

# Identification et prise en charge du syndrome de Guillain-Barré dans le contexte du virus Zika

## Lignes directrices provisoires

25 février 2016

WHO/ZIKV/MOC/16.4



Organisation  
mondiale de la Santé

## 1. Introduction

### 1.1 Contexte

Le syndrome de Guillain-Barré (SGB) est une affection dans laquelle le système immunitaire du patient attaque une partie du système nerveux périphérique. Le SGB peut être déclenché par diverses infections, notamment par les virus de la dengue et du chikungunya. Il peut toucher les nerfs périphériques qui contrôlent les mouvements musculaires, ainsi que ceux qui transmettent les sensations de douleur, de température et de toucher. Cela peut provoquer une faiblesse musculaire et la perte de sensation dans les jambes et/ou les bras. Environ 25 % des patients atteints de SGB nécessitent des soins intensifs, et 3 à 5 % des malades décèdent de complications liées à une paralysie des muscles de la respiration, un arrêt cardiaque ou une thrombose, même en présence de soins de soutien adéquats (1).

Les autorités sanitaires du Brésil, de la Colombie, d'El Salvador, du Suriname et du Venezuela ont signalé une recrudescence de cas de SGB dans le contexte actuel de transmission étendue du virus Zika. En Polynésie française, les 42 cas de SGB qui avaient été détectés lors d'une flambée de virus Zika en 2013-2014 ont fait l'objet d'une analyse rétrospective (test de séroneutralisation), donnant des résultats positifs aussi bien pour la dengue que pour le virus Zika (2). Les causes de l'incidence accrue de SGB au Brésil, en Colombie, en El Salvador et au Suriname demeurent inconnues, en particulier compte tenu de la circulation simultanée du virus de la dengue, du chikungunya et du virus Zika dans la région des Amériques. Des enquêtes sont en cours pour déterminer les causes, les facteurs de risque et les conséquences de ces groupes de cas de SGB et d'autres complications neurologiques.

Le présent document vise à fournir des lignes directrices provisoires concernant la définition de cas et les stratégies de prise en charge du SGB, dans le contexte d'une association potentielle entre ce syndrome et le virus Zika. Il est conçu pour guider l'élaboration des protocoles cliniques locaux et des politiques sanitaires relatives aux soins des patients atteints de SGB. Une réunion d'experts aura lieu en mars 2016 pour formuler des orientations complémentaires sur l'identification et la prise en charge du SGB et d'autres troubles neurologiques éventuels dans le contexte de la transmission du virus Zika.

### 1.2 Public visé

Les présentes lignes directrices sont principalement destinées aux professionnels de la santé, notamment les médecins de famille, les généralistes, les neurologues, les urgentistes, les médecins en soins intensifs et les infirmiers. Elles peuvent également être utiles aux personnes responsables de l'élaboration des protocoles et politiques sanitaires aux niveaux local et national, ainsi qu'aux décideurs dans les régions touchées par la transmission du virus Zika.

## 2. Recommandations provisoires

- Le personnel de santé doit être formé à l'identification, l'évaluation et la prise en charge des malades atteints de SGB. Il convient en particulier de renforcer les compétences d'examen neurologique et la formation sur la prise en charge active du SGB.
- Il est recommandé d'utiliser les critères de Brighton (3) pour la définition des cas de SGB (voir ci-après). Tous les patients chez lesquels un SGB est soupçonné devraient faire l'objet d'un examen neurologique avec, si possible, des tests auxiliaires comportant une étude de la conduction nerveuse/électromyographie et une ponction lombaire.
- Le risque de décès des patients atteints de SGB est lié à certaines complications, dont l'insuffisance respiratoire, l'arythmie cardiaque et la formation de caillots sanguins. Les malades doivent bénéficier de soins de soutien optimaux, reposant notamment sur des évaluations neurologiques fréquentes et la surveillance des signes vitaux et de la fonction respiratoire.
- Un traitement par plasmaphérèse ou par injection d'immunoglobulines intraveineuses devrait être administré aux patients atteints de SGB qui ne parviennent pas à marcher ou qui présentent une évolution rapide des symptômes. Il convient d'assurer l'accès à ces médicaments, ainsi qu'à une formation sur leur mode d'administration.
- Il importe également que des lits d'hôpitaux soient disponibles pour les patients présentant de graves manifestations de SGB afin que ces derniers bénéficient des meilleurs soins de soutien possibles.

