

SUIVI DES FEMMES ENCEINTES COVID-19+

Les femmes enceintes ne semblent pas être plus à risque de contracter la COVID-19 que le reste de la population. En raison des changements physiologiques durant la grossesse, les femmes enceintes sont cependant plus à risque de présenter des symptômes sévères de la COVID-19 (syndrome de détresse respiratoire aiguë, pneumonie), en particulier au 2^e et au 3^e trimestre. La COVID-19 sévère chez la femme enceinte peut entraîner un accouchement prématuré et un risque élevé de prééclampsie et de perte fœtale.

Selon l'état actuel des connaissances, la COVID-19 ne cause pas de malformation du fœtus à la naissance. Parmi les cas étudiés de femmes enceintes qui ont eu le virus qui cause la COVID-19 dans le monde, on recense de très rares cas de transmission par la voie placentaire.

Même si le risque de présenter des complications est plutôt faible, ces informations illustrent qu'il est important pour les femmes enceintes de se protéger de la COVID-19 comme de toute autre infection virale et d'adapter la surveillance de la grossesse dès 14 SA en cas d'infection.

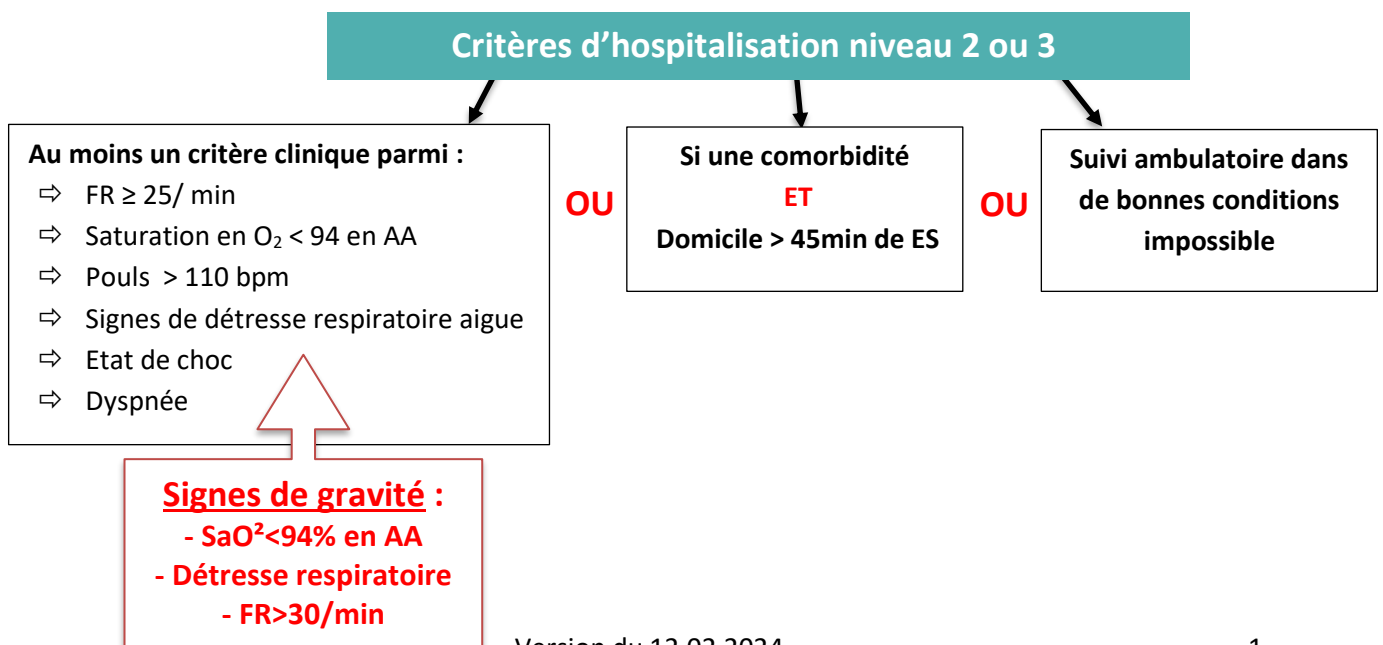
Il est recommandé aux futures mères de se faire vacciner avant la conception ou dès le 1^{er} trimestre de grossesse de façon à réduire le risque de contamination à la Covid-19 pendant la grossesse. Les femmes enceintes qui se font vacciner transmettent des anticorps au fœtus et protègent ainsi le nouveau-né contre le virus.

