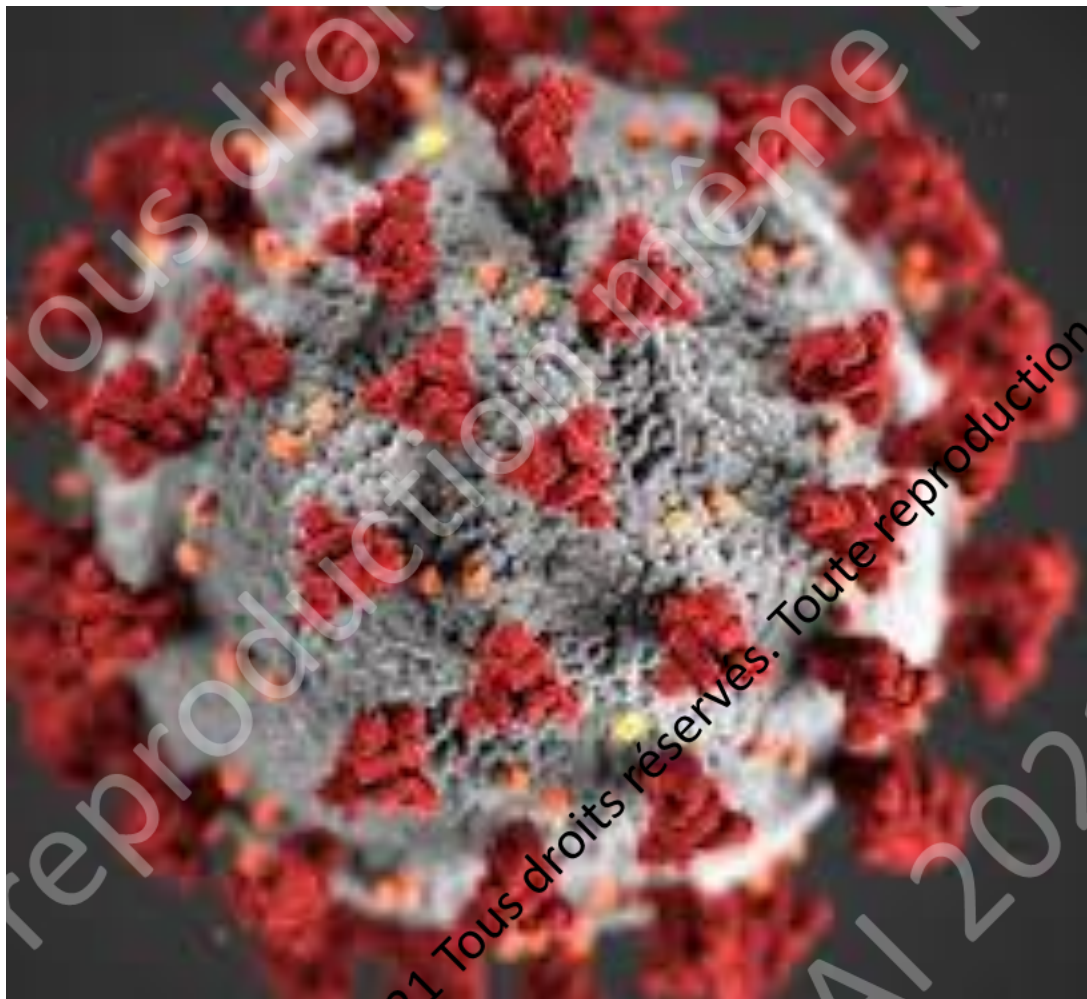


Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.



© RICAI 2021 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

COVID-19 ET GROSSESSE

OLIVIA ANSELEM

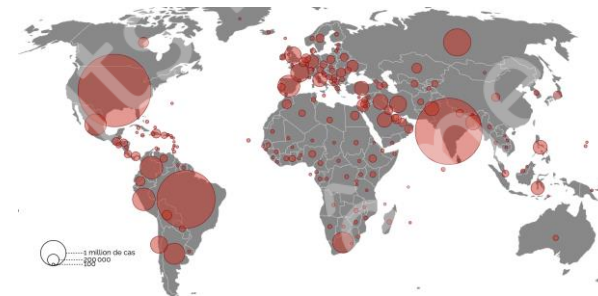
MATERNITÉ PORT-ROYAL



© RICAI 2021 Tous droits réservés.

INTRODUCTION

- Emergence d'un nouveau coronavirus Sars-CoV-2 en décembre 2019
- Pandémie de COVID-19 décrétée depuis mars 2020 par l'OMS
- Les femmes enceintes identifiées comme « plus vulnérables » par plusieurs sociétés savantes au début de la pandémie



Quelles conséquences pour les femmes enceintes?
Quels sont les risques maternels, obstétricaux, fœtaux en cas de COVID
en cours de grossesse?



covid pregnancy



Search

Advanced Create alert Create RSS

User Guide

Save

Email

Send to

Sorted by: Most recent

Display options

MY NCBI FILTERS

4,147 results

Page 1 of 415

RESULTS BY YEAR



TEXT AVAILABILITY

- Abstract
- Free full text
- Full text



Lack of Effects on Female Fertility or Pre- and Postnatal Development of Offspring in Rats after Exposure to AS03-Adjuvanted Recombinant Plant-Derived Virus-Like Particle Vaccine Candidate for COVID-19.

1

Cite

Dubé C, Paris Robidas S, Primakova I, Destexhe E, Ward BJ, Landry N, Trépanier S.

Share

Reprod Toxicol. 2021 Nov 24:S0890-6238(21)00173-8. doi: 10.1016/j.reprotox.2021.11.006. Online ahead of print.

PMID: 34838689

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection resulting in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) has afflicted tens of millions of people in a worldwide pandemic. A recently developed recombinant Plant-Derived V ...



Associations of COVID-19 lockdown with gestational length and preterm birth in China.

2

Cite

Dong M, Qian R, Wang J, Fan J, Ye Y, Zhou H, Win B, Reid E, Zheng S, Lv Y, Pu Y, Chen H, Jin J, Lin

© RICAI 2021 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

RISQUES MATERNELS

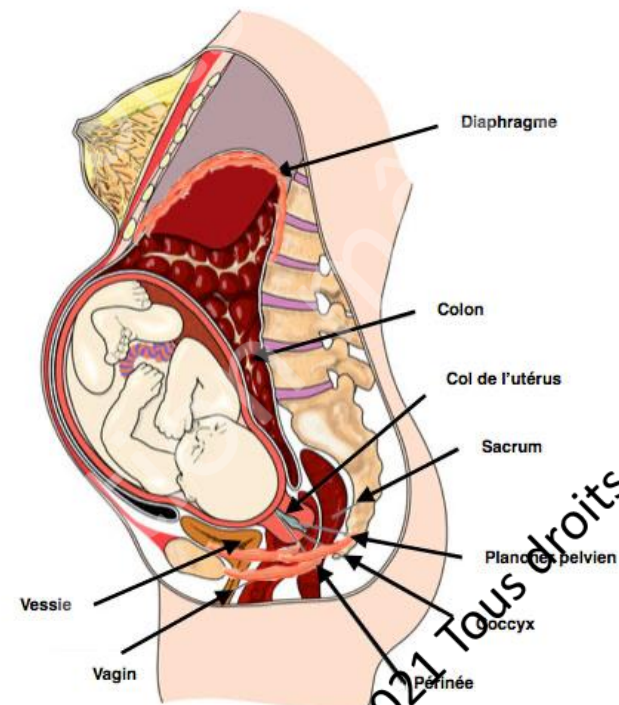
© RICAI 2021 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2021 Tous droits réservés.

QUEL EST L'IMPACT DE L'ÉTAT DE GROSSESSE SUR LE SARS-COV-2?

