles, lunettes de sécurité, charlotte, surblouse imperméable ou surblouse avec tablier en plastique ou combinaison en plastique, surchaussures.
- Pour les gestes invasifs (sondage, RPM, utilisation du bassin + Carebag®) : mêmes consignes d'habillement mais surblouse renforcée à usage unique.

## Pendant l'accouchement

---

Le mode d'accouchement est dicté par les indications obstétricales.

A l'accouchement, le gynécologue doit être présent en salle de naissance lors des efforts expulsifs (anticipation de l'habillement si nécessité d'extraction) .

Précautions d'hygiène (accouchement par voie basse ou césarienne) :

Pour le gynécologue et la sage-femme : port de sarrau chirurgical renforcé, sur-blouse.....

Pour les professionnels circulants : port de blouse renforcée à usage unique.

Pour tous : port de sabots hermétiques, sur-chaussures, lunettes de protection, masque FFP2, charlotte et gants stériles doublant des gants propres.

Attention aux selles qui peuvent être porteuses de virus.

Virémie absente ou très faible en général.

En cas de patiente devant bénéficier d'une césarienne programmée, il est préférable de réaliser systématiquement le test rapide coronavirus avant l'acte opératoire.

Il est préférable de différer la césarienne le temps d'avoir le résultat du test. Cela permettra ensuite de mieux identifier le parcours et le suivi de la patiente et de son nouveau-né.

## QUESTION / RÉPONSE



**18) Chez une femme enceinte atteinte de covid19 :**

- A- Une interruption thérapeutique de la grossesse est systématique quel que soit la forme de l'atteinte
- B- Le mode d'accouchement est dicté par les indications obstétricales
- C- L'accouchement par voie basse est contre indiqué
- D- La césarienne semble être souhaitable.

**19) Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) correcte(s) :**

- A- Les salles de travail dédiées à l'accouchement d'une femme atteinte de covid19 devraient avoir une pression négative par rapport à la zone environnante.
- B- Rien ne doit sortir de la salle de travail d'une femme enceinte atteinte de covid19 : monitoring, chariot réa, scialytique, etc.
- C- Circuit sanguin concernant une femme enceinte atteinte de covid19 est celui des cas standard.
- D- Un Test rapide Coronavirus, est à réaliser de façon systématique avant d'entrer à la salle de travail pour toute femme enceinte.



# LA PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE D'UN NOUVEAU NE DE FEMME ENCEINTE SUSPECTE OU INFECTEE PAR LE CORONAVIRUS (COVID-19) EN POST PARTUM [2] [3] [7] [8] [11]

A ce jour, les rares études disponibles indiquent que la transmission du COVID-19 se fait majoritairement par les gouttelettes, la transmission aérienne et le contact (manuporté). Néanmoins une transmission oro-fécale ne doit être ignorée.

En revanche, aucun cas de passage trans-placentaire ou via allaitement maternel n'a pu être mis en évidence parmi les dix nouveau-nés de mère COVID-19 rapportés par la littérature (les prélèvements du liquide amniotique, du sang du cordon, d'écouvillon de gorge prélevés immédiatement après l'accouchement et du lait maternel étaient négatifs).

L'incubation serait de 1-14 jours avec une moyenne de 5.2 jours (intervalle de confiance 4,4-6j).

Les nouveau-nés qui seraient à risque de développer un tableau sévère sont : les prématurés, ceux ayant un retard de croissance intra-utérin ou porteurs d'une cardiopathie congénitale sous-jacente...

Les nouveau-nés contaminés sont généralement asymptomatiques mais ont une forte capacité de transmission du virus. Quand ils sont symptomatiques, Les signes cliniques les plus fréquents sont : la fièvre, la toux et l'hypo réactivité. Les autres symptômes sont plus rares et consistent en une diarrhée, des vomissements ou rarement des signes d'infection des voies aériennes supérieures.

