

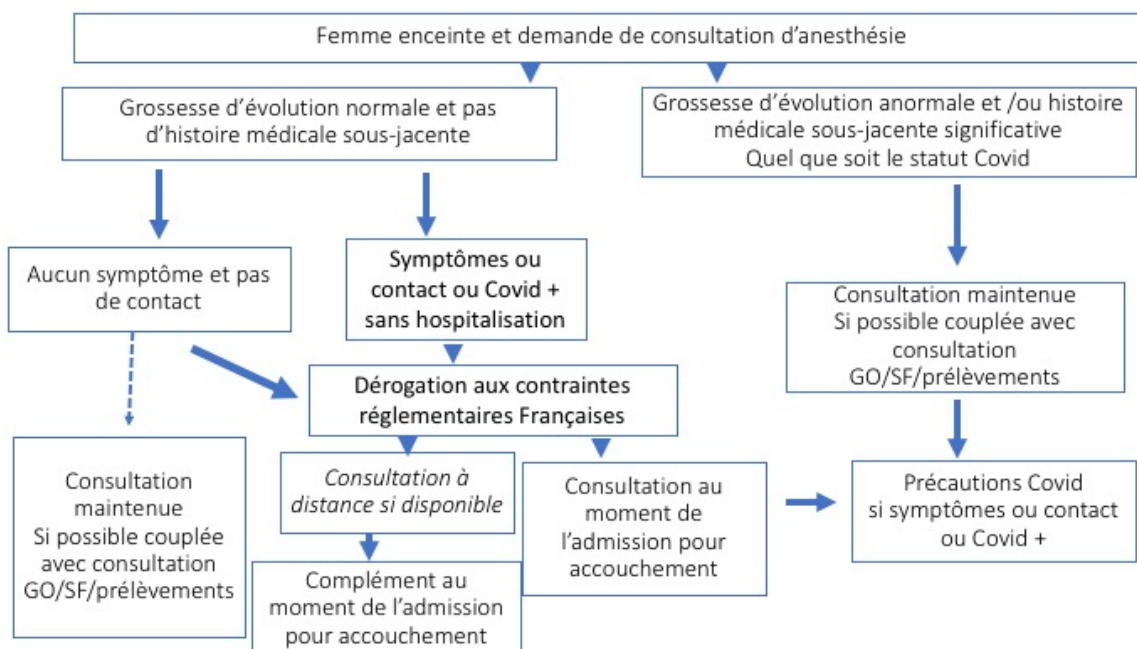
Propositions concernant la prise en charge d'une femme suspecte/atteinte de Covid 19 (SARS-COV2) pour l'analgésie d'accouchement

Dan Benhamou, Marie Pierre Bonnet, Estelle Morau, Frédéric Mercier
 CARO, SOS-ALR - 17 mars 2020

Dans le cadre de la consultation d'anesthésie (Figure 1)

L'évaluation initiale est réalisée par la sage-femme ou l'obstétricien qui suit la femme en consultation.

Lorsque la grossesse est d'évolution normale et ne comporte pas d'histoire médicale sous-jacente, s'il n'existe aucun symptôme et aucun contact, la consultation d'anesthésie peut être maintenue mais une consultation à distance est privilégiée, avec complément le jour de l'accouchement.



S'il existe des symptômes ou un contact avec une personne infectée ou une positivité du test Covid + n'ayant pas requis d'hospitalisation, une dérogation aux contraintes réglementaires Françaises peut être proposée :

- Si une consultation à distance est disponible, un complément d'examen au moment de l'admission pour accouchement sera réalisé.
- Si cette solution n'est pas envisageable, la consultation peut être réalisée au moment de l'admission pour accouchement. Bien que ceci soit en décalage avec les normes françaises, cette situation n'expose pas à un risque vital constant puisque ce modèle est la norme dans de nombreux pays, notamment anglo-saxons et les données de sécurité ne font pas apparaître de risque accru.

En revanche, si la grossesse d'évolution anormale et /ou qu'il existe une histoire médicale sous-jacente significative et ce quel que soit le statut Covid, la consultation maintenue et l'équipement de protection spécifique est utilisé si le statut Covid est positif ou à risque.