- Modifications physiologiques liées à l'état de grossesse
 - Immunologiques: immunotolérance Th2, modifications de l'expression des CMH à l'interface materno-foetal
 - Modifications hémodynamiques et respiratoires
 - Plus grande susceptibilité aux infections notamment virales: grippe, SARS, MERS...

Existe-t-il plus de risques « d'attraper » le COVID?
Existe-t-il plus de risques de forme grave de COVID?



© RICAI 2021 Tous droits réservés

droits réservés. Toute reproduction partielle est interdite.

Incidence +70%
Chez les femmes enceintes
Par rapport aux sujets non enceintes du même âge

TABLE 2

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection rates in pregnancy in Washington State

ACH region	Washington State COVID-19 in Pregnancy Collaborative						Washington State: 20–39 y							
	Cases in pregnancy		Deliveries during the study period		SARS-CoV-2 infection rate per 1000 deliveries		Cases ^a		Population ^b		SARS-CoV-2 infection rate per 1000		RR	
	n	(%)	n	(%)	Rate	(95% CI)	n	(%)	n		Rate	(95% CI)	RR	(95% CI)
Better Health Together or North Central	14	(5.8)	1318	(4.6)	10.6	(6.3–17.9)	1746	(11.5)	214,300		8.1	(7.8–8.5)	1.3	(0.7–2.2)
Greater Columbia	88	(36.7)	2658	(15.4)	33.2	(26.9–40.9)	5459	(35.8)	193,851		28.2	(27.4–28.9)	1.2	(0.9–1.4)
King	94	(39.2)	283	(42.3)	12.9	(10.5–15.8)	4274	(28.0)	744,386		5.7	(5.6–5.9)	2.2	(1.8–2.8)
North Sound	16	(6.7)	2506	(14.5)	6.4	(3.9–10.4)	1752	(11.5)	325,671		5.4	(5.1–5.6)	1.2	(0.7–1.9)
Pierce	17	(7.1)	1696	(9.8)	10.0	(6.2–16.1)	1173	(7.7)	239,814		4.9	(4.6–5.2)	2.0	(1.2–3.3)
SW Washington State Regional Health, Olympic, or Cascade Pacific Action Alliance	11	(4.6)	1777	(10.3)	6.2	(3.4–11.2)	834	(5.5)	358,226		2.3	(2.2–2.5)	2.7	(1.1–4.8)
Washington State total	240		17,233		13.9	(8.3–23.2) ^c	15,238 ^d		2,076,248		7.3	(7.2–7.4)	1.7	(1.3–2.3) ^e

Adapted from the Washington State Department of Health and the Washington State Office of Financial Management.^{21,22}

ACH, Accountable Community of Health; CI, confidence interval; COVID-19, coronavirus disease 2019; RR, rate ratio; SARS-CoV-2, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2.

^a Case data were calculated from March 1, 2020 to June 28, 2020 (closest available date to June 30, 2020) using the “COVID-19 in Washington State: Confirmed Cases, Hospitalizations and Deaths by Week of Illness Onset, County, and Age” data set available from the Washington State Department of Health at <https://www.doh.wa.gov/Emergencies/COVID19/DataDashboard>. Counts include females and males; ^b Population estimate calculated using the 2019 postcensal population estimates from the Washington State Office of Financial Management; ^c Infection rates were calculated with Poisson regression with additional clustering by ACH for the statewide estimate; ^d The overall number of SARS-CoV-2 cases through June 28, 2020 was 15,238, but 20 cases were not assigned to an ACH region; ^e The statewide rate ratio is an ACH-weighted state estimate.

Lokken et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection rate in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2021.

© RICAI 2021 Tous droits réservés.

Malgré l'application des mesures barrières



Risque accru « d'attraper » le **COVID**
en cours de grossesse

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES SONT-ELLES DIFFÉRENTES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES?

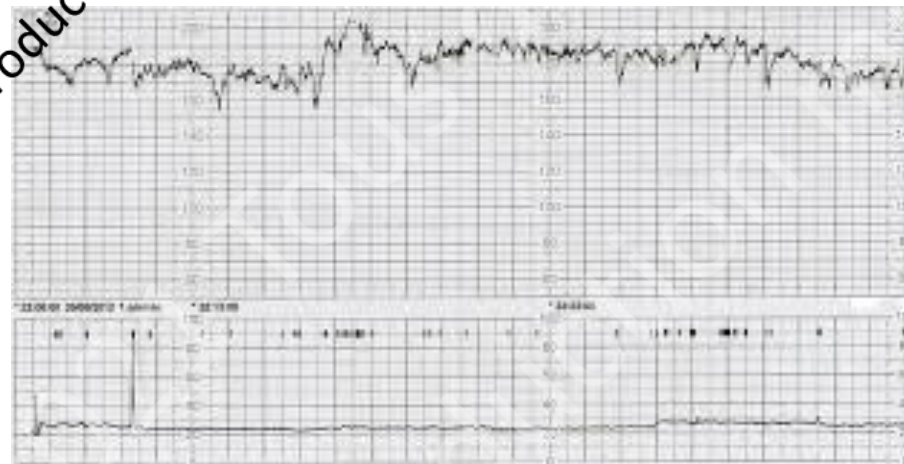
Reasons for diagnosis*

Cough	384 (62.2)
Fever	285 (46.2)
Anosmia	172 (27.9)
Dyspnea	165 (26.7)
Diarrhea	54 (8.8)
Other minor symptoms	124 (20.1)
Positive contact person	115 (18.6)
Systematic	5 (0.8)

- Signes spécifiques de la grossesse?
 - Tachycardie fœtale
 - Contractions utérines



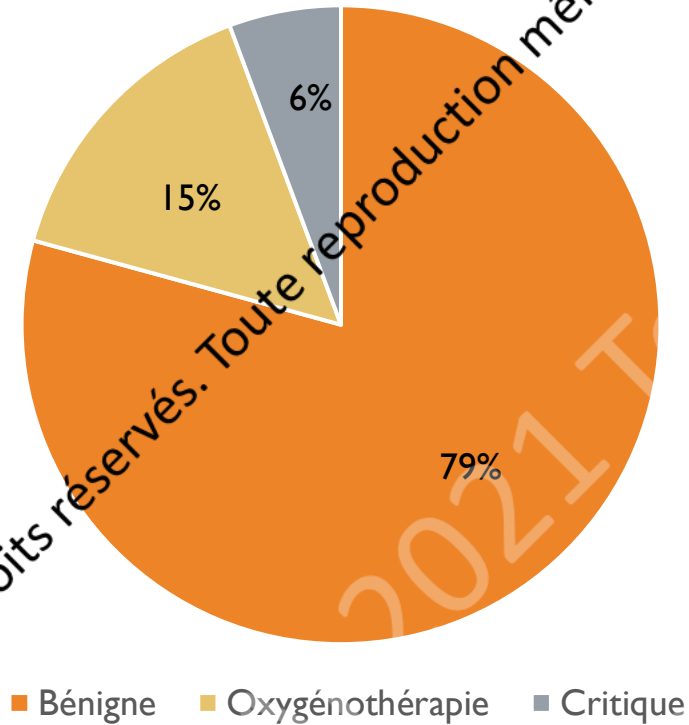
- Contrôler la température



LES FEMMES ENCEINTES SONT-ELLES PLUS À RISQUE DE FORME SEVÈRE DE COVID PAR RAPPORT À LA POPULATION GÉNÉRALE?