1) Comorbidités ou facteurs de risque de forme grave de Covid 19 :

Le risque de forme grave de Covid-19 est plus élevé si la femme enceinte présente d'autres facteurs de risque comme :

- Grossesse au 3^{ème} trimestre (>28SA)
- IMC > 30 kg/ m²
- HTA chronique,
- ATCD cardiovasculaires : AVC, chirurgie cardiaque, coronaropathie
- Insuffisance rénale chronique dialysée
- Diabète antérieure à la grossesse insulino-dépendant non équilibré ou avec complications
- Pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser
- Immunodépression congénitale ou chronique (médicamenteuse, chimiothérapie, cancer métastaté, immunosuppresseurs, post greffe d'organe solide de cellules souches hématopoïétiques, infection à VIH non contrôlée avec taux de CD 4 < 200 /mm³)
- Hémopathie maligne en cours de traitement
- Cirrhose hépatique Stade B

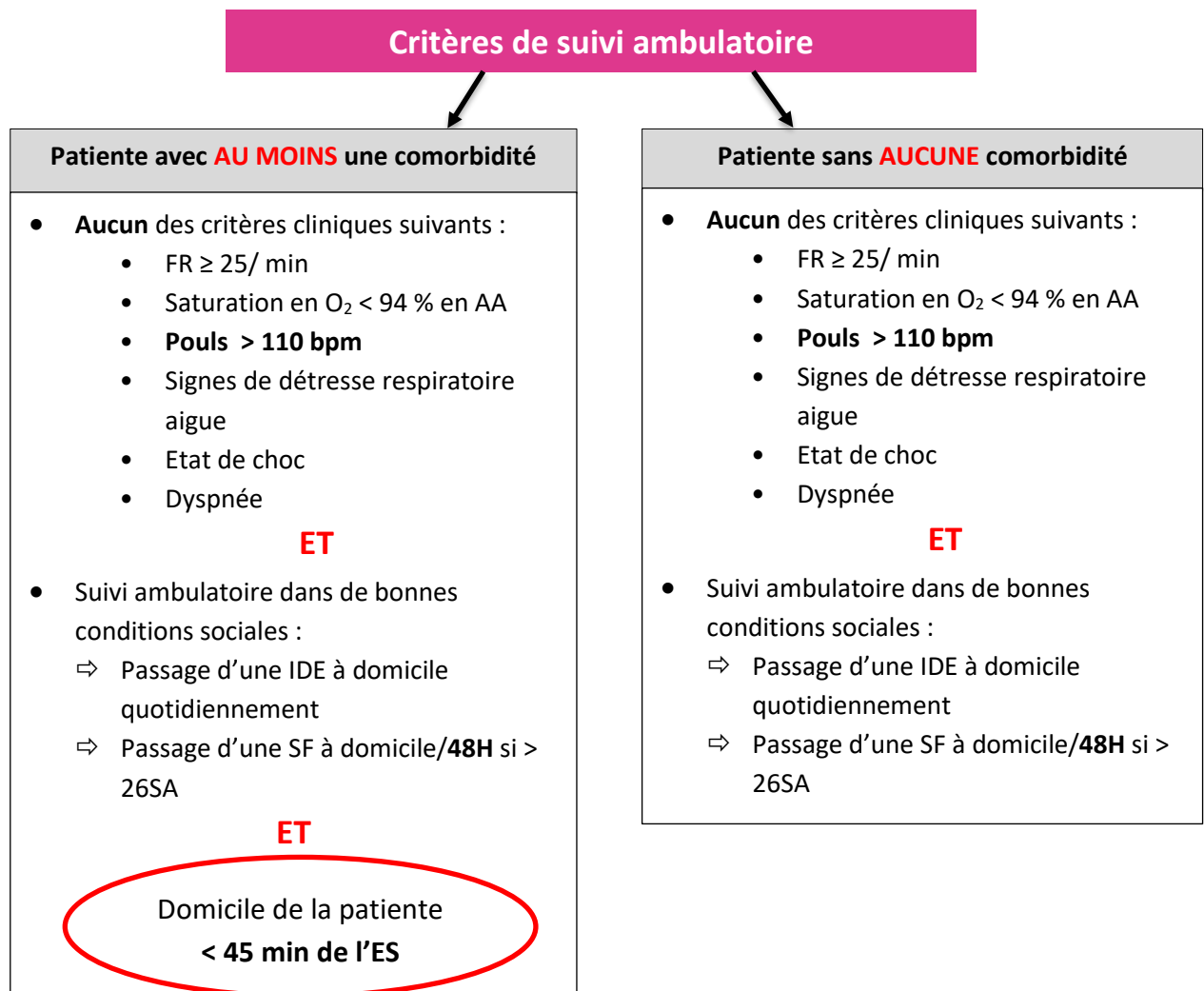
2) Critères d'hospitalisation en maternité de niveau 2 ou 3 :



