

Modifications apportées au document :

« Recommandations SSGO Gynécologie Suisse : Infection à coronavirus COVID-19, grossesse et accouchement »

(version publiée le 24.03.2020, modifications publiées le 04.04.2020)

Responsabilité éditoriale : Académie de médecine fœto-maternelle (AFMM) et Société Suisse d'Ultrason en Médecine, Section Gynécologie et Obstétrique (SSUMGO)

Les présentes modifications apportées aux recommandations de la SSGO récemment publiées visent à refléter d'une part la situation en constante évolution que nous vivons, et d'autre part à fournir une vue d'ensemble des recommandations contraignantes destinées à la pratique clinique en Suisse.

Ces recommandations doivent toutefois clairement tenir compte des directives locales et de l'impact qu'ont les grandes variations dans les stocks de matériel, en particulier concernant les équipements de protection individuelle (EPI).

Les présentes modifications résument l'opinion des expert-e-s membres de l'AFMM et de la SSUMGO quant aux problèmes qui se posent avant, pendant et après l'accouchement.

Principales problématiques avant l'accouchement

Avant son entrée dans la clinique ou le cabinet, chaque patiente doit être interrogée sur d'éventuels symptômes cliniques, y compris des symptômes atypiques tels que l'anosmie, l'agueusie ou des diarrhées. Si possible, nous recommandons également de mesurer la température des patientes. La mesure de la saturation en oxygène (SpO2) peut servir d'outil de dépistage supplémentaire.

Certains centres et cabinets envoient un SMS, ou un membre de l'équipe appelle les patientes 24 heures avant le rendez-vous afin de leur rappeler que seules les personnes qui ne présentent aucun symptôme peuvent se rendre à leur consultation.

En cas de risque, des consultations prénatales par téléphone (ou visioconférence) sont à envisager. Cette approche peut également faire baisser le nombre de consultations dans le groupe à faible risque. En revanche, aucune réduction du nombre de consultations n'est recommandée chez les patientes à risque.

A l'heure actuelle, des gynécologues en cabinet de différentes régions en Suisse effectuent des examens de contrôle jusqu'au terme afin de diminuer la charge de travail dans les unités de consultations

obstétriques ambulatoires.

Durant les examens de contrôle prénataux et les échographies, les professionnels doivent porter un équipement de protection individuelle, de préférence un masque chirurgical, ou un masque FFP2 s'il existe un risque de transmission par aérosols. Il serait judicieux que toutes les patientes portent aussi un masque, mais le manque d'approvisionnement et l'état des stocks dans toutes les régions de Suisse rendent cette idée difficilement applicable. Outre les masques, les échographistes doivent également utiliser des gants.

Si une patiente est COVID-19 positive, elle doit être transférée dans une zone réservée à cet effet. Le port d'un masque chirurgical est alors obligatoire. La même procédure doit être appliquée chez les patientes qui présentent des symptômes cliniques. Un test de dépistage pour une infection à Sars-CoV-2 doit impérativement être fait chez ces patientes enceintes.

Si une patiente s'avère COVID-19 positive, les échographies indiquées d'un point de vue médical doivent être effectuées dans une pièce prévue à cet effet. Si possible, ouvrez les portes et les fenêtres après l'examen. Prévoyez suffisamment de temps (30 à 60 minutes) entre deux patientes afin de nettoyer la pièce.

A l'heure actuelle, la SSUMGO ne recommande que deux dépistages échographiques chez les patientes à faible risque, l'une au premier et l'autre au deuxième trimestre. Ces échographies sont remboursées par les caisses-maladie (conformément à la LAMal). Tout autre examen mené auprès de ces patientes doit être indiqué sur le plan médical. Jusqu'à maintenant, et ce même durant la pandémie, les tests prénataux non invasifs (TPNI) sont uniquement remboursés si les résultats de l'examen de dépistage du premier trimestre indiquent qu'il existe un risque supérieur à 1:1000.

De façon générale, les dépistages échographiques du premier et du deuxième trimestre sont indispensables et doivent être proposés à toutes les femmes enceintes. Ils permettent de classer chaque grossesse dans le groupe à faible ou à haut risque autour de la 12^e semaine.

Si une patiente est testée positive, toute échographie programmée doit être reportée, pour autant qu'elle puisse être effectuée correctement ultérieurement. Si ce n'est pas le cas, un entretien approfondi doit avoir lieu.

Les procédures invasives, telles que l'amniocentèse ou la biopsie du trophoblaste, doivent être faites uniquement sur la base d'une indication médicale. Il est recommandé de reporter une procédure invasive si la patiente présente des symptômes cliniques tels que de la fièvre ou une toux. Si une procédure invasive est indiquée chez une patiente COVID-19 positive, ne pas utiliser uniquement de la chlorhexidine, mais aussi une solution d'alcool (p. ex. de l'éthanol à 62-71 %) pour désinfecter la peau et détruire efficacement le virus. Même si le risque semble faible, nous ignorons si le virus peut être transmis

au fœtus lors d'une procédure invasive menée sur une femme enceinte COVID-19 positive et, le cas échéant, si cela affecte le fœtus ou la grossesse. Les patientes doivent être informées de ce risque avant la procédure.