617 femmes enceintes

2/3 prises en charge en maternité de type 3



6% de formes critiques

= ventilation invasive ou ECMO

Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–October 3, 2020

Laura D. Zambrano, PhD^{1,*}; Sascha Ellington, PhD^{1,*}; Penelope Strid, MPH¹; Romeo R. Galang, MD¹; Titilope Oduyebo, MD¹; Van T. Tong, MPH¹; Kate R. Woodworth, MD¹; John F. Nahabedian III, MS¹; Eduardo Azziz-Baumgartner, MD¹; Suzanne M. Gilboa, PhD¹; Dana Maney-Delman, MD¹; CDC COVID-19 Response Pregnancy and Infant Linked Outcomes Team

TABLE 2. Intensive care unit (ICU) admissions, receipt of invasive ventilation, receipt of extracorporeal membrane oxygenation (ECMO), and deaths among symptomatic women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 (N = 409,462), by pregnancy status, age, race, ethnicity, and underlying health conditions — United States, January 22–October 3, 2020

Outcome*/Characteristic	No. (per 1,000 cases) of symptomatic women		Risk ratio (95% CI)	
	Pregnant (n = 23,434)	Nonpregnant (n = 386,028)	Crude [†]	Adjusted ^{†,§}
ICU admission [¶]				
All	245 (10.5)	1,492 (3.9)	2.7 (2.4–3.1)	3.0 (2.6–3.4)

Surveillance en
USI liée à la
grossesse?

Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–October 3, 2020

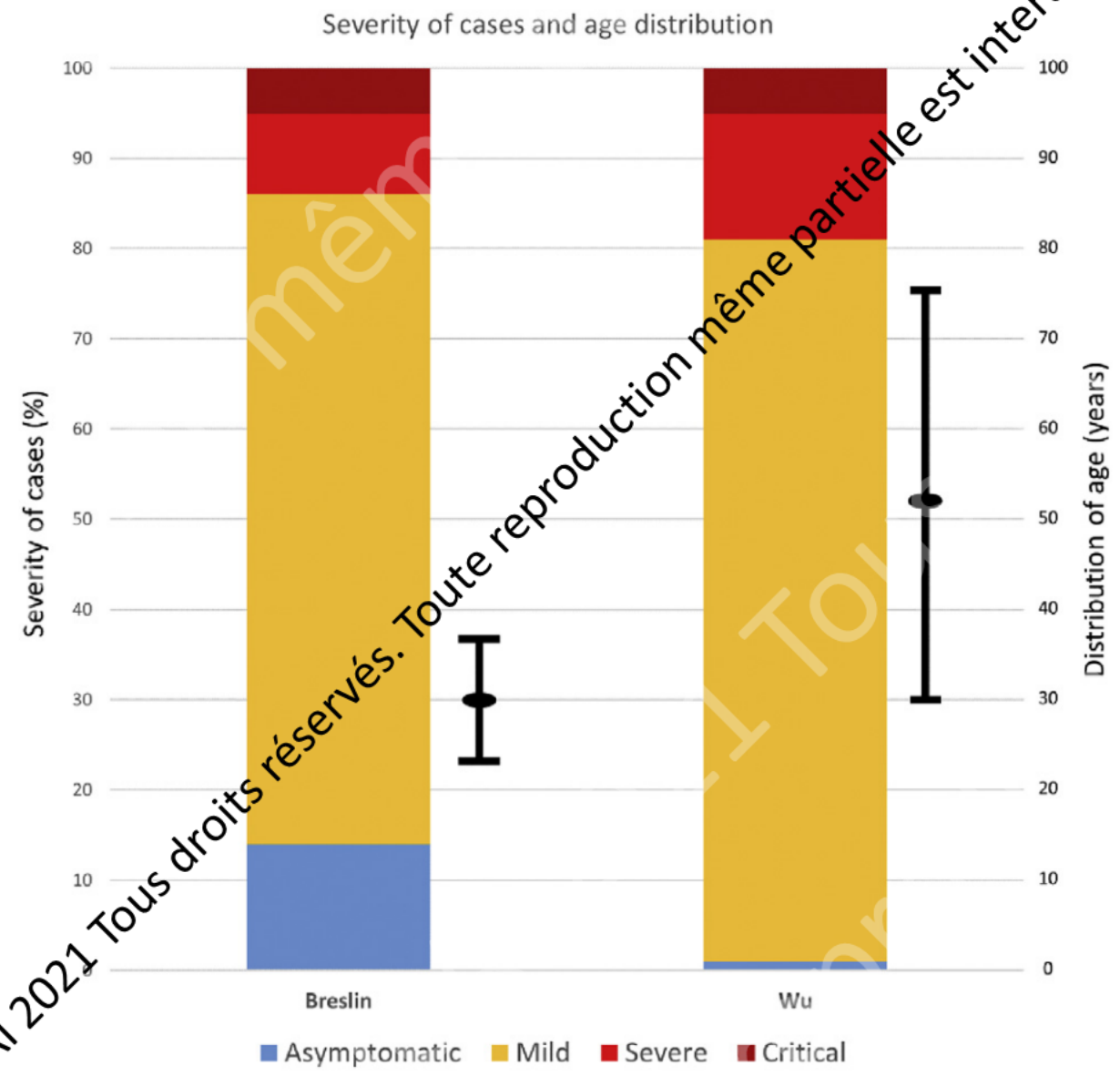
Laura D. Zambrano, PhD^{1,*}; Sascha Ellington, PhD^{1,*}; Penelope Strid, MPH¹; Romeo R. Galang, MD¹; Titilope Oduyebo, MD¹; Van T. Tong, MPH¹; Kate R. Woodworth, MD¹; John F. Nahabedian III, MS¹; Eduardo Azziz-Baumgartner, MD¹; Suzanne M. Gilboa, PhD¹; Dana Maney-Delman, MD¹; CDC COVID-19 Response Pregnancy and Infant Linked Outcomes Team

TABLE 2. Intensive care unit (ICU) admissions, receipt of invasive ventilation, receipt of extracorporeal membrane oxygenation (ECMO), and deaths among symptomatic women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 (N = 409,462), by pregnancy status, age, race, ethnicity, and underlying health conditions — United States, January 22–October 3, 2020

Outcome*/Characteristic	No. (per 1,000 cases) of symptomatic women		Risk ratio (95% CI)	
	Pregnant (n = 23,434)	Nonpregnant (n = 386,028)	Crude [†]	Adjusted ^{†,§}
ICU admission[¶]				
All	245 (10.5)	1,492 (3.9)	2.7 (2.4–3.1)	3.0 (2.6–3.4)
Invasive ventilation^{††}				
All	67 (2.9)	412 (1.1)	2.7 (2.1–3.5)	2.9 (2.2–3.8)
ECMO^{***}				
All	17 (0.7)	120 (0.3)	2.3 (1.4–3.9)	2.4 (1.5–4.0)
Death^{§§§}				
All	34 (1.5)	447 (1.2)	1.3 (0.9–1.8)	1.7 (1.2–2.4)

Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Taux de formes critique identique à celui observé chez un homme de 65 ans



Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2021 Tous droits réservés.
Favre, AJOG, 2021

LES FEMMES ENCEINTES SONT-ELLES PLUS À RISQUE DE FORME SEVÈRE DE COVID PAR RAPPORT À LA POPULATION GÉNÉRALE?