A la lumière de ces données nous proposons le circuit suivant :

- La réanimation du nouveau doit se faire dans une salle séparée, ceci pour éviter la contamination aérienne.
- L'équipement couramment utilisé pour la réanimation et la stabilisation néonatales doit être disponible dans la salle (matériel propre au secteur).
- Une couveuse de transport dédiée à ces nouveau-nés doit être disponible.
- L'équipe néonatale doit être informée dès que possible et doit être présente sur place.
- L'équipement de protection individuelle (L'EPI) doit être enfilé dans une pièce adjacente.
- Le nouveau-né doit être pris en charge dès la naissance par le médecin de Néonatalogie (résident ou sénior) avec la sage-femme.
- La réanimation et la stabilisation néonatale doivent se dérouler conformément aux directives actuelles.
- Il doit avoir une toilette et un séchage tandis que le cordon est encore intact.

- Si le nouveau-né est vigoureux : pas d'aspiration des voies aériennes supérieures. Si l'aspiration est nécessaire, il faut faire très attention aux projections des sécrétions.
- Le nouveau-né recevra les soins habituels en respectant les précautions d'asepsie.
- Le nouveau-né asymptomatique sera transféré dans la couveuse de transport vers le secteur d'isolement où il sera placé dans un incubateur fermé.
- Il peut recevoir le lait de sa mère à condition que les mesures d'hygiène soient bien respectées.
- La surveillance et la prise en charge du nouveau-né seront assurées par une infirmière moyennant une prescription et une feuille de surveillance spécifiques à cette pathologie (contrôle par le résident ou interne de la néonatalogie).

## Nouveau-né asymptomatique de mère suspecte d'infection COVID-19

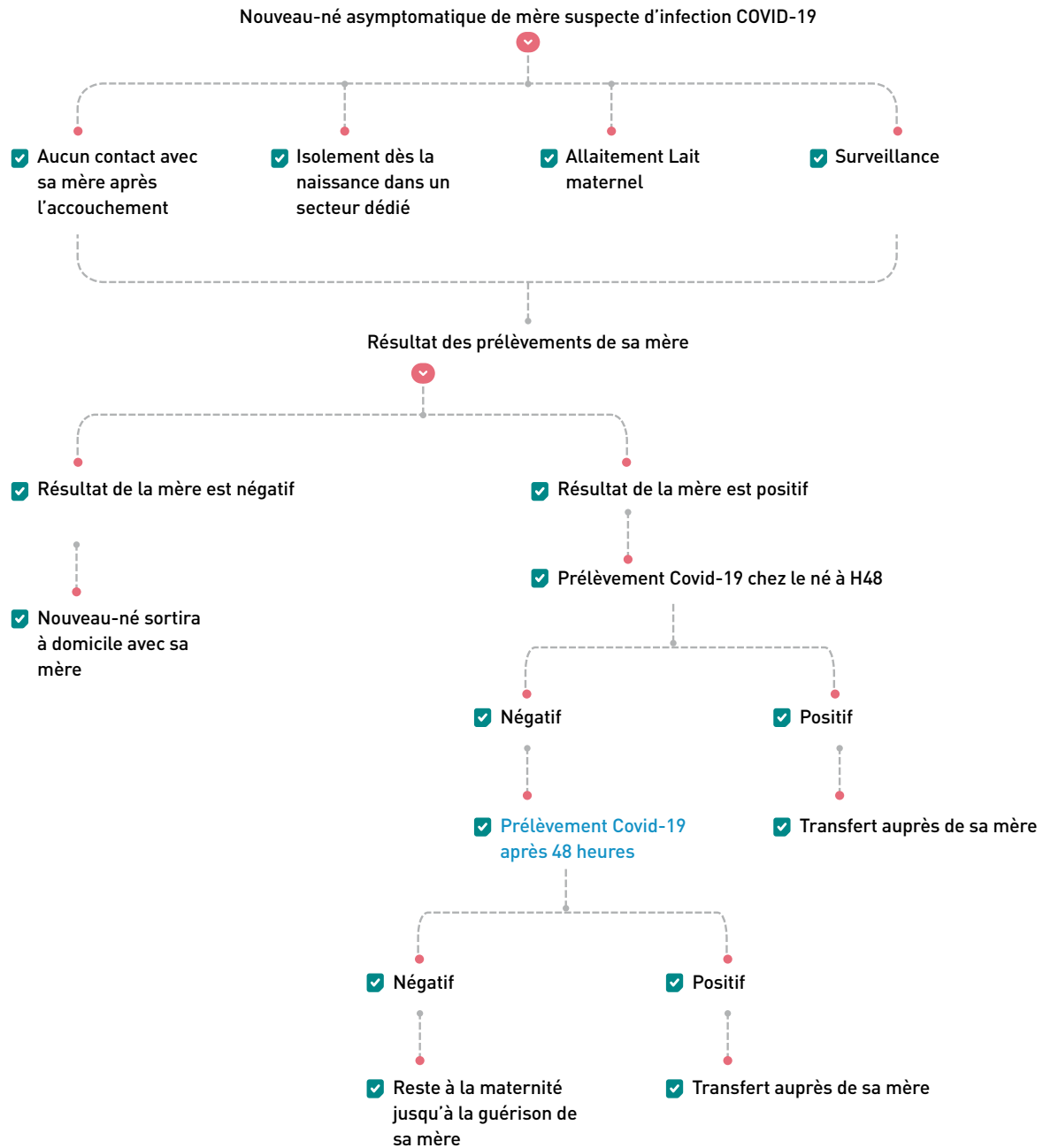
L'isolement sera maintenu jusqu'au résultat des prélèvements de sa mère :