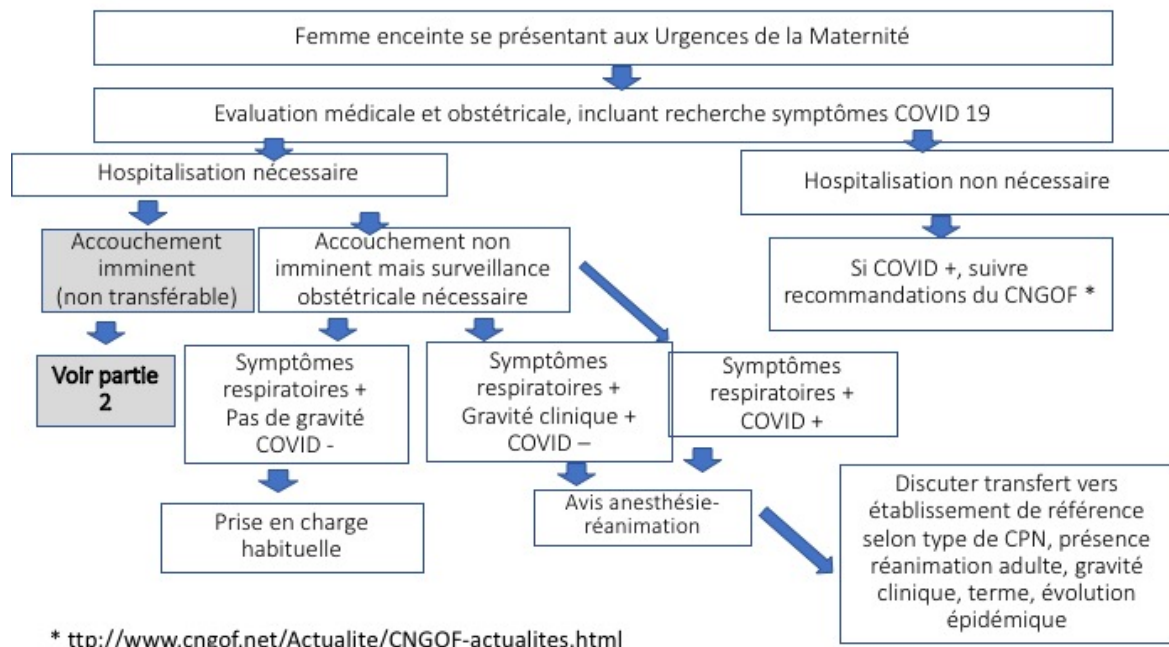
Dans le cadre d'un accueil aux Urgences Obstétricales ou d'une hospitalisation

Les conditions de prise en charge des femmes atteintes ou suspectes d'atteinte virale à Covid-19 et enceintes mais ne relevant pas d'une hospitalisation pour l'accouchement sont décrites dans le document réalisé par le CNGOF et la Collégiale des Gynécologues-Obstétriciens d'Ile de France ^(1,2). Dès l'arrivée à la maternité, l'évaluation est réalisée par le senior de garde d'obstétrique. Ne pas attribuer toutes les fièvres au Covid-19 et « oublier » les causes classiques de fièvre chez la femme enceinte et inversement (penser au Covid 19).

Pour celles relevant d'une hospitalisation, le motif peut être lié soit à un accouchement imminent (les patientes sont donc non transférables) soit à une cause

médicale ou obstétricale nécessitant une surveillance et une prise en charge hospitalières (Figure 2).

Pour ces dernières, s'il n'existe aucun argument en faveur d'une infection à Covid-19 ou si les symptômes respiratoires existent mais sont sans gravité, un test est réalisé et un avis anesthésique est requis pour évaluer la gravité respiratoire. Si le test est négatif, une prise en charge habituelle est instaurée. Elle pourra être modifiée si des éléments cliniques nouveaux surviennent.