Les femmes enceintes ont un risque accru de forme sévère de COVID et de décès

Facteurs associés à une forme grave:

Outcomes	All N = 617	Non-severe N = 489	Requiring oxygen N = 93	Critical N = 35	P for trends	Any respiratory support N = 128	RR 95 % CI*
Maternal characteristics							
Age > 35	194 (31.4)	135 (27.6)	41 (44.1)	18 (51.4)	<0.001	59 (46.1)	1.7 (1.3–2.1)
Body mass index before pregnancy > 30	139 (22.5)	93 (19.0)	29 (31.2)	17 (48.6)	<0.001	46 (36.0)	1.9 (1.4–2.5)
Asthma	37 (6.0)	28 (5.7)	6 (6.5)	3 (8.6)	0.50	9 (7.0)	1.2 (0.6–2.5)
Other chronic respiratory disease	6 (1.0)	4 (0.8)	1 (1.1)	1 (2.9)	0.30	2 (1.6)	1.9 (0.4–10.3)
Preexisting diabetes type 1 or 2	14 (2.3)	7 (1.4)	6 (6.5)	1 (2.9)	0.04	7 (5.5)	3.8 (1.4–10.7)
History of preeclampsia	27 (4.4)	15 (3.1)	8 (8.6)	4 (11.4)	0.001	12 (9.4)	3.1 (1.5–6.4)
Chronic hypertension	18 (2.9)	11 (2.2)	4 (4.3)	3 (8.6)	0.02	7 (5.5)	2.4 (0.96–6.1)
Gestational diabetes	71 (11.5)	54 (11.0)	14 (15.1)	3 (8.6)	0.78	17 (13.3)	1.2 (0.7–2.0)
Gestational hypertension or preeclampsia	21 (3.4)	13 (2.7)	4 (4.3)	4 (11.4)	0.01	8 (6.2)	2.4 (1.0–5.6)
Smoking during pregnancy	16 (2.6)	11 (2.2)	5 (5.4)	0	–	5 (3.9)	1.7 (0.6–4.9)

Signes biologiques associés à une forme grave:

Table 3. Laboratory parameters at diagnosis according to medical referral for pregnant women with severe acute respiratory syndrome 2 infection, France*

Laboratory findings	Non-ICU hospitalization, n = 90		ICU hospitalization, n = 10		p value
	Median (IQR)	No. (%)	Median (IQR)	No. (%)	
Hemoglobin, g/dL	11.4 (10.5–12.2)	64 (66.7)	9.8 (9.3–11.3)	9 (90)	0.02
Platelet count, × 10 ⁹ /L	230 (162–273)	63 (70.0)	205 (164–271)	9 (90)	0.98
Leukocyte count, × 10 ⁹ cells/L	7.2 (5.4–8.9)	63 (70.0)	6.6 (6.1–7.2)	9 (90)	0.68
Lymphocyte count, × 10 ⁹ cells/L	1.15 (0.9–1.6)	58 (64.4)	0.77 (0.7–1)	9 (90)	0.01
Lymphocytopenia, <1.00 × 10 ⁹ cells/L	NA	21/58 (36.2)†	NA	8/9 (88.9)†	0.008
Prothrombin time, %	100 (99–100)	53 (58.9)	100 (100–100)	7 (70)	0.61
aPPT, ratio	1.06 (1–1.2)	52 (57.8)	1.12 (1–1.4)	7 (70)	0.16
Prolonged aPPT ratio (≥1.20)	NA	13/53 (24.5)†	NA	3/7 (43)†	0.38
Fibrinogen activity, g/L	4.8 (4–5.8)	45 (50.0)	5.1 (4.5–5.5)	6 (60)	0.73
AST, U/L	25 (20–35)	48 (53.3)	30 (22–59)	8 (80)	0.38
ALT, U/L	17 (11–32)	49 (54.4)	19 (12–48)	8 (80)	0.46
C-reactive protein, mg/L	23 (9–42)	53 (58.9)	27 (22–108)	8 (80)	0.15
Creatinine, μmol/L	47 (41–57)	45 (50.0)	50 (38–55)	7 (70)	0.94

*ALT, alanine aminotransferase; aPPT, activated partial thromboplastin time; AST, aspartate aminotransferase; ICU, intensive care unit; IQR, interquartile range; NA, not applicable.

†Per available results.

Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

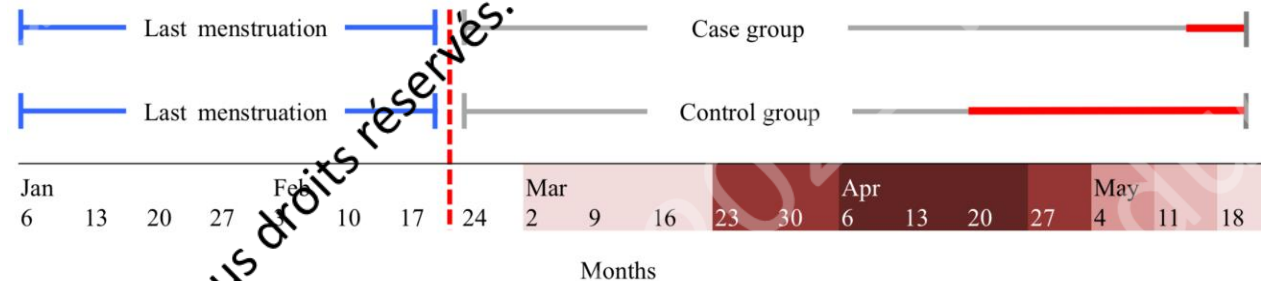
RISQUES OBSTÉTRICAUX, FŒTAUX ET NEONATAUX

© RICAI 2021 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2021 Tous droits réservés.

FAUSSE COUCHE DU 1^{ER} TRIMESTRE

- Etude rétrospective cas-témoins Italienne
 - Diagnostic de COVID par PCR ou sérologie
 - Parmi des femmes au 1^{er} trimestre de grossesse, appariées selon leur DDR
 - 11/100 COVID+ parmi les FCS et 12/125 parmi les grossesses poursuivies



Pas d'augmentation démontrée du taux de fausse couche

© RICAI 2021 Tous droits réservés

Cosma, AJOG, Oct 2020

PRÉMATURITÉ

- Risque accru de prématurité en cas de COVID
 - 17% à 43% de prématurité selon les études
 - Spontanée: CU dues à l'infection systémique
 - Induite: césarienne en urgence pour améliorer la ventilation maternelle
 - Risques liés au confinement, suivi sous-optimal

Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Outcomes	All N = 617	Non-severe N = 489	Requiring oxygen N = 93	Critical N = 35	P for trends
Pregnancy outcomes**					
Fetal loss at 14–21 wk	5/181 (2.8)	5/123 (4.1)	0	0	–
Preterm birth at 22–31 wk	21/181 (11.6)	3/123 (2.4)	4/29 (13.8)	14/29 (48.3)	<0.001
Preterm birth at 32–36 wk	29/181 (16.0)	10/123 (8.1)	10/29 (34.5)	9/29 (31.0)	<0.001
Overall preterm birth at 22–36 wk	50/181 (27.6)	13/123 (10.6)	14/29 (48.3)	23/29 (79.3)	<0.001
Intrauterine or intrapartum fetal death	7/181 (3.9)	5/123 (4.1)	0/29	2/29 (6.9)	–

Cas issus pour les 2/3 de maternités de type 3
Prise en compte des femmes ayant accouché au moment de l'étude:
surestimation du taux de prématurité?

© RICAI 2021 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2021 Tous droits réservés.