- Si le résultat de la mère est **négatif** : Le nouveau-né sortira à domicile avec sa mère.
- Si le résultat de la mère est **positif** : Le nouveau-né aura un prélèvement à la recherche du COVID-19 à H48-72 de vie.

En fonction de ce prélèvement on distingue les deux éventualités suivantes :

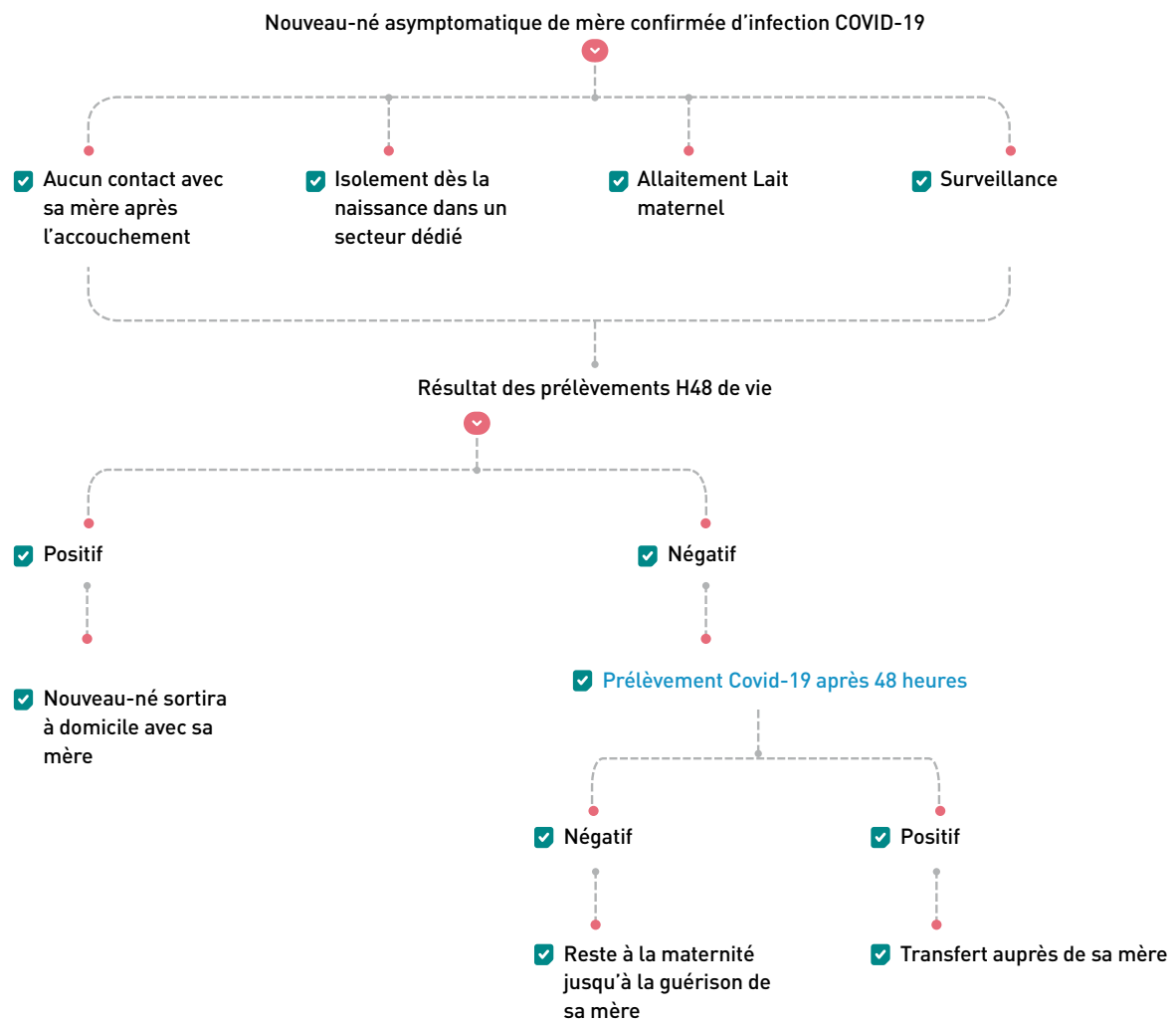
- Si le résultat du nouveau-né est négatif : un 2ème prélèvement sera fait après 48 heures s'il est négatif et selon le choix des parents le nouveau-né restera à la maternité jusqu'à la guérison de sa mère ou il sortira avec un membre de la famille testé négatif pour le covid19.
- Si le résultat du nouveau-né est positif : le nouveau-né sera transféré auprès de sa mère.





## Nouveau-né asymptomatique de mère porteuse du COVID-19

- Le nouveau-né doit avoir contact limité avec sa mère, qui doit respecter les règles d'hygiène, après l'accouchement.
- Il aura un prélèvement, à la recherche du COVID-19, à H48 de vie :
  - Si le résultat du nouveau-né est négatif : un 2ème prélèvement sera fait après 48 heures s'il est négatif et selon le choix des parents le nouveau-né restera à la maternité jusqu'à la guérison de sa mère ou il sortira avec un membre de la famille testé négatif pour le covid-19.
  - Si le résultat du nouveau-né est positif : le nouveau-né sera transféré auprès de sa mère.



## Le suivi du nouveau-né Covid-19 positif mis sortant avec sa mère

Le suivi sera fait par un contact téléphonique toutes les 48h avec le pédiatre qui a assuré la prise en charge du nouveau-né à la naissance : La mère doit signaler l'existence de signes tels que la fièvre, apparition de symptômes respiratoires, digestifs ou tout autre symptôme qui l'inquiète.

Le port du masque est interdit chez le nouveau-né.

La vaccination doit être faite régulièrement selon le calendrier vaccinal en vigueur.

## QUESTION / RÉPONSE



**20) Un Nouveau-né asymptomatique de mère suspecte d'infection COVID-19 :**

- A- Le nouveau-né doit être donné à sa mère.
- B- Il doit avoir directement un bain aux antiseptiques avant de lui couper le cordon.
- C- Il doit être isolé dès la naissance dans un secteur dédié.
- D- Il peut recevoir le lait de sa mère à condition qu'elle respecte les règles d'expression du lait sous contrôle d'un personnel paramédical pour s'assurer que les mesures d'hygiène ont été respectées.