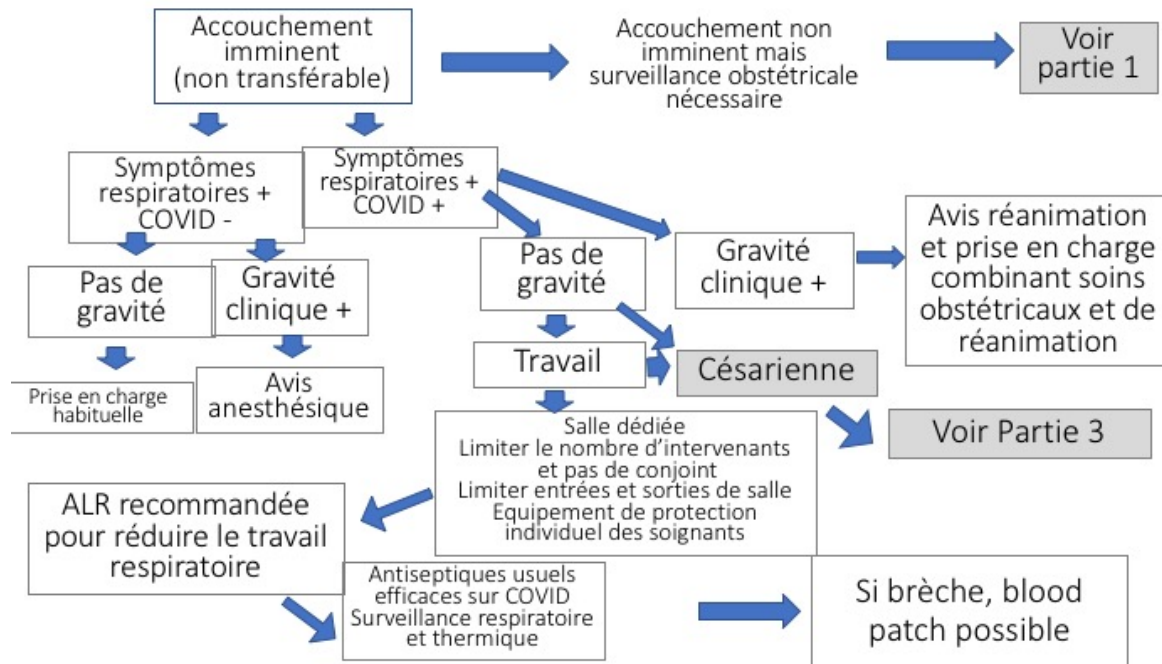
Si le test est positif, un avis anesthésique est requis pour évaluer la gravité respiratoire. Une discussion s'instaure au sein de l'équipe obstétricale (et éventuellement avec un infectiologue référent si celui-ci est disponible) afin de juger de la transférabilité vers un établissement de référence selon type de centre périnatal, la présence locale d'une réanimation adulte, la gravité clinique, le terme et la situation obstétricale, et l'évolution épidémique globale.

D'une façon générale, le besoin de transfert in utéro éventuel et le lieu d'accouchement sont déterminés par les conditions foeto-néonatales (notamment le terme) et l'état maternel :

- 1) En cas d'infection suspectée ou confirmée mais avec signes de gravité maternels, le lieu de l'accouchement doit comporter une compétence de réanimation maternelle si le terme ne conduit pas à envisager un besoin de réanimation néonatale, ou à une double compétence maternelle et néonatale si le terme est très précoce (ou le risque néonatal est par ailleurs élevé).
- 2) En cas d'infection suspectée ou confirmée mais sans signe de gravité, et travail obstétrical en cours ou avec probabilité d'un début dans les heures qui suivent, le transfert peut être réalisé vers un autre centre essentiellement selon le terme et la nature du risque obstétrical et non pas nécessairement en fonction de la pathologie maternelle.

Le transfert vers une autre structure peut également être envisagé si l'établissement ne dispose pas des moyens permettant de réaliser le diagnostic (PCR) à court terme ⁽¹⁾. Alternativement, le prélèvement peut être transféré vers une structure disposant du diagnostic virologique.

