



ApelipNews # 9

Les nourrissons devraient-ils être séparés des mères atteintes de COVID-19?

La pandémie de COVID-19 a touché toutes les tranches d'âge, en commençant par les premières heures et les premiers jours après la naissance. Certains ont préconisé d'isoler les nouveau-nés de mères suspectes ou confirmées COVID-19 afin de réduire le risque de transmission. Les données sont limitées et les recommandations pour les premiers jours après la naissance diffèrent.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande aux nourrissons et aux mères COVID19 " rester ensemble et pratiquer le contact peau à peau, les soins du kangourou ; l'allaitement est fortement recommandé. Les mères sont encouragées à se laver les mains, à porter un masque en cas de toux et désinfecter régulièrement les surfaces qu'elles touchent".

Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC) conseille «d'envisager temporairement de séparer la mère de son enfant » jusqu'à ce que la mère ne soit plus considérée comme contagieuse. Pendant la séparation, le CDC recommande que les femmes tirent le lait maternel et que le nouveau-né soit pris en charge par un soignant. Le CDC suggère en outre que «Les risques et les avantages de la séparation temporaire doivent être discutés par l'équipe de soins de santé ».

L'auteur se pose la question : quels pourraient être les avantages et risques d'une séparation temporaire? L'avantage de la séparation est qu'elle minimise le risque de transmission du SRAS-CoV-2 de la mère à l'enfant pendant le séjour à l'hôpital. Cependant, plusieurs facteurs sont à prendre en considération :

1. Même si la séparation empêche l'infection pendant le séjour de maternité, elle n'empêche pas l'exposition après la sortie. L'isolement à l'hôpital peut donc retarder, mais pas prévenir, l'infection infantile.
2. L'interruption des soins peau à peau perturbe physiologiquement le nouveau-né. Ceci s'observe également chez les nouveau-nés placés en incubateurs. L'isolement est un facteur de stress important pour les nouveau-nés; encore plus pour ceux déjà infecté par le SRAS-CoV 19 et pourrait aggraver l'évolution de la maladie aussi bien chez le nouveau-né que chez sa mère par le biais du stress.
3. La séparation interfère avec l'approvisionnement en lait maternel du nouveau-né, perturbant le système de protection immunitaire inné et spécifique. L'allaitement maternel est le premier vaccin d'un nouveau-né, et les soins peau à peau sont importants pour la colonisation du microbiote infantile ; protégeant ainsi le nouveau-né contre l'infection.
4. La séparation immédiate de la mère et du nouveau-né après la naissance peut rendre ce dernier plus vulnérable aux infections respiratoires graves, y compris COVID-19, durant la première année de vie.
5. L'isolement séparé double la charge et de travail et de cout pour le système de santé : deux chambres d'hôpital, deux équipes soignantes et deux ensembles d'équipements de protection individuelle (EPI).

Les mesures de séparation mère /nouveau-né n'ont pas prouvé qu'elles amélioreraient les résultats. Par contre elles pourraient avoir des mesures désastreuses dans les pays à faible revenu.

[Should Infants Be Separated from Mothers with COVID-19? First, Do No Harm](#)
Alison Stuebe BREASTFEEDING MEDICINE Volume 15, Number 5, 2020 DOI: 10.1089/bfm.2020.29153.ams



Observation d'un cas néonatal de coronavirus 2019 en Chine

Les auteurs rapportent le cas d'infection néonatale au COVID-19 en Chine avec des prélèvements pharyngés positifs par test (rRT-PCR) **36 heures après la naissance**. Cependant, il reste à confirmer si le cas est une transmission verticale de la mère à l'enfant.

Le 1er Février 2020, une femme enceinte de 40 SA, a présenté un saignement avec des douleurs abdominales basses. Deux heures plus tard, elle a développé une fièvre (37,8 ° C). La TDM thoracique a montré des opacités en verre dépoli au niveau des lobes supérieurs et inférieurs gauches, indiquant la possibilité d'une pneumonie virale. Les tests sanguins ont révélé une lymphopénie, une neutropénie et une CRP élevée. Elle a été hospitalisée pour une pneumonie virale présumée.

À l'admission, sa température était à 37,8 °C, tension artérielle normale, FR de 20 cycles/ min et une FC de 96 bat/min. Elle n'avait ni toux ni expectorations. Le RCF était de 136 bpm sans aucune anomalie décelée. Une césarienne en urgence a été indiquée. À 8 H 45 le 2 février, elle a accouché d'un garçon pesant 3205g. Apgar à 8¹ et 9⁵. Pas de détresse respiratoire. La mère portait un masque N95 tout au long de l'intervention et le nouveau-né n'a eu aucun contact avec la mère après la naissance. L'enfant a été transféré au service de néonatalogie 10 minutes après la naissance pour une surveillance étroite et la mère a été transférée pour isolement.

