



COVID-19 in gravidanza, parto e allattamento: gli aggiornamenti nazionali e internazionali della settimana 9-16 aprile 2020

Nell'ambito del dibattito, sempre più attuale, sulla opportunità di offrire o meno un tampone ai soggetti asintomatici, in questa settimana sono stati pubblicati due contributi che offrono nuove opportunità di riflessione [1,2].

Tra il 22 marzo e il 4 Aprile, 2020, presso l'Allen Hospital di New York e la Columbia University Irving Medical Center sono state assistite 210 parti in donne asintomatiche e 4 in donne con sintomi da infezione COVID-19. Tutte le donne sono state sottoposte a screening mediante tampone nasofaringeo per la ricerca del virus SARS-CoV-2 al momento del ricovero. Oltre alle donne sintomatiche sono risultate positive il 13,7% delle asintomatiche. Il fatto che una proporzione significativa di infezioni materne possa essere asintomatica rende difficile stimare la reale prevalenza della condizione e compromette la possibilità di garantire percorsi protetti all'interno dei servizi sanitari sia per i professionisti sanitari che per le madri e i neonati [1].

Un articolo di Ferrazzi et al. [2] descrive il lavoro della task force istituita in Regione Lombardia il 24 febbraio 2020 con l'obiettivo di produrre raccomandazioni per la pratica ostetrica in merito alla gestione dell'emergenza COVID-19. La task force ha identificato 6 ospedali Hub di riferimento con l'obiettivo di centralizzare le pazienti e concentrare le risorse umane, le competenze multidisciplinari e i necessari DPI. Il lavoro descrive protocolli e procedure assistenziali e l'analisi preliminare dei primi 42 casi di donne in gravidanza COVID-19 positive assistite in Lombardia. Il report riporta anche una interessante riflessione sul problema delle donne asintomatiche e positive al SARS-CoV-2, suggerendo che per un effetto combinato del genere, giovane età e stato immunitario indotto dalla gravidanza, nelle aree ad alta prevalenza dell'infezione ci sia una maggiore frequenza di donne positive ma asintomatiche.

Continuano a essere pubblicati lavori che affrontano il tema della trasmissione verticale dell'infezione. Un lavoro di Wang [3] descrive, in maniera completa e dettagliata, le evidenze disponibili e indisponibili sulla trasmissione verticale dell'infezione da virus SARS-CoV-2 in gravidanza confermando che, ad oggi, non è stata ancora dimostrata. Una lettera, scritta da specialisti di terapia fetale [4], affronta il tema del rischio di trasmissione verticale materno – fetale dell'infezione COVID-19 in caso di procedure invasive che prevedano un accesso transplacentare che potrebbe aumentare il rischio di sanguinamento intra-amniotico compromettendo la barriera fetto-materna. Un lavoro [5] propone un sistema di classificazione che prevede 5 classi mutualmente esclusive per definire la probabilità dell'infezione che viene distinta in: certa, probabile, possibile, improbabile, e assente. Per ogni classe vengono definiti gli esami diagnostici e i criteri interpretativi delle loro risposte. Per quanto riguarda la definizione di caso gli autori propongono di sostituire la generica terminologia "trasmissione verticale o orizzontale dell'infezione" con quelle di: "infezione congenita in caso di morte in utero/nato morto", "infezione congenita in nato vivo", "infezione neonatale acquisita intrapartum", "infezione neonatale acquisita post partum". Il fatto che una parte significativa delle infezioni materne e neonatali sia asintomatica rende difficile valutare il reale impatto della condizione sui neonati e allo stesso tempo compromette la possibilità di proteggere adeguatamente i professionisti sanitari che li assistono. Autori cinesi [6] presentano una serie di 17 donne COVID-19 positive che hanno partorito. L'epoca

gestazionale è compresa tra 35 e 41 settimane di gestazione e i parti sono avvenuti dopo un intervallo compreso tra 1 e 26 giorni dall'inizio del quadro clinico dovuto al virus SARS-CoV-2. Cinque neonati hanno sviluppato una polmonite e due dei tamponi eseguiti entro 24 ore dal parto sono risultati positivi. Gli autori concludono di non poter confermare la trasmissione verticale a causa della indisponibilità di ricerca del virus nel sangue cordonale, liquido amniotico o placenta.

Una serie di articoli sintetizzano le evidenze disponibili in letteratura sul tema COVID-19 e gravidanza, anche attraverso revisioni narrative della letteratura. Parazzini e coll. presentano una revisione narrativa di 13 studi che descrive i dati disponibili sulla modalità del parto, la trasmissione verticale/peripartum dell'infezione e gli esiti neonatali in donne in gravidanza positive al virus SARS-CoV-2 [7]. Gli autori passano in rassegna le informazioni disponibili relative alle donne in gravidanza durante le epidemie da MERS, SARS e nuovo Coronavirus e riassumono in una tabella sinottica i principali indicatori di esito materni e perinatali per facilitare un'analisi comparata che conferma la minore gravità dell'infezione da SARS-CoV-2 rispetto alle precedenti [8]. Bauer e coll. presentano raccomandazioni basate su evidenze o opinioni di esperti rivolte agli anestesisti che assistono le donne durante la pandemia COVID-19 con un focus sulle buone pratiche [9].