Conditions particulières pour l'accouchement par voie basse et la prise en charge analgésique du travail (Figure 3)



Précautions générales ⁽¹⁾

- 3) limiter le nombre d'intervenants dans une salle dédiée (par exemple en limitant à un anesthésiste-réanimateur seul) et alors se faire aider par la sage-femme dédiée, éviter les entrées-sorties qui obligerait à des procédures d'habillage et de déshabillage répétées.
- 4) Ne pas autoriser le conjoint en salle d'accouchement
- 5) Habillage et déshabillage selon la règle établie pour les patients à risque (charlotte, lunettes, surblouse imperméable, gants longs, solution hydro-alcoolique etc...) pour tous les membres de l'équipe obstétricale pénétrant dans la salle d'accouchement
- 6) SHA et antiseptiques efficaces sur le virus. Donc antisepsie habituelle.

La réalisation d'une **ALR neuraxiale** peut être favorisée si la patiente présente des symptômes respiratoires qui pourraient être aggravés par la douleur du travail et l'hyperventilation. Dans les autres cas, le choix de la méthode analgésique résulte d'une analyse du contexte médical et du souhait de la patiente.

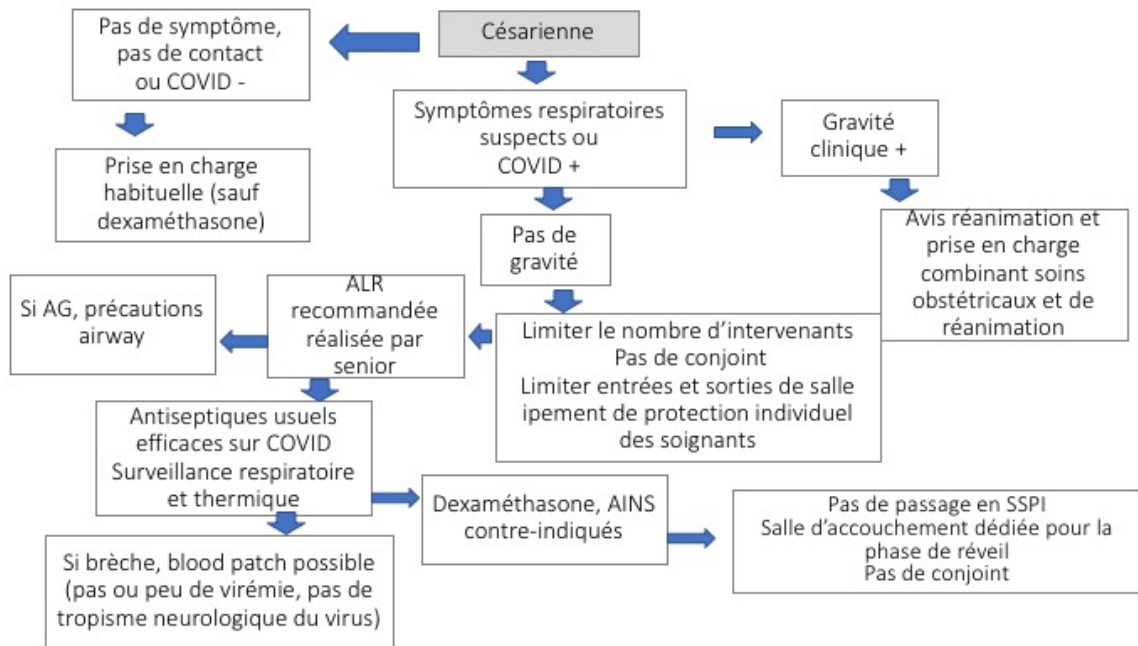
Les risques de réalisation d'une analgésie neuraxiale sont probablement minimes, voire absents car :

- Covid-19: le virus donne pas ou peu de virémie ⁽³⁾ et il n'a été observé d'atteinte neurologique avec ce virus ⁽⁴⁾ .
- aucune équipe dans le monde n'a pour l'instant rapporté dans la littérature de problème particulier avec la péridurale, ou signalé des cas d'hyperthermie qui pourraient être associés ou favorisés par l'emploi de la péridurale analgésique. Aucune équipe n'a rapporté la réalisation de blood patch nécessaire suite à une brèche. Il est difficile de savoir si cela est expliqué par le fait parce qu'aucune péridurale n'a été réalisée ou si c'est parce qu'il ne s'est rien passé mais la 2nde option semble la plus plausible.