Le bilan du nouveau-né a révélé une lymphopénie, le bilan hépatique était perturbé (TGO 143 U / L) ; bilirubine totale 33,0 µmol / L ; taux élevé de CK (479 U / L). **La pénicilline G intraveineuse** (150 000 U une fois par jour, bolus intraveineux) et la vitamine K1 (1 mg une fois par jour, par voie intraveineuse) ont été administrées comme prophylaxie antibiotique et pour prévenir la maladie hémorragique.

La mère avait une fièvre intermittente le premier jour postopératoire avec des chiffres allant jusqu'à 38,3 ° C. Elle a reçu de **la méthylprednisolone (20 mg IV)**. Son écouvillon pharyngé prélevé pour le SARS-CoV-2 a été déclaré positif. Un **prélèvement pharyngé a été réalisé immédiatement chez le nouveau-né (36 heures après la naissance)**, avec le lait maternel de la mère. *Il a été recommandé à la mère de ne pas allaiter et de tirer son lait.*

Les bilans du nouveau-né sont revenus négatifs : Legionella pneumophila , Chlamydia pneumoniae , Mycoplasma pneumoniae , fièvre Q (Rickettsia), adénovirus, virus respiratoire syncytial, virus grippal A, virus grippal B et virus parainfluenza 1 à 3.

Un screening viral chez le nouveau-né était négatif, y compris le CMV, le virus de la rubéole, Toxoplasma gondii , les virus de l'herpès simplex de types 1 et 2, l'échovirus, le parvovirus B19, le virus EBV, le coxsackievirus A16, le coxsackievirus B, le virus de la rougeole , le virus varicelle-zona.

La radiographie pulmonaire néonatale a montré une trame pulmonaire épaissie sans anomalie cardiaque.



Le 5 février, les signes vitaux du nouveau-né étaient stables avec une SaO₂ > 90%. Le résultat de l'écouvillonnage pharyngé pour le SRAS-CoV-2 était positif 36 heures après la naissance. Le diagnostic d'une infection par le SRAS-CoV-2 a été retenue.

Des tests PCR pour le SRAS-CoV-2 réalisés sur du *sang de cordon et des échantillons placentaires* conservés ont été négatifs. L'échantillon de *lait maternel de la mère* était également négatif pour le SRAS-CoV-2.

Le nouveau-né été isolé avec une surveillance clinique et aucun traitement spécial n'a été administré. La TDM thoracique du 6 février a montré une opacité nodulaire sous la plèvre du segment postérieur du lobe supérieur du poumon droit. La TDM thoracique du 12 février a montré que le lobe supérieur et le lobe inférieur du poumon droit étaient parsemés avec de petites opacités. La TDM thoracique du 17 février a montré une disparition des opacités. Le 17 février la PCR des prélèvements pharyngés et anaux pour le SRAS-CoV-2 étaient négatifs. Le nouveau-né est sorti le 18 février.

Le nouveau-né a eu un clampage précoce du cordon ombilical et un nettoyage précoce pour éliminer le sang maternel et le liquide amniotique. Puis il a été transféré dans une salle d'isolement néonatal peu après l'accouchement. La mère portait un masque N95 pendant l'intervention et n'avait aucun contact étroit avec le nouveau-né. Cependant, comme nous n'avons pas conservé les échantillons des écouvillons pharyngés du nouveau-né peu de temps après la naissance, la première fois que nous avons prélevé des échantillons des écouvillons pharyngés du nouveau-né, c'était 36 heures après la naissance. Pendant cette période, nous ne pouvons pas exclure la possibilité d'une autre transmission par contact du nouveau-né. De plus, il a été confirmé que le coronavirus du SRAS a été détecté par RT-PCR dans le liquide péritonéal maternel prélevé lors de l'accouchement par césarienne chez 28 patientes atteintes du SRAS en 2003.

En conclusion : Les données cliniques sur COVID-19 chez les nouveau-nés sont encore très limitées. On ignore encore si le SRAS-CoV-2 peut se transmettre verticalement à travers le placenta et ses effets nocifs à court et à long terme sur le nouveau né. Par conséquent, il est important de conserver tous les échantillons de femmes enceintes infectées par le SRAS-CoV-2 et de leurs nouveau-nés, y compris **les écouvillons pharyngés, le sang périphérique, le tissu placentaire après l'accouchement, le liquide amniotique, le sang de cordon, les écouvillons pharyngés du nouveau-né et le lait maternel**

*A Case Report of Neonatal 2019 Coronavirus Disease in China Shaoshuai Wang, et al <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa225>
<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa225/5803274>
Shek CC, Ng PC, Fung GPG, et al. Infants born to mothers with severe acute respiratory syndrome (SARS). *Pediatrics* 2003; 112:e254.e254*

Reconstruction 3D TDM covid-19

Les reconstructions volumiques du scanner réalisé sur une patiente covid-19 ont permis d'élaborer l'image ci-dessous.

http://www.thema-radiologie.fr/video/ry200257suppm_360p.mp4

Dépistage et gravité de la maladie à COVID-19 chez les enfants à Madrid, Espagne

L'analyse de cette série est en accord avec celles publiées précédemment, suggérant que seulement 2% des individus affectés ont moins de 19 ans. À Madrid, 60% des infections confirmées chez les enfants ont dû être admises. Les critères habituels d'admission dans notre région en raison de problèmes respiratoires coïncident avec la définition d'une maladie grave en Chine. Seuls 21 des 731 enfants avec COVID-19 confirmé (2,8%) en Chine avaient une maladie grave (hypoxie et saturation en oxygène inférieure à 92%) ou une maladie critique.