I seguenti articoli si occupano di diversi aspetti assistenziali relativi a temi di interesse ostetrico nell'ambito della pandemia da SARS-CoV-2. Un articolo [10] affronta il tema del supporto emozionale, mentale e fisico che deve essere garantito agli operatori sanitari che assistono la nascita durante la pandemia da COVID-19. Per prevenire lo stress e il burnout dei professionisti sanitari viene raccomandata un'adeguata pianificazione del lavoro, la disponibilità di appropriati DPI, di supporto emozionale e psicologico, oltre a una adeguata alimentazione, riposo e attività fisica. Un altro lavoro [11] prende in esame le opportune valutazioni rischio-beneficio che devono essere adottate nella pratica clinica per decidere se e quando utilizzare i corticosteroidi per il trattamento della prematurità nelle donne COVID positive. Un gruppo di Ostetrici dell'Università dell'Ohio presenta una proposta di protocollo operativo per l'esecuzione del taglio cesareo in donne con infezione COVID-19 sospetta o confermata [12].

Chandrasekharan et al. [13] presentano una rassegna delle opzioni possibili da discutere con i genitori in un processo decisionale condiviso relativamente all'assistenza al parto e al neonato in situazione di madre sospetta o confermata COVID-19.

Relativamente all'allattamento, dai diversi studi pubblicati non emergono nuove evidenze circa la trasmissione verticale attraverso il latte materno [14,7,3,15,16].

Permangono indirizzi diversi sul contatto madre-bambino dopo la nascita, sul rooming in e sull'allattamento in madri sospette o confermate COVID-19. Il National Obstetrics and Medical Quality Management and Control Center cinese suggerisce la separazione madre-bambino immediata e prolungata per almeno 14 giorni e il non allattamento [17]. Diversamente, l'aggiornamento del 7 aprile dei Royal Colleges [18] inglesi mantiene le indicazioni precedenti sulla promozione della relazione madre-bambino e dell'allattamento, così come l'Organizzazione Mondiale della Salute nel documento del 13 marzo [19]. Nell'aggiornamento del 4 aprile [20] delle "Considerations for Inpatient Obstetric Healthcare Settings", il CDC statunitense rivede alcune delle proprie indicazioni. Si raccomanda la presenza di un'unica persona di sostegno a scelta della donna, che non presenti sintomatologia respiratoria acuta; per i visitatori sono suggerite modalità alternative di interazione, come le videochiamate. Tutte le persone che entrano nelle strutture sanitarie devono essere dotate di mascherina. La decisione di separare la madre sospetta o accertata

COVID-19 dal proprio neonato dopo la nascita dovrebbe essere presa caso per caso, attraverso un processo decisionale condiviso tra la madre e l'equipe. Gli elementi da considerare includono: condizioni cliniche della madre e del bambino; risultato del test della madre (confermata vs sospetta) e del bambino (nel caso in cui il neonato risulti essere positivo, decade la necessità di separazione); desiderio della madre di allattare; possibilità logistica della struttura di attuare la separazione o ricollocazione; possibilità di proseguire la separazione dopo la dimissione; altri rischi e benefici di una separazione temporanea. Nel caso in cui la separazione non sia messa in atto, permangono le indicazioni per la riduzione del rischio di trasmissione, sempre in un processo decisionale condiviso con la madre.

Stuebe [21] passa in rassegna le potenziali ripercussioni derivanti dalla separazione madre-neonato. Tra queste:

- la separazione potrebbe non prevenire l'infezione una volta che il bambino sia rientrato a casa con la propria madre, in quanto il distanziamento sociale non è sempre possibile o fattibile a domicilio e altri componenti del nucleo familiare potrebbero essere infetti
- l'interruzione del contatto pelle-a-pelle alla nascita interferisce con la fisiologia del neonato, aumentandone i fattori di stress con effetti negativi sul decorso della malattia
- la separazione è un fattore di stress per la madre; gli studi hanno dimostrato gli effetti positivi del contatto madre-bambino anche sulla madre. La separazione aumenta i livelli di stress e può peggiorare il decorso clinico
- la separazione interferisce con l'assunzione di latte materno, interrompendo la protezione immunitaria innata e specifica; la separazione precoce interrompe l'allattamento e la mancata assunzione di latte materno aumenta il rischio di ospedalizzazione per polmonite
- l'isolamento separato di madre e bambino raddoppia il carico sul sistema sanitario.