Donc dans l'immédiat la proposition est de ne pas modifier les indications et les pratiques analgésiques chez les patientes pas ou peu symptomatiques.

En cas d'aggravation clinique per-accouchement (fièvre, détresse respiratoire), notamment besoin d'intubation, il est convenu de se reporter aux principes de prise en charge des femmes enceintes en réanimation ^(5,6) et de suivre les recommandations générales concernant la prise en charge des voies aériennes ⁽⁷⁻⁹⁾.

Si une **césarienne** est nécessaire (Figure 4), celle-ci sera le plus souvent réalisée avec une anesthésie loco-régionale qui présente les avantages supplémentaires d'éviter la manipulation et l'accès aux voies aériennes ⁽⁷⁻⁹⁾.



Des précautions similaires à celles nécessitées en cas d'acte chirurgical ⁽⁸⁾ sont mises en œuvre et adaptées à la situation obstétricale (masque chirurgical pour la personne opérée tout au long de l'intervention, protection des personnels, limiter le nombre d'intervenants et éviter la présence du conjoint). Le passage par la SSPI est à éviter : la récupération motrice et sensitive après une anesthésie loco-régionale peut être monitorée par l'équipe anesthésique présente dans une salle d'accouchement dédiée afin de laisser libre la salle de césarienne. Le retour dans un secteur postopératoire est ensuite réalisé directement après la sortie de cette salle. La dexaméthasone et les AINS ne sont pas recommandés chez les patientes infectées ou à risque. Les éléments de prise en charge du nouveau-né sont décrites dans les recommandations éditées par la Société Française de Néonatalogie ⁽¹⁰⁾.

Références

1. Prise en charge aux urgences maternité d'une patiente enceinte suspectée ou infectée par le coronavirus (Covid-19) – version du 15/03/2020. Actualités du CNGOF. <http://www.cngof.net/Actualite/CNGOF-actualites.html>
2. Principes concernant l'organisation dans les maternités d'Ile-De-France face à l'épidémie du COVID-19. Avis de la Collégiale de Gynécologie Obstétrique d'Ile-De-France 10 mars 2020.
3. Wang W et al. Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. JAMA Published online March 11, 2020.
4. Guan WJ et al. [Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China.](#) N Engl J Med. 2020 Feb 28. doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
5. [ACOG Practice Bulletin No. 211: Critical Care in Pregnancy.](#) Obstet Gynecol. 2019 May;133(5):e303-e319. doi: 10.1097/AOG.0000000000003241.
6. Rush B et al. Acute Respiratory Distress Syndrome in Pregnant Women. [Obstet Gynecol.](#) 2017 Mar;129(3):530-535. doi: 10.1097/AOG.0000000000001907.
7. Cheung JC-H et al. Staff safety during emergency airway management for COVID-19 in Hong Kong. [Lancet Respir Med 2020](#) Published Online February 24, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30084-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30084-9).
8. Montravers P, Lucet JC. Propositions pour la prise en charge anesthésique d'un patient suspect ou infecté à Coronavirus COVID-19. <https://sfar.org/propositions-pour-la-prise-en-charge-anesthesique-dun-patient-suspect-ou-infecte-a-coronavirus-covid-19/>
9. Peng PWH, et al. Outbreak of a new coronavirus: what anaesthetists should know. Br J Anaesth doi: [10.1016/j.bja.2020.02.008](https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.02.008).
10. Propositions de la Société Française de Néonatalogie & de la Société Française de Pédiatrie concernant les nouveau-nés dans le contexte d'épidémie à covid-19. https://f4ed7074-25ed-461c-8cf3-ddd4393f43e2.filesusr.com/ugd/d8ff38_d048ccc68985404980b5585fb108e4a8.pdf