3) Critères de suivi ambulatoire :

L'hospitalisation d'une femme enceinte suspecte ou confirmée de COVID-19 ne doit pas être systématique.

Si l'état de la patiente ne nécessite pas de consultation aux urgences de la maternité (faible risque de forme grave de Covid-19 et absence des critères habituels d'orientation aux urgences), le suivi ambulatoire de la femme enceinte infectée par la Covid-19 peut être initié en ville par le médecin traitant ou le référent de suivi de la grossesse, idéalement en concertation avec le GO de la maternité référente. Cette surveillance est à mettre en place dès 14SA.



En cas de suivi ambulatoire initié par le professionnel de santé de ville sans consultation aux Urgences obstétricales, il convient de :

- Vérifier le respect des critères de suivi ambulatoire (et donc l'absence des critères d'hospitalisation suscités),
- Prescrire ou faire prescrire, à toute femme enceinte covid19+ dès 14 SA :
 - une IDE à domicile pour surveillance par saturomètre x1/j pendant la durée d'isolement,
 - un bilan par une IDE à domicile avec NFP, ASAT, ALAT, iono, créat, TP, TCA, fibrinogène, dès le diagnostic de la Covid si femme enceinte non vaccinée contre la Covid,
 - d'une sage-femme à domicile/48h pour Bdc + surveillance critères généraux et obstétricaux (ERCF à partir de 26SA) pendant la période d'isolement,
 - des bas de contention adaptés à la morphologie de la patiente,

- traitement anticoagulant selon les modalités ci-dessous :

Thromboprophylaxie COVID pré et per partum => 4 situations :

1. Patiente asymptomatique ou pauci-symptomatique ($SaO_2 > 94\%$ ou $FR < 25/min$)

- ⇒ BAT, hydratation, mobilisation
- ⇒ Si FdR* ou comorbidité : HBPM 10 à 14 jours

2. Patiente hospitalisée pour prise en charge COVID 19 :

- ⇒ HBPM 10 à 14 jours
- ⇒ réévaluation selon sévérité de la maladie et comorbidité

3. Patiente avec signe de gravité lié à la COVID 19 (surtout celle avec besoin en O_2 élevé en continu) :

- ⇒ HBPM pendant toute la grossesse et 6 semaines en PP

4. Patiente avec TVP documentée :

⇒ Prise en charge comparable à celle d'une TVP en cours de grossesse, soit HBPM pendant toute la grossesse puis jusque 6 semaines en PP, pour une durée totale de 3 mois.

*Facteurs de risques : HTA, Age > 35ans, IMC > 30 avant grossesse, Diabète, ATCD pré-éclampsie, HTA gravidique pour la grossesse actuelle.

4) Durée du suivi ambulatoire et port du masque hors domicile :

- COVID+ asymptomatique ou symptomatique non hospitalisée : protection gouttelettes (masque, plus d'isolement obligatoire) à partir du résultat PCR **pendant 10 jours**.
- COVID+ symptomatique (quel que soit le symptôme) hospitalisée : **17 jours à partir du J1 des symptômes**.
- COVID+ hospitalisée en réanimation: **isolement 21 jours à partir du J1 des symptômes**.

5) Suivi de grossesse des patientes covid+ après phase aigüe :

- Si > 22 SA => Prévoir **échographie de croissance et étude doppler complète** (en ville ou en ES) 4 semaines après la phase aigüe.
- **Écho DAN si anomalie écho, anomalie dopplers, EPF < 10^{ème} percentile, arrêt ou infléchissement franc de la croissance.**
- Si < 22 SA => pas de suivi particulier.