Tra i documenti regionali, la task force della Regione Lombardia indica la presenza del partner durante il travaglio e il parto, ma non nell'area dedicata al post partum. Raccomanda, inoltre, che tutte le donne che allattano indossino la mascherina chirurgica; le madri COVID-19 positive asintomatiche o con sintomi moderati possono allattare mentre le madri positive e sintomatiche devono essere separate dai loro neonati e possono spremere il proprio latte perché sia somministrato ai bambini [2].

Il documento prodotto dalla Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita della Regione Emilia-Romagna indica la presenza di un unico accompagnatore. Nel caso di donne sintomatiche in condizioni stabili, madre e neonato vanno tenuti insieme in una camera isolata. La madre deve utilizzare la mascherina e l'allattamento è sostenuto, in accordo al desiderio della madre, e può essere al seno, purché si osservino le misure igieniche previste. Il documento fa inoltre riferimento alla programmazione della dimissione, concordando controlli post dimissione con i servizi territoriali e con il pediatra di libera scelta [22].

Riferimenti bibliografici

1. Sutton, D., Fuchs, K., D'Alton, M. & Goffman, D. Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. *N. Engl. J. Med.* 1–2 (2020). doi:10.1056/NEJMc2009316
2. Ferrazzi, E. M. et al. COVID-19 Obstetrics Task Force, Lombardy, Italy: executive management summary and short report of outcome. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* (2020) doi:10.1002/ijgo.13162
3. Wang, C., Zhou, Y., Yang, H. & Poon, L. Intrauterine vertical transmission of SARS-CoV-2: what we know so far Chen. (2020)
4. Deprest, J. et al. Feto-placental surgeries during the covid-19 pandemic: starting the discussion. (2020)
5. Shah, S., Diambomba, Y., Acharya, G., Shaun, K. & Bitnun, A. Classification system and case definition for SARS-CoV-2 infection in pregnant women, fetuses, and neonates. (2020).
6. Khan, S. et al. Association of COVID-19 infection with pregnancy outcomes in healthcare workers and general women. (2020). doi:10.1016/j.cmi.2020.03.034
7. Parazzini, F. et al. Delivery in pregnant women infected with SARS-CoV-2: A fast review. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* (2020). doi:10.1002/ijgo.13166
8. Saccone, G., Carbone, F. & Zullo, F. The Novel Coronavirus (2019-nCoV) in pregnancy: what we need

- to know. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. (2020) doi:10.1016/j.ejogrb.2020.04.006
9. Bauer, M. et al. Obstetric Anesthesia During the COVID-19 Pandemic. *Anesth. Analg.* 1 (2020). doi:10.1213/ANE.0000000000004856
 10. Wilson, A. N. et al. Caring for the carers: Ensuring the provision of quality maternity care during a global pandemic. *Women and Birth* (2020) doi:https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.011
 11. Mcintosh, J. J. Corticosteroid Guidance for Pregnancy during COVID-19 Pandemic. *Am J Perinatol* 2019, 1-4 (2020)
 12. Gonzalez-Brown, V. M., Reno, J., Fiorini, K., Costantine, M. M. & Lortz, H. Operating Room Guide for Confirmed or Suspected COVID-19 Pregnant Patients Requiring Cesarean Delivery. *Am J Perinatol* 43210, (2020)
 13. Chandrasekharan, P. et al. Neonatal Resuscitation and Postresuscitation Care of Infants Born to Mothers with Suspected or Confirmed SARS-CoV-2 Infection. *Am. J. Perinatol.* 14203, (2020)
 14. Mimouni, F. et al. Perinatal aspects on the covid-19 pandemic: a practical resource for perinatal - neonatal specialists. (2020). doi:10.1038/s41372-020-0665-6
 15. Chen, Q. et al. Vaginal Delivery Report of a Healthy Neonate Born to a Convalescent Mother with COVID-19. 0–3 doi:10.1002/jmv.25857
 16. Zaigham, M. & Andersson, O. Maternal and Perinatal Outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 0–3 (2020) doi:10.1111/aogs.13867
 17. National Obstetrics and Medical Quality Management and Control Center. New coronavirus pneumonia maternal delivery management recommendations. (2020)
 18. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Paediatrics and Child Health & Obstetric Anaesthetists' Association. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. 1–54 (2020)
 19. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. *Who* 2019, 12 (2020)
 20. [CDC](#).
 21. Stuebe, A. Should Infants Be Separated from Mothers with COVID-19? First, Do No Harm. *Breastfeed. Medi* 15, 1–2 (2020)
 22. Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita. Nuovo coronavirus SARS-CoV-2 Indicazioni per le professioniste e i professionisti del percorso nascita della regione Emilia-Romagna. (2020)

Data di pubblicazione: 16 aprile 2020

Autrici: Serena Donati, Angela Giusti, Francesca Zambri, Francesca Marchetti e Letizia Sampaolo, Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute - ISS

© EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità - Viale Regina Elena 299, 00161 - Roma