### 3. Définition des cas de syndrome de Guillain-Barré selon les critères de Brighton

Il est recommandé d'utiliser les critères de Brighton (3) pour la définition des cas de SGB. Ces critères se fondent sur les manifestations cliniques, ainsi que sur les résultats de tests auxiliaires, comme les examens neurophysiologiques et les ponctions lombaires. Les patients sont placés dans des catégories allant du niveau 1 (degré le plus élevé de certitude diagnostique) au niveau 3 (degré le plus faible de certitude diagnostique). Ces critères, qui ont été établis

pour harmoniser la collecte et l'analyse des informations relatives au SGB, demeurent applicables dans les situations suivantes : contextes d'étude présentant des niveaux différents de ressources disponibles ; établissements de santé caractérisés par différents degrés de disponibilité et d'accès aux soins ; et régions géographiques différentes. Il faut souligner que, bien que ces critères de certitude diagnostique soient potentiellement applicables dans un contexte clinique, ils ont avant tout une finalité épidémiologique et non thérapeutique (3).

**Tableau 1. Critères de Brighton utilisés pour la définition des cas de syndrome de Guillain-Barré**

Niveau 1 de certitude diagnostique	Niveau 2 de certitude diagnostique	Niveau 3 de certitude diagnostique
<ul style="list-style-type: none"> <li>Faiblesse bilatérale et flasque des membres ; <b>ET</b></li> <li>Baisse ou absence des réflexes ostéotendineux dans les membres faibles ; <b>ET</b></li> <li>Profil de maladie monophasique, avec un intervalle de 12 heures à 28 jours entre l'apparition de la faiblesse et son nadir, suivi d'un plateau clinique ; <b>ET</b></li> <li>Absence d'un autre diagnostic expliquant la faiblesse ; <b>ET</b></li> <li>Dissociation albuminocytologique (c'est-à-dire augmentation du taux de protéines dans le LCR* au-dessus des valeurs normales de laboratoire, avec un nombre de globules blancs &lt;50/µl dans le LCR) ; <b>ET</b></li> <li>Résultats d'analyse électrophysiologique compatibles avec un SGB.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faiblesse bilatérale et flasque des membres ; <b>ET</b></li> <li>Baisse ou absence des réflexes ostéotendineux dans les membres faibles ; <b>ET</b></li> <li>Profil de maladie monophasique, avec un intervalle de 12 heures à 28 jours entre l'apparition de la faiblesse et son nadir, suivi d'un plateau clinique ; <b>ET</b></li> <li>Absence d'un autre diagnostic expliquant la faiblesse ; <b>ET</b></li> <li>Nombre total de globules blancs &lt;50/µl dans le LCR (avec ou sans augmentation du taux de protéines dans le LCR au-dessus des valeurs normales de laboratoire) ; <b>OU</b> résultats d'analyse électrophysiologique compatibles avec un SGB en cas de non prélèvement de LCR ou de non disponibilité des résultats.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faiblesse bilatérale et flasque des membres ; <b>ET</b></li> <li>Baisse ou absence des réflexes ostéotendineux dans les membres faibles ; <b>ET</b></li> <li>Profil de maladie monophasique, avec un intervalle de 12 heures à 28 jours entre l'apparition de la faiblesse et son nadir, suivi d'un plateau clinique ; <b>ET</b></li> <li>Absence d'un autre diagnostic expliquant la faiblesse.</li> </ul>

\* Liquide céphalorachidien (LCR)

## 4. Élaboration des lignes directrices

### 4.1 Remerciements

Les personnes suivantes ont contribué à l'élaboration de ces lignes directrices provisoires : Professeur Gretchen Birbeck (Neurologie et épidémiologie, École de médecine de l'Université de Rochester, Rochester, États-Unis d'Amérique) ; Dr Francisco Javier Carod-Artal (Conseiller neurologue, Raigmore Hospital UK, Inverness Royaume-Uni) ; Professeur Igor Koralnik (Neurologie, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, États-Unis d'Amérique) ; Dr Constantine Malama (Virologiste, Ministère de la santé de Zambie, Lusaka, Zambie) ; Dr Farrah Mateen (Professeur adjoint, Harvard Medical School, Boston, États-Unis d'Amérique) ; Professeur Avindra Nath (Chercheur principal, National Institute of Health, Bethesda, États-Unis d'Amérique) ; Dr Erwan Oehler (Médecin hospitalier en médecine générale, Tahiti,

