

Prise en charge de la grossesse dans le contexte du virus Zika

Lignes directrices provisoires

2 mars 2016

WHO/ZIKV/MOC/16.2



Organisation
mondiale de la Santé

1. Introduction

1.1 Contexte

Le virus Zika est un flavivirus principalement transmis par les moustiques du genre *Aedes* infectés. Ce vecteur transmet également les virus de la dengue et du chikungunya et vit habituellement dans les environnements tropicaux et subtropicaux en Afrique, dans les Amériques, en Asie et dans le Pacifique. Même si le virus Zika a été identifié pour la première fois chez l'homme en 1952, très peu de flambées ont été documentées avant 2015. L'infection humaine est souvent asymptomatique, et les symptômes sont habituellement modérés et spontanément résolutifs. Si les caractéristiques habituelles de l'infection humaine n'ont pas changé, le lien potentiel établi récemment entre l'infection à virus Zika, d'une part, et la microcéphalie congénitale et le syndrome de Guillain-Barré, d'autre part, dans certaines régions touchées¹ a fait de cette question une urgence de santé publique de portée internationale.¹⁻³

1.2 Explication et objectifs

Le vecteur (moustique) porteur du virus Zika prospère dans les climats chauds, et particulièrement dans les régions où les conditions de vie sont mauvaises. Les femmes enceintes qui vivent ou qui se rendent dans ces régions courent le même risque que le reste de la population d'être infectées par le virus transmis par ce vecteur. L'infection de la mère par le virus Zika peut passer inaperçue étant donné que certaines personnes ne développeront aucun symptôme. Même si l'infection à virus Zika pendant la grossesse est habituellement une maladie bénigne, l'augmentation inhabituelle du nombre de cas de microcéphalie congénitale, de syndromes de Guillain-Barré et d'autres complications neurologiques dans les régions où les flambées se sont produites^{1,2} ont fortement inquiété les femmes enceintes et leurs familles, de même que les agents de santé et les décideurs.⁴

Si l'association entre l'infection à virus Zika et la microcéphalie fœtale reste en cours d'étude,⁵ la transmission de la mère au fœtus pendant toute la grossesse a été documentée.⁶⁻⁸ L'isolement en laboratoire du virus dans les tissus nerveux des nourrissons microcéphales a accentué la suspicion de l'existence d'un lien de causalité.⁸ En outre, il est malaisé de déterminer si l'infection à virus Zika contribue aux interruptions de grossesse spontanées et aux mortinaissances, même si l'ARN du virus Zika a été détecté dans les produits

de conception à la suite de fausses couches chez des femmes infectées.

Le présent document a pour objectif de donner des lignes directrices provisoires relatives aux interventions visant à réduire le risque d'infection maternelle par le virus Zika et à prendre en charge les complications potentielles pendant la grossesse. Les présentes lignes directrices sont fondées sur les meilleurs résultats de recherche à disposition et couvrent les domaines prioritaires d'après un groupe international et pluridisciplinaire de professionnels de la santé et d'autres parties prenantes. Les sujets abordés sont les suivants : orientations visant à prévenir l'infection à virus Zika ; soins prénatals et prise en charge des femmes infectées ; et soins pendant grossesse pour toutes les femmes enceintes vivant dans les régions touchées. L'objectif est d'optimiser les résultats sanitaires pour les mères et les nouveau-nés. Ces lignes directrices visent à guider l'élaboration de protocoles cliniques et de politiques sanitaires à l'échelle nationale et locale en ce qui concerne les soins au cours de la grossesse dans le contexte de la transmission du virus Zika. Elles n'ont pas pour objectif de fournir un guide pratique exhaustif pour la prévention et la prise en charge des infections à virus Zika.

1.3 Portée des lignes directrices

Les présentes lignes directrices concernent toutes les femmes enceintes vivant dans des zones de transmission du virus Zika, et plus particulièrement les femmes enceintes qui semblent particulièrement exposées à une infection à virus Zika ou chez qui la maladie a été diagnostiquée. Elles ne couvrent pas les femmes qui ne sont pas enceintes, ni la prise en charge et le suivi des nouveau-nés.