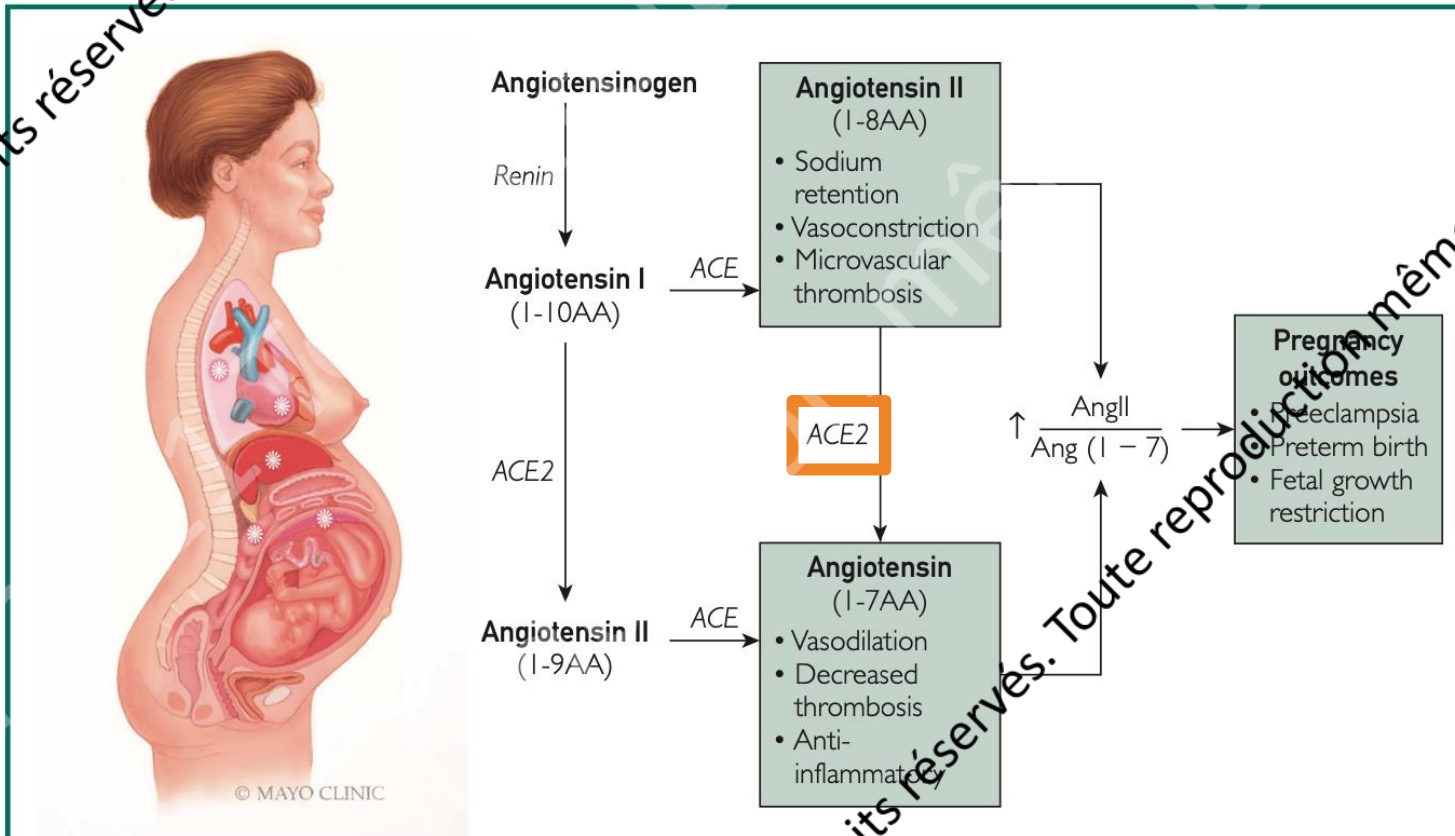
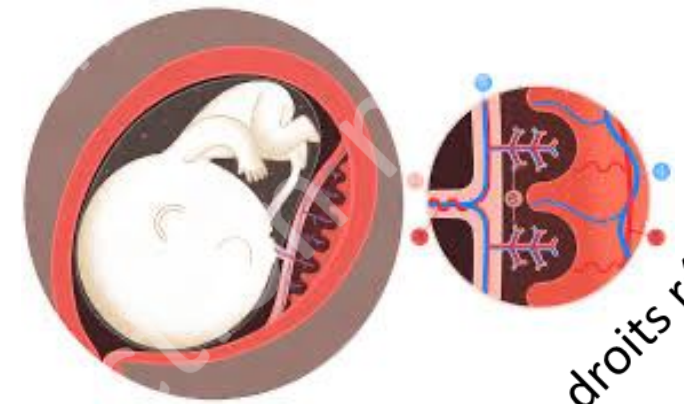


FIGURE 2. Pregnancy, coronavirus disease 2019 (COVID-19), and mechanisms of vascular damage. Upregulation of angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) receptor in pregnancy may increase the risk of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection. Binding of virus to ACE2 causes its downregulation and may increase angiotensin (Ang) II relative to Ang-(1-7), thus favoring vasoconstriction, which can mimic/worsen vascular dysfunction in preeclampsia.

- Risque accru de pré-éclampsie?
16% de PE en cas de COVID, protéinurie rapportée y compris sans grossesse
- Le virus fixe les récepteurs ACE2, impliqués dans le physiopathologie de la PE
- Complication due à une dysfonction placentaire ou diagnostic différentiel?
- Utilité du ratio sFlt-1/PlGF

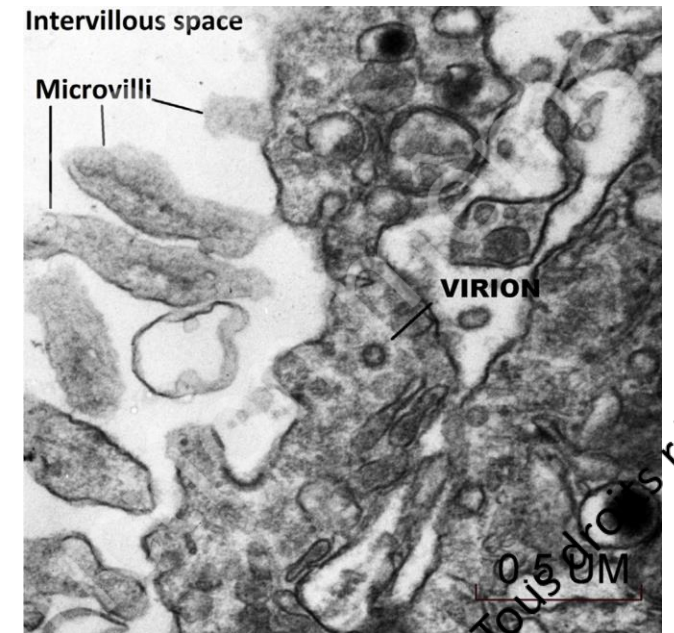
Y-A-T-IL UN RISQUE DE FŒTOPATHIE?

- Transmission materno-foetale rare, dans la plupart des cas elle est sans conséquence
- Pas de risque malformatif direct du virus
 - Comme pour les autres virus respiratoires: virémie faible
 - Pas de malformation foetale décrite
 - Effet indirect par le biais d'un dysfonctionnement placentaire aigu?



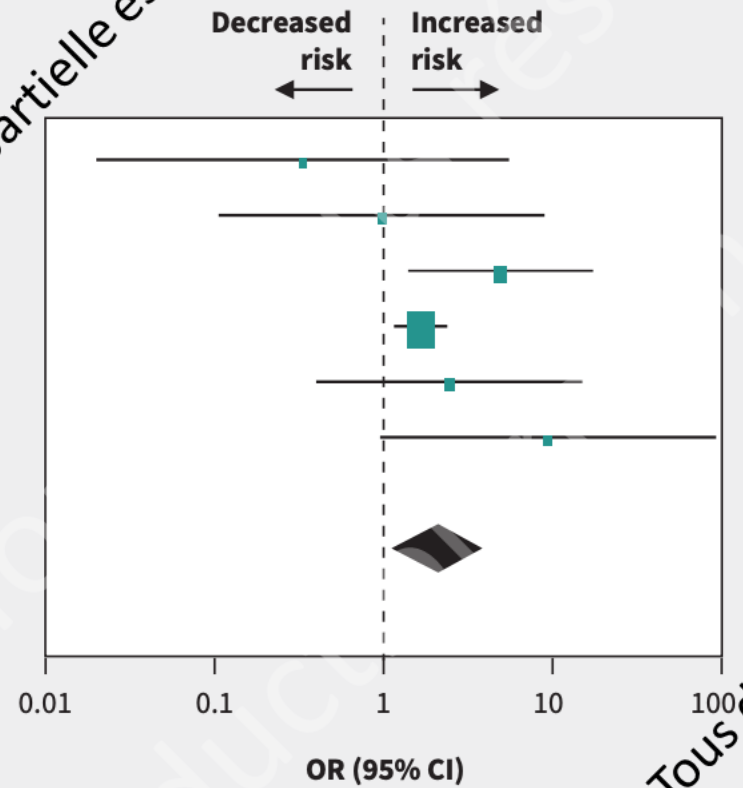
- Risque de RCIU discuté

- Effet de l'hypoxémie maternelle sévère?
- Jusqu'à 10% de risque dans certaines études de faible effectif
- Non rapporté dans les études d'effectif plus important
- Pas de surveillance échographique spécifique recommandée



Tous droits réservés. Toute reproduction partielle est interdite.