Polynésie française) ; Professeur Lyda Osorio (Épidémiologie, Université de Valle, Cali, Valle del Cauca, Colombie) ; Dr Carlos Pardo (Directeur du Johns Hopkins Transverse Myelitis Center, Johns Hopkins University, Baltimore, États-Unis d'Amérique) ; Professeur Laura Rodrigues (Épidémiologie des maladies infectieuses, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni) ; Dr James Sejvar (Neurologue et épidémiologiste, Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, États-Unis d'Amérique) ; Professeur Tom Solomon (Directeur de l'Institute of Infection and Global Health, Université de Liverpool, Liverpool, Royaume-Uni) ; Dr Kiran Thakur (Professeur adjoint, Department of Neurology, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, États-Unis d'Amérique) ; Professeur Joseph Zunt (Neurology and Global Health, University of Washington, Seattle, États-Unis d'Amérique).

Des contributions ont également été apportées par des membres du Département Santé mentale et abus de substances psychoactives de l'OMS à Genève (Tarun Dua, Shekhar Saxena et Marius Vollberg) et du Bureau régional OMS des Amériques (Armando Vasquez).

## 4.2 Méthodes d'élaboration des lignes directrices

Des experts mondiaux, spécialisés dans l'étude des infections neurologiques, de la neuro-immunologie et du syndrome de Guillain-Barré, ont été identifiés par l'intermédiaire des réseaux existants de neurologues. Il s'agissait de spécialistes venus d'Afrique, des Amériques, d'Asie du Sud-Est, d'Europe et du Pacifique. Faute de temps, il n'a pas été possible d'identifier et d'inclure des experts d'autres domaines de spécialisation.

Une conférence téléphonique a été organisée le 9 février 2016 par le Département Santé mentale et abus de substances psychoactives de l'OMS à Genève. Un procès-verbal a été rédigé, servant de base à la préparation des lignes directrices provisoires. Le procès-verbal et le projet de lignes directrices provisoires ont été transmis aux experts. Ces derniers ont émis des commentaires et proposé des références, qui ont été intégrés à la version révisée des lignes directrices.

## 4.3 Déclarations d'intérêts

Mme F. Mateen déclare avoir bénéficié de l'appui de l'American Brain Foundation en 2010-2012 pour étudier le

SGB en Inde à l'aide des données de surveillance de la poliomyélite. Sa situation ayant été jugée comme ne constituant pas un conflit d'intérêts, elle a pu pleinement participer à l'élaboration des lignes directrices. Aucun autre conflit d'intérêts n'a été identifié. L'élaboration des présentes lignes directrices provisoires n'a nécessité aucun financement particulier.

## 4.4 Date de révision

Les présentes recommandations, établies au titre de procédures d'urgence, demeureront valides jusqu'en août 2016. À cette date au plus tard, elles seront examinées par le Département Santé mentale et abus de substances psychoactives de l'OMS à Genève, qui les actualisera le cas échéant.

## 5. Références

1. Yuki N, Hartung HP. Guillain-Barré syndrome. *N Engl J Med.* 2012 Jun; 366(24):2294-304.
2. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Rapport de situation du 12 février 2016 sur le virus Zika ; 2016 [consulté le 22 fév. 2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report/12-february-2016/en/>
3. Sejvar JJ, Kohl KS, Gidudu J, Amato A, Bakshi N, Baxter R, Burwen DR, Cornblath DR, Cleerhout J, Edwards KM, Heinger U. Guillain-Barré syndrome and Fisher syndrome: case definitions and guidelines for collection, analysis, and presentation of immunization safety data. *Vaccine.* 2011 Jan 10; 29(3):599-612.

© Organisation mondiale de la Santé 2016

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.