**21) Un Nouveau-né asymptomatique de mère porteuse du COVID-19 :**

- A- Le nouveau-né ne doit avoir aucun contact avec sa mère après l'accouchement.
- B- Il pourrait être montré à sa mère avec respect d'une distance de 2 mètres.
- C- La surveillance et la prise en charge du nouveau-né seront assurées par une infirmière moyennant une prescription et une feuille de surveillance spécifiques à cette pathologie (contrôle par le résident ou interne de la néonatalogie).
- D- Si le résultat du prélèvement du nouveau-né est positif : le nouveau-né restera à la maternité toujours loin de sa mère jusqu'à la guérison de sa mère.

# LA PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE SUSPECTE OU INFECTEE PAR LE CORONAVIRUS (COVID-19) EN POST PARTUM <sup>[5] [10] [11]</sup>

---

- Protection des soignants et mesures d'isolement :  
Les précautions complémentaires doivent être renforcées, incluant port du masque chirurgical, d'une blouse à manches longues, de lunettes couvrantes, de gants en nitrile, lavage des mains avant et après tout soin, désinfection des surfaces avec détergent/désinfectant virucide (3 heures après la fin des soins).
- Visites en maternité limitées au père, à condition qu'il soit asymptomatique avec port du masque chirurgical dès l'entrée de l'hôpital.
- Préparation du retour à domicile avec isolement de 14 jours à partir du début des symptômes (ou 48h après la fin des signes cliniques si ceux-ci persistent plus de 14 jours) .
- Retour à domicile possible si la patiente ne présente aucun signe de gravité.
- Favoriser les sorties précoces.
  - Donner aux parents la fiche conseils dédiée.
  - Consignes pour les parents suspects ou porteurs de Covid-19.
  - Prévoir une ordonnance pour la délivrance de masques chirurgicaux pour la patiente (établir le nombre de jour nécessaire en fonction des 1ers signes) : 1 masque/jour.

Cette ordonnance sera donnée la veille au conjoint afin que l'on s'assure de la délivrance des masques par la pharmacie de ville.

- Si la délivrance de masques est impossible en officine, le service sera autorisé à délivrer la quantité nécessaire pour la patiente : 1 masque /jour. Seule la patiente sera équipée.
- Des consignes seront données concernant les autres membres de la famille sur le confinement voire l'éloignement.
- Prévoir un contact téléphonique régulier (idéal toutes les 48h) pour s'assurer de l'amélioration de l'état de santé de la mère et du bon état de santé du nouveau-né. L'enfant sera examiné le 1<sup>er</sup> mois avec précautions contacts (port de masque chirurgical + hygiène des mains pour les professionnels de santé).





## L'allaitement maternel

A ce jour, les rares études disponibles indiquent qu'il n'y a pas de passage du coronavirus dans le lait de mère. L'allaitement direct ou l'alimentation par le lait de mère en cas de séparation mère-bébé ne sont pas contre indiqués. Le lait maternel, au vu de ses propriétés biologiques anti-infectieuses, est même recommandé. Dans notre protocole, le nouveau-né pourra recevoir le lait de sa mère par biberon après avoir tiré le lait dans les précautions d'hygiène nécessaires : sous contrôle d'une soignante, la mère doit porter le masque chirurgical, se laver rigoureusement les mains et les seins avant le pompage du lait (fiche technique).



### **ATTENTION REFLEXE : hydroxychloroquine et Allaitement :**

Malgré le peu de données publiées, il y a lieu de penser, compte tenu des recommandations internationales, que l'usage de la chloroquine en cours d'allaitement est répandu. Aucun événement particulier n'a été signalé à ce jour chez des enfants allaités.

La quantité de chloroquine ingérée via le lait est faible : l'enfant reçoit en moyenne 4% de la dose maternelle (en mg/kg) (calcul effectué sur un petit effectif de patientes lors de traitements prophylactiques antipaludiques à l'état d'équilibre ou lors de prises uniques ou brèves (3 à 5 j).

Au vu de ces données, l'utilisation de la chloroquine est possible chez une femme qui allaite.