Une des limites de cette étude est la sensibilité du test. Certains auteurs affirment que la sensibilité des écouvillons pharyngés et nasaux est aussi faible que 32% à 63%. Bien que la sensibilité et la spécificité de la réaction en chaîne de la polymérase se soient améliorées, le nombre réel d'enfants infectés peut être plus élevé.

En conclusion les infections chez les enfants surviennent tôt dans les épidémies de COVID-19. La proportion de patients confirmés parmi ceux présentant des symptômes compatibles était de 11%. Des infections graves peuvent survenir, nécessitant une admission au USI ou réanimation. De plus amples informations sont nécessaires pour façonner les caractéristiques de cette maladie chez les enfants.

https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2764394?questAccessKey=769fb77c-48f2-4ea3-b9e5-1b0913752c32&utm_source=For_The_Media&utm_medium=referral&utm_campaign=ftm_links&utm_content=tfi&utm_term=040820

كل ما يجب أن تعرفه حول الوباء

فيروس كورونا بعيون المختصين



تأطير و تسير : الأستاذة فوزية حالي

أستاذة بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء ورئيسة الجمعية المغربية للطب

أمسية طبية متعددة التخصصات حول
مرض كوفيد 19

ندوة موجهة لاطار الصحية وطلبة الطب ولعموم المواطنين

السبت 11 أبريل ابتداء من الساعة السابعة مساء، عبر تقنية البث المباشر

Youtube/SMM SMM Facebook/smmmedicine

كل ما يجب أن تعرفه حول الوباء

فيروس كورونا بعيون المختصين

تأطير و تسير : الأستاذة فوزية حالي
أستاذة بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء ورئيسة الجمعية المغربية للطب

محطات البرنامج

- 1 العلاج الطبي لكوفيد 19 : كلوروكين وغيره
الأستاذة عهد أولاد لحسن : بروفيسورة في الأمراض المعدية
- 2 تدابير وقائية حتى لا تتحول الوباءات التي تؤثر بناقله العدوي
الأستاذ أحمد بلجوس : بروفيسور الطب الفرنسي
- 3 توصيات لتحسين ظروف الحجر الصحي في زمن الكورونا .
الأستاذ عادل حويلا : بروفيسور الطب النفسي
- 4 ابق أمانا مع تفشي الوباء . نهائيات بسيطة لمرض السكري
الأستاذة شادلي : بروفيسورة في داء السكري والعدوى
- 5 أعراض الجهاز الهضمي المتعلقة بمرض كوفيد 19
الأستاذة وفاء طويوة : بروفيسورة في أمراض الجهاز الهضمي
- 6 لا تعقب فيروسا يسبق فركتك بظفرك .. توجيهات مهمة للمرأة الحامل و المرضع .
الأستاذة حنين بونفال : بروفيسورة أمراض النساء والتوليد
- 7 تدبير العيادات الخاصة في زمن الكورونا
الأستاذة حمزة بنجور : طبيب عام بالطاطع الخاص

رسائل من أطباء العالم

- 8 البروفيسور حسن جالوس : أستاذ محاضر في كلية الطب بجامعة بافيا بشمال إيطاليا
- 9 الدكتور مصطفى بن عيو : ككتور المستجلات بمستشفى بحديقة نيس الفرنسية

السبت 11 أبريل ابتداء من الساعة السابعة مساء، عبر تقنية البث المباشر

Youtube/SMM SMM Facebook/smmmedicine

Samedi 11 Avril 2020 à 15h00



« Santé publique et riposte contre COVID-19 »

Speaker : **Pr. Mohammed Belhocine - Algérie**
Consultant international en Santé Publique et Développement
Ex-représentant de l'OMS en Afrique
Expert en management des épidémies



« Diagnostic clinique et radiologique du COVID-19 »

Speaker : **Pr. Chakib Abdelfattah - Maroc**
Spécialiste des maladies infectieuses au CHU Ibn Rochd de Casablanca
Professeur à la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca



« Traitement et prise en charge du patient COVID-19 »

Speaker : **Pr. Rim Abdelmalek - Tunisie**
Présidente de la Société tunisienne des pathologies infectieuses (STPI)
Professeur en maladies infectieuses, Faculté de médecine de Tunis -
Département des maladies infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis

Caricature du jour