Study or subgroup	COVID-19		No COVID-19		OR (95% CI)
	Events	Total	Events	Total	
Adhikari et al. ⁴⁸	0	245	18	3035	0.33 (0.02 to 5.53)
Ahlberg et al. ⁴³	1	155	4	604	0.97 (0.11 to 8.78)
Hcini et al. ⁵¹	7	137	4	370	4.93 (1.42 to 17.11)
Jering et al. ⁵³	34	6380	1289	400 066	1.66 (1.18 to 2.33)
Knight et al. ³⁰	3	427	2	694	2.45 (0.41 to 14.71)
Martínez-Perez et al. ¹⁸	3	246	1	763	9.41 (0.97 to 90.86)
Total (95% CI)		7590		25 532	2.11 (1.14 to 3.90)
Total events	48		1318		
Heterogeneity: $I^2 = 24\%$					



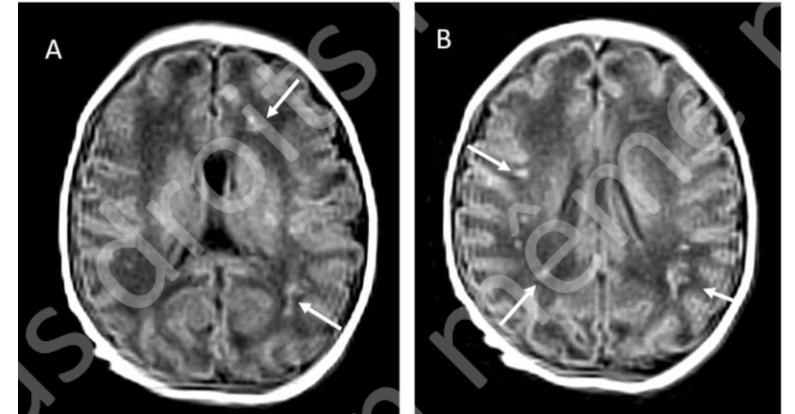
© RICAI 2021 Tous droits réservés. Toute reproduction partielle est interdite.

Risque de MFIU x 2

© RICAI 2021 Tous droits réservés. Shu, CMAJ, 2021

- Atteinte fœtale/néonatale exceptionnelle

- PCR + dans LA, naso-pharyngé et sang du nouveau-né
- Anomalies IRM: leucomalacie dues à l'inflammation systémique majeure chez le fœtus



Le risque de transmission du SARS-CoV-2 existe mais est faible



PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME ENCEINTE ATTEINTE DE COVID



© RICAI 2021 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2021 Tous droits réservés.

QUELLE EST LA PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME ENCEINTE ATTEINTE DE COVID?

■ Evaluation clinique:

- Maternel: température, dyspnée, FR?
- Obstétrical: CU?
- Foetal: MAF?

■ Evaluation para-clinique:

- Maternelle: saturométrie
- Obstétricale: col?
- Foetale: RCF? Échographie de vitalité?
- Biologique: NFS, hémostase, Fg, iono, BH, créat, CRP, PCT, protéinurie...



■ Difficultés diagnostiques liées à la grossesse:

- Congestion nasale: hyperhémie naso-pharyngée due à l'imprégnation hormonale, responsable d'une rhinite gravidique chez 20% des femmes enceintes
- Dyspnée: polypnée physiologique d'apparition progressive durant la grossesse due à augmentation des besoins en oxygène, diminution de la capacité respiratoire par compression mécanique, anémie

PCR naso-pharyngée d'indication large
en cas de signe évocateur de COVID



■ Diagnostics différentiels

- Embolie pulmonaire
- Listériose
- Pneumopathie bactérienne



■ Co-morbidités

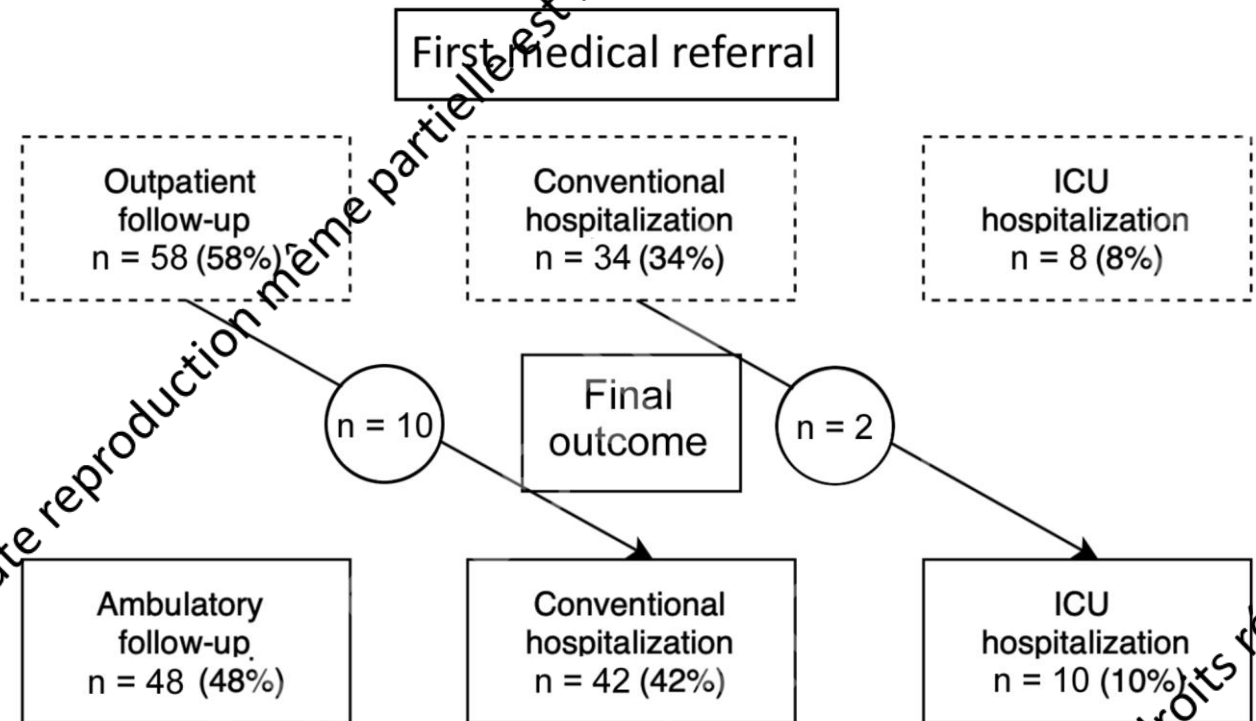
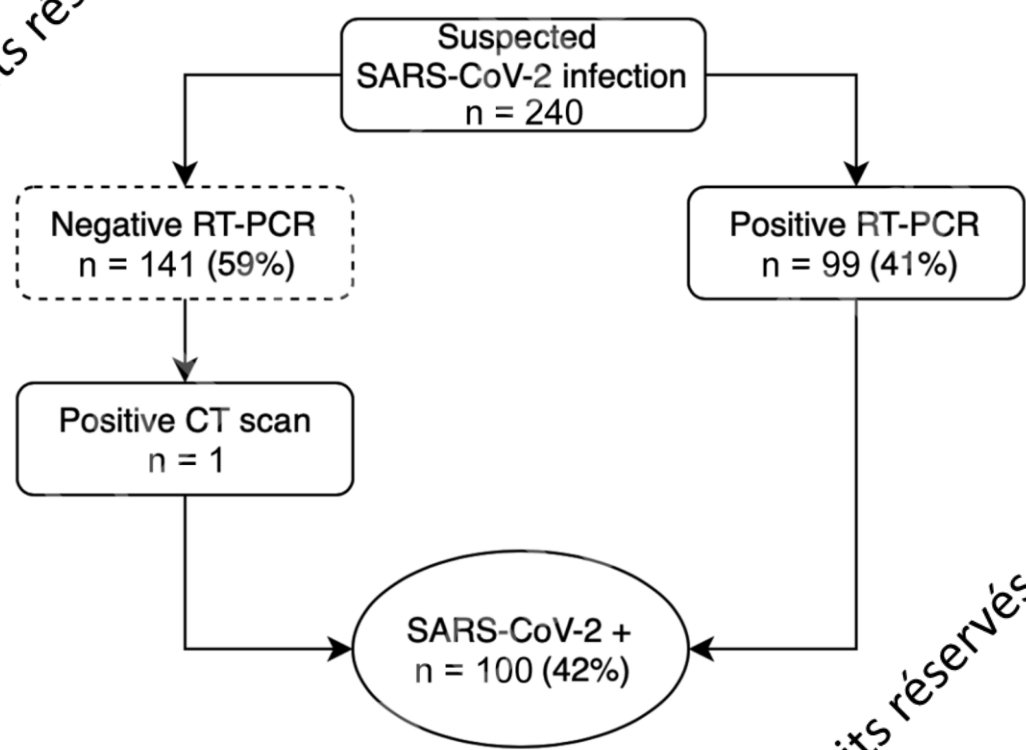
- Age avancé
- Obésité
- HTA
- Diabète