## LES REPONSES AUX QUESTIONS



- 1) BCD
- 2) ABC
- 3) BC
- 4) BD
- 5) AB
- 6) ABCD
- 7) BCD
- 8) ABCD
- 9) BCD
- 10) ABD

**11)** La femme enceinte, en particulier au 3ème trimestre, est considérée de principe comme plus à risque même si les données publiées à ce jour restent limitées. Le virus n'est pas tératogène. En premier lieu, il est important de rappeler de respecter scrupuleusement les mesures barrières. Lorsque cela est possible, il peut être envisageable de proposer aux femmes enceintes soignantes d'être en seconde ligne pour limiter leur exposition aux éventuels patients infectés. En revanche, il n'est pas licite d'envisager un arrêt de travail systématique.

**12)** les femmes enceintes au 3ème trimestre de la grossesse doivent impérativement rester à leur domicile, en arrêt de travail, si aucune solution de télétravail n'est envisageable.

- 13) ABCD
- 14) ABD
- 15) ACD
- 16) ABCD
- 17) BCD
- 18) BD
- 19) ABC
- 20) BCD
- 21) ABC

## LES RÉFÉRENCES

1. Covid19 : le point de la situation dans la région africaine de l'OMS au 18 mars 2020. Rapport de situation externe n°3
2. Guide Parcours du patient suspect ou atteint par le Covid-19 Avis d'experts Les Guides de l'INEAS ; Direction Qualité des Soins et Sécurité des patients.Tunisie
3. Chen H, Guo J, Wang C, 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 doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
4. Chen Y, Peng H, Wang L, et al. Infants Born to Mothers With a New Coronavirus (COVID-19). Frontiers in Pediatrics 2020;8(104) doi: 10.3389/fped.2020.00104
5. Tanu Singhal. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). Indian J Pediatr (April 2020) 87(4):281-286
6. Yuan Tian, Long Rong, Weidong Nian and Yan He. Review article: gastrointestinal features in COVID-19 and the possibility of faecal transmission. Aliment Pharmacol Ther. 2020; 51:843-851.
7. Recommandations pour la pratique des échographies obstétricales et fœtales pendant la période stade 3 de l'épidémie COVID-19 (Communiqué du CFEF et du CNGOF du 15 mars 2020)
8. PRISE EN CHARGE AUX URGENCES MATERNITE D'UNE PATIENTE ENCEINTESUSPECTEE ou INFECTEE PAR LE CORONAVIRUS (COVID-19) – V1 (17/03/2020)<http://www.cngof.fr/coronavirus-go-cngof/apercu?path=MATERNITE%2B-%2BCOVID%252FCOVID-19-CNGOF.pdf&i=35659>
9. Liu Y, Chen H, Tang K, et al. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. Journal of Infection 2020;Online doi: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.02.028>
10. Li N, Han L, Peng M, et al. Maternal and neonatal outcomes of pregnant women with COVID-19 pneumonia: a case-control study... Pre-printdoi: 10.1101/2020.03.10.20033605
11. Zhu H, Wang L, Fang C, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. TranslPediatr2020 ;9(1) :51-60. doi:<http://dx.doi.org/10.21037/tp.2020.02.06>
12. 11. Fan C, Lei D, Fang C, et al. Perinatal Transmission of COVID-19 Associated SARS-CoV-2: Should We Worry? ClinicalInfectiousDiseases 2020 doi: 10.1093/cid/ciaa226
13. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know; AJOG

14. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy; RCOG Version 4.1: Published Thursday 26 March 2020
15. COVID-19: Donning of Personal Protective Equipment (PPE), Public health England youtube Channel <https://www.youtube.com/watch?v=oUo501JmLH0>
16. SEQUENCE FOR PUTTING ON PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT (PPE) by the CDC Centers for Disease Control and PreventionUSA<https://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/ppe-sequence.pdf>
17. Hussin A. Rothana, Siddappa N. Byrareddy. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Journal of Autoimmunity 109 (2020) 102433