Les données actuelles ne montrent ni une augmentation des risques d'infection chez les femmes enceintes en bonne santé ni une augmentation de la gravité de la maladie par rapport aux femmes qui ne sont pas enceintes.

Considérations importantes concernant les traitements médicaux pendant la grossesse

S'il existe un risque d'accouchement prématuré, une accélération de la maturation pulmonaire fœtale à l'aide de l'administration de bétaméthasone ou de dexaméthasone doit être envisagée entre la 24^e et la 34^e semaine de gestation, en fonction des facteurs obstétriques. Cependant, celle-ci doit être discutée et décidée d'un commun accord avec un-e infectiologue ou un-e pneumologue et le/la néonatalogiste chez les patientes COVID-19 positives atteintes d'une pneumonie grave.

Le traitement par sulfate de magnésium doit être mené en suivant les directives nationales actuelles, sans restriction.

La prise d'une faible dose d'aspirine doit être interrompue durant la phase aiguë, en raison des risques de thrombocytopénie associée à une maladie à COVID-19. La patiente peut ensuite reprendre le traitement, selon l'âge gestationnel et la numération plaquettaire.

Conseils pour la prise en charge pendant l'accouchement

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ne considère pas l'accouchement comme un événement source d'aérosols. Les expert-e-s recommandent toutefois de mettre des masques FFP2 à disposition des femmes COVID-19 positives ainsi que de celles qui présentent des symptômes et sont fortement suspectées d'avoir contracté le virus. En général, l'équipe médicale doit être limitée à un nombre le plus restreint possible de professionnel-le-s chevronné-e-s (obstétricien-ne et sage-femme) durant l'accouchement.

En cas de césarienne d'urgence (<10 min) sous anesthésie générale, l'anesthésiste ainsi que tous les membres de l'équipe chirurgicale doivent porter un masque FFP2 afin de réduire le risque d'infection durant l'intubation, processus qui produit une grande quantité d'aérosols.

En Suisse, il existe un large consensus selon lequel les partenaires peuvent être présents durant l'accouchement. En revanche, leur présence dans la salle d'opération lors d'une césarienne dépend de la politique de chaque hôpital.

Il n'existe aucun consensus quant à une restriction à appliquer à la deuxième partie du travail afin de prévenir des difficultés respiratoires chez la mère. Une approche individuelle qui tient compte des symptômes individuels est cependant recommandée.

Il est important de noter que la maladie à COVID-19 n'est pas une indication de césarienne, sauf si la patiente est dans un état critique et instable.

Les pratiques n'ont pas été uniformisées en ce qui concerne la collecte de sang ombilical, de tissu placentaire et de liquide amniotique après l'accouchement. Certains établissements recueillent une partie du matériel susmentionné. Il existe un consensus selon lequel le placenta doit être envoyé au service de pathologie à des fins d'analyse, et le sang ombilical conservé en vue d'examen ultérieurs, si possible.

Il n'existe aucun consensus quant au dépistage chez le nouveau-né. La plupart des centres ne testent toutefois pas les nouveau-nés en bonne santé.

Après l'accouchement

Il existe un consensus selon lequel le nouveau-né peut rester dans la pièce isolée réservée à la mère. Celle-ci est autorisée à allaiter. Elle doit toutefois avoir recours à des mesures de précaution, telles que porter un masque durant l'allaitement, avoir une bonne hygiène des mains et garder ses distances.

Les visites doivent être évitées ou réservées uniquement aux partenaires sans symptômes cliniques et limitées dans le temps, afin de réduire encore davantage le risque d'infection et de protéger le personnel et les autres patients de l'hôpital.

Aucune approche rigoureuse n'est préconisée quant à la durée du séjour hospitalier après l'accouchement. Il existe toutefois un consensus entre les expert-e-s : si une patiente COVID-19 positive est asymptomatique, elle doit quitter la clinique aussi rapidement que son état de santé le permet, une fois que les sages-femmes et les pédiatres ont autorisé un suivi à domicile.

Si la patiente présente des symptômes cliniques, il s'agit d'utiliser une approche individuelle en fonction de la gravité de l'infection, en tenant compte de la possibilité de détérioration aiguë de la fonction pulmonaire aux jours 5 à 10.

Remarque finale

Tel que le mentionnent les recommandations SSGO Gynécologie Suisse : « Infection à coronavirus COVID-19, grossesse et accouchement » (version publiée du 24.03.2020) :

En raison de la situation dynamique de l'épidémie du COVID-19 et des nombreuses incertitudes concernant la grossesse et l'accouchement, les recommandations peuvent changer rapidement.