- Absence de signes de gravité:

- Prise en charge ambulatoire
- Traitement symptomatique, pas d'auto-médication
- Bas anti-thrombose +++
- Surveillance (téléconsultation) aggravation J7-J10



Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

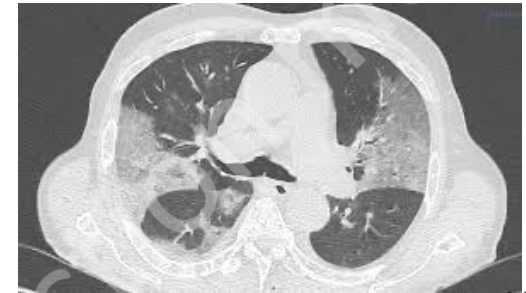


© RICAI 2021 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2021 Tous droits réservés.

■ Signes de gravité = FR>25 et SpO2<95% en AA

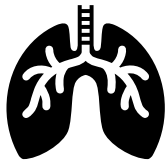
- Hospitalisation
- TDM thoracique (0,3mGy, seuil significatif >50mGy)
- Oxygénothérapie +/- ventilation invasive +/- D
- Extraction foetale discutée au cas par cas
- Corticothérapie
- HBPM (infection + alitement+ grossesse)



PLACE DE LA CORTICOTHÉRAPIE

- Indication maternelle de corticothérapie = Syndrome inflammatoire biologique marqué CRP>50 PCT>2 + oxygénorequérance > ou = 3L/min
- (Dexaméthasone 6 mg par jour PO ou IV ou) Prednisone 40mg/j PO pendant 10j
- Associé à bétaméthasone 12mg /24h pendant 48h si indication foetale et traitement par prednisone?
- Ivermectine à J1 et J8 1cp/kg de poids si séjour en zone tropicale

PLACE DE L'EXTRACTION FŒTALE?



Améliorer les paramètres ventilatoires?



Prématurité induite

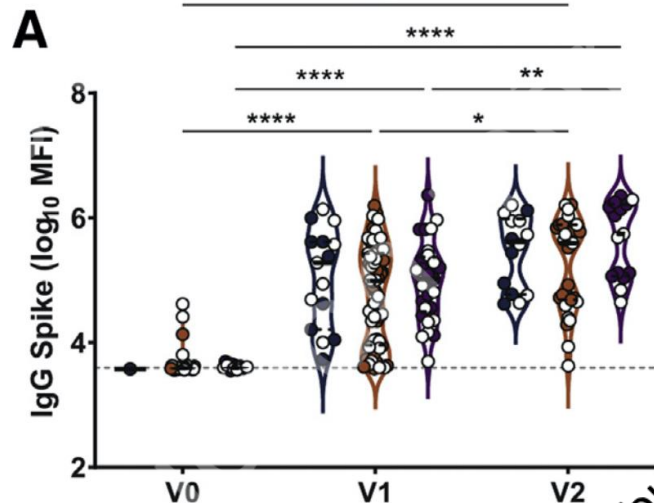
VACCINATION DES FEMMES ENCEINTES CONTRE LA COVID

- Les sociétés savantes françaises se sont positionnées très tôt en faveur d'une vaccination des femmes enceintes
- 27 mars 2021: recommandation de vacciner les femmes enceintes à partir du 2^{ème} trimestre par vaccin ARNm
- 31 juillet 2021: vaccination dès le 1^{er} trimestre

Nonpregnant (n=16), n (%)

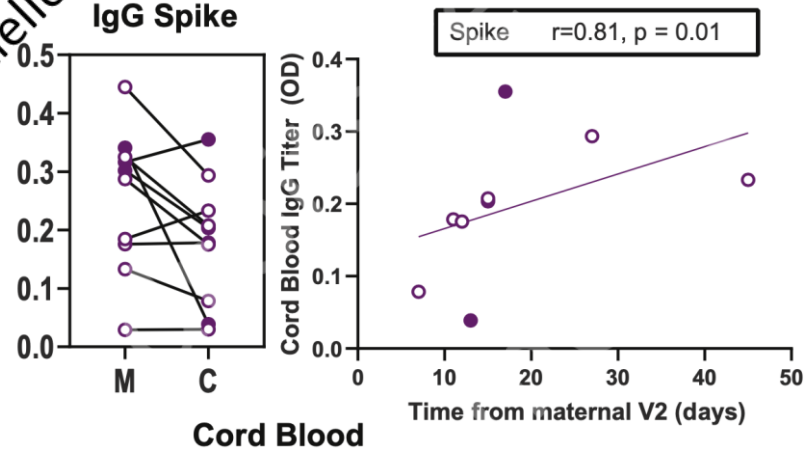
Pregnant (n=84), n (%)

Lactating (n=31), n (%)