1.4 Public cible

Les présentes lignes directrices s'adressent principalement aux professionnels de la santé qui soignent directement les femmes enceintes, notamment aux obstétriciens, aux médecins généralistes, aux sages-femmes et aux infirmiers. Elles peuvent également être utilisées par les responsables de l'élaboration de protocoles et de politiques sanitaires à l'échelle nationale et locale, ainsi que par les gestionnaires de programmes axés sur la santé de la mère et de l'enfant, en particulier dans les régions où le nombre d'issues défavorables pour le fœtus et le nouveau-né a connu une augmentation inhabituelle et pourrait être lié à des infections à virus Zika.

2. Pratiques recommandées

2.1 Mesures préventives

Les mesures de prévention des infections à destination des femmes enceintes sont les mêmes que celles qui sont recommandées pour la population en général. Néanmoins, il faudrait insister sur l'importance des mesures préventives lors de chaque rencontre avec une femme enceinte. Les professionnels de la santé devraient promouvoir les mesures décrites ci-dessous auprès des femmes enceintes et de leurs familles, ainsi qu'au sein de la communauté.

Lutte antivectorielle : Il convient de prendre des mesures environnementales afin de réduire la densité des vecteurs. Étant donné que la lutte contre les moustiques est la seule mesure capable d'interrompre la transmission de virus comme le virus Zika, la dengue et le chikungunya, tous les efforts doivent être déployés afin d'identifier et de détruire les principaux gîtes larvaires dans les maisons et sur les lieux de travail.^a

Mesures de protection des personnes : Les interventions suivantes sont recommandées pour la population en général et pour les femmes enceintes en particulier :

- protection de la peau contre une exposition aux moustiques par le port de vêtements aussi couvrants que possible (par exemple manches longues, jupes ou pantalons longs) ;
- utilisation de moustiquaires sur les lits pour dormir, y compris en journée ;
- installation de moustiquaires rigides ou en tissu aux portes et aux fenêtres ;
- utilisation d'insectifuges approuvés par les autorités sanitaires locales (par exemple insectifuges à base de DEET ou d'icaridine ; il s'agit à ce jour des insectifuges dont l'innocuité a été prouvée pendant la grossesse). L'insectifuge doit être appliqué en respectant les indications sur les parties du corps exposées, voire sur les vêtements, et cette application doit être répétée conformément aux indications du fabricant sur l'étiquette du produit ;
- les individus infectés par le virus Zika, la dengue et/ou le chikungunya devraient être invités à appliquer les mesures de protection des personnes énumérées ci-dessus afin d'éviter la propagation de l'infection aux personnes saines. Ces mesures devraient être mises en œuvre pendant au moins une semaine après l'apparition des symptômes (phase virémique) ;
- afin d'éviter l'éventuelle transmission sexuelle du virus Zika, les partenaires sexuels des femmes enceintes qui vivent dans les zones de transmission du virus ou qui en reviennent devraient adopter des pratiques sexuelles à moindre risque (notamment l'utilisation correcte et systématique du préservatif) ou s'abstenir

de toute activité sexuelle pendant toute la durée de la grossesse.^b

2.2 Diagnostic

Tableau clinique : Il n'existe aucune différence connue dans le tableau clinique des femmes enceintes ou non infectées par le virus Zika. L'infection à virus Zika est asymptomatique dans la majorité des cas. Dans les cas présentant des symptômes, ceux-ci font habituellement leur apparition quelques jours après la piqûre d'un moustique infecté. La plupart des personnes atteintes de maladie à virus Zika ont un peu de fièvre et des éruptions cutanées. D'autres peuvent également présenter une conjonctivite, des douleurs articulaires, des céphalées et des douleurs musculaires, et se sentir fatiguées. Ces symptômes durent 2 à 7 jours et sont généralement modérés et spontanément résolutifs.

Certains pays touchés par une transmission active du virus Zika ont signalé une augmentation des cas de syndromes neurologiques, entre autres du syndrome de Guillain-Barré. Par conséquent, il est prudent de rechercher une infection à virus Zika chez toutes les femmes enceintes présentant des complications neurologiques.

Définition des cas de maladie à virus Zika : Des définitions de cas provisoires concernant la maladie à virus Zika ont été élaborées par l'OMS et sont consultables à l'adresse <http://www.who.int/csr/disease/zika/case-definition/fr/>.