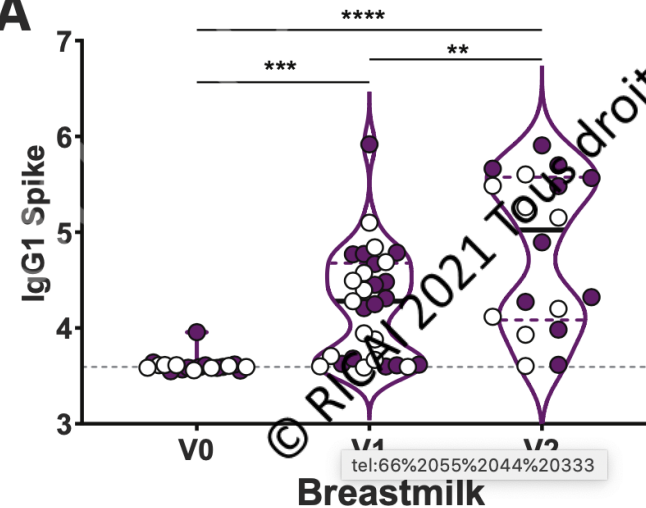


D

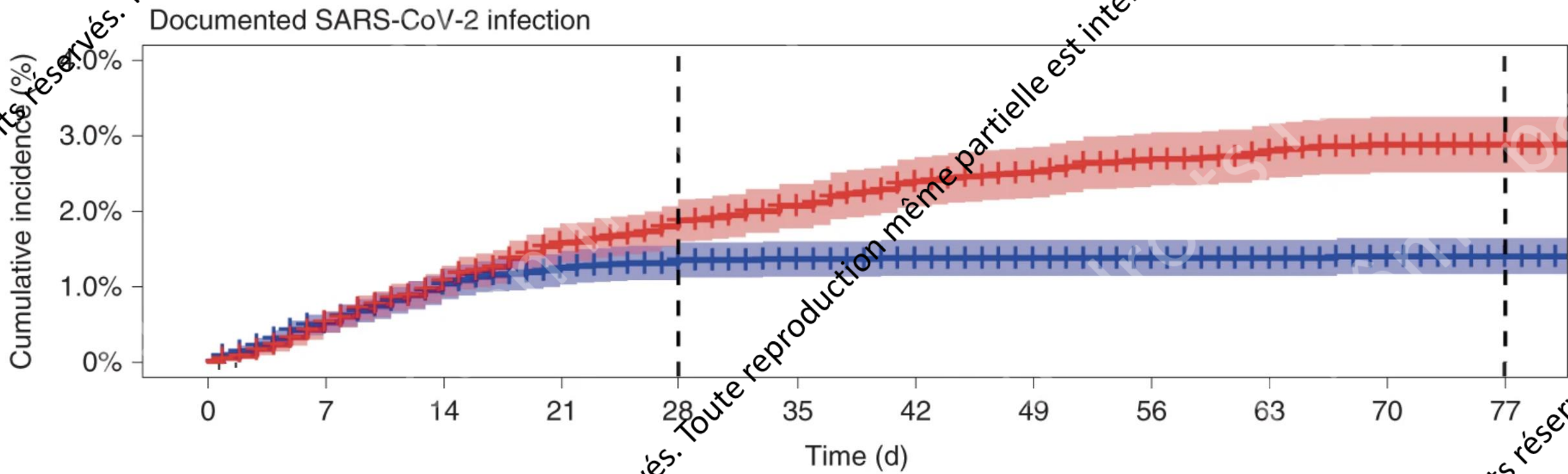
TR = 0.78
IgG Spike



A



- Immunogénicité comparable à celle observée en dehors de la grossesse
- Passage transplacentaire des Ac dans le sang de cordon et dans le lait maternel



10 861 femmes enceintes vaccinées vs 10 861 contrôles

Efficacité vaccinale:

- 96% toutes formes cliniques
- 89% pour les formes hospitalisées

© RICAI 2021 Tous droits réservés.

© RICAI 2021 Tous droits réservés.
Dagan, Nature Med, 2021

35 691 femmes enceintes issues de 3 bases de données
différentes de pharmacovigilance aux US
Réactogénicité moindre sauf douleur au point d'injection

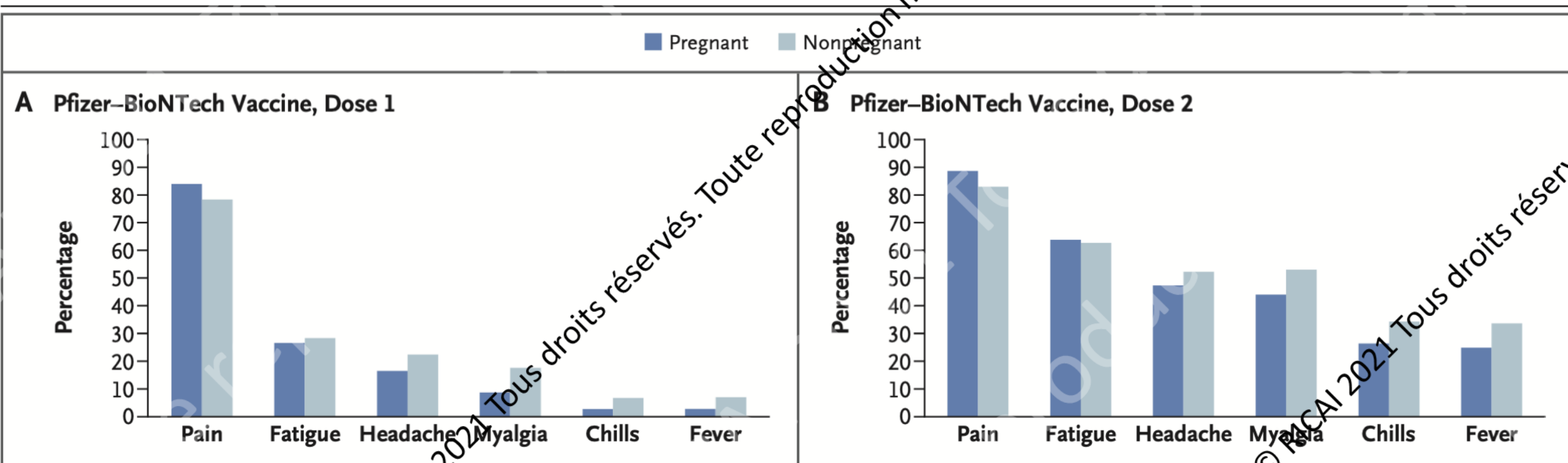


Table 4. Pregnancy Loss and Neonatal Outcomes in Published Studies and V-safe Pregnancy Registry Participants.

Participant-Reported Outcome	Published Incidence* %	V-safe Pregnancy Registry† no./total no. (%)
Pregnancy loss among participants with a completed pregnancy		
Spontaneous abortion: <20 wk ¹⁵⁻¹⁷	10–26	104/827 (12.6)‡
Stillbirth: ≥ 20 wk ¹⁸⁻²⁰	<1	1/725 (0.1)§
Neonatal outcome among live-born infants		
Preterm birth: <37 wk ^{21,22}	8–15	60/636 (9.4)¶
Small size for gestational age ^{23,24}	3.5	23/724 (3.2)
Congenital anomalies ^{25**}	3	16/724 (2.2)
Neonatal death ^{26††}	<1	0/724

Pas de différence sur les taux de FCP, FCT, prématurité, MFIU, petit poids de naissance

Etude cas/témoins comparant le taux de femmes ayant été vaccinées dans le mois précédant parmi des grossesses évolutives vs des FC
Pas de risque accru de FC en cas de vaccination COVID

Table 1. Receipt of COVID-19 Vaccine in Prior 28-Day Window, by Baseline Characteristics and Surveillance Period, December 15, 2020, Through June 28, 2021

	Ongoing pregnancy-periods ^a		Spontaneous abortions	
	No.	COVID-19 vaccine, No. (%)	No.	COVID-19 vaccine, No. (%)
All	250 944	20 139 (8.0)	13 160	1128 (8.6)

CONCLUSION



- Risque accru « d'attraper » la COVID pour les femmes enceintes
- Risque accru de faire une forme grave de COVID
- Transmission verticale possible mais rare
- Prise en charge le plus souvent symptomatique + prévention thrombo-embolique
- Surveillance obstétricale et fœtale habituelle
- Place de l'extraction fœtale dans les formes sévères?
- Vaccination ARNm recommandée quel que soit le trimestre

Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

QUIZZ

© RICAI 2021 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2021 Tous droits réservés.