Diagnostic : Les étapes nécessaires au diagnostic préconisées pour les femmes enceintes sont les mêmes que celles qui sont recommandées pour la population en général. Pour arriver à un diagnostic, il faut détecter le virus à l'aide de l'amplification génique après transcription inverse (RT-PCR) dans le sérum maternel au cours des cinq jours suivant l'apparition des symptômes. Le virus Zika peut également être détecté dans les urines, la période d'excrétion du virus pouvant aller jusqu'à trois semaines après l'apparition des symptômes. Ce virus a également été détecté dans la salive, mais sa période d'excrétion semble être la même que dans le sérum. La RT-PCR peut également identifier l'ARN viral dans le liquide amniotique, même si la sensibilité et la spécificité de ce test pour la détection d'une infection congénitale restent aujourd'hui incertaines.

Des tests sérologiques peuvent également être réalisés afin de diagnostiquer l'infection à virus Zika grâce aux anticorps de la classe des IgM détectés par l'intermédiaire de titrages immuno-enzymatiques (ELISA) ou de tests d'immunofluorescence à partir du cinquième jour suivant l'apparition des symptômes. À la suite de la première infection d'une personne par un flavivirus, les réactions croisées avec d'autres virus génétiquement proches dans les

^a Vous trouverez plus de renseignements sur la lutte antivectorielle à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/fr/>.

^b Vous trouverez davantage de renseignements sur la prévention de la transmission sexuelle potentielle à l'adresse <http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/sexual-transmission-prevention/fr/>.

tests sérologiques sont peu nombreuses. Il n'en reste pas moins que le sérum de personnes avec des antécédents d'infection par d'autres flavivirus a plus de probabilités de présenter des réactions croisées. En partant du principe qu'une part importante de la population vivant dans les zones de transmission du virus Zika a probablement déjà été en contact avec d'autres flavivirus (en particulier la dengue et la fièvre jaune, y compris le vaccin correspondant), les réactions croisées et les faux positifs sont possibles. Il convient d'agir avec prudence pour s'assurer que les tests sérologiques utilisés pour guider la prise en charge de la grossesse ont été validés par une autorité nationale ou internationale compétente.

2.3 Soins généraux et traitement des symptômes

À ce jour, aucun vaccin ni traitement particulier n'a été développé pour l'infection à virus Zika. Par conséquent, le traitement vise à atténuer les symptômes, s'il y en a.

Repos et application des mesures de protection des personnes :

Les femmes enceintes ayant contracté une infection à virus Zika et présentant des symptômes devraient être invitées à se reposer et à appliquer les mesures de protection des personnes décrites ci-dessus afin de réduire les probabilités de transmission virale à d'autres personnes, en particulier au cours de la première semaine de la maladie (phase virémique).

Fièvre : La fièvre devrait être combattue par des mesures physiques visant à refroidir le corps (par exemple tissus humides, vêtements légers, bains ou douches) ainsi que par du paracétamol. Il convient d'éviter d'utiliser de l'aspirine ou d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens jusqu'à ce qu'une infection virale par la dengue ait été écartée.

Céphalées : Les céphalées devraient également être traitées avec du paracétamol aux doses prescrites pour combattre la fièvre.

Démangeaisons : Même si aucune étude n'affirme ni n'infirme l'innocuité des produits pour application locale afin de traiter les éruptions cutanées qui démangent pendant la grossesse, l'expérience clinique laisse penser qu'ils sont sûrs. Le profil d'innocuité du traitement général par antihistaminiques est également bon. Les applications locales de lotion à la calamine ou d'agents aqueux à la menthe, ou l'administration de loratadine par voie orale peuvent également être envisagées.

Hydratation : Les femmes enceintes malades devraient boire beaucoup afin d'éviter l'hypovolémie due à la sueur, aux vomissements et à d'autres pertes insidieuses pouvant accompagner la phase virémique.

2.4 Soins aux femmes enceintes vivant dans des zones où la transmission du virus Zika se poursuit

Il est actuellement recommandé aux femmes enceintes présentant des antécédents de symptômes ou de signes de la maladie à virus Zika de se soumettre à des tests pour savoir si elles ont été infectées. En raison du

fardeau que cela représenterait pour les ressources sanitaires locales existantes, l'OMS ne recommande pas à ce jour de faire passer des tests à toutes les femmes enceintes dans les zones de transmission du virus Zika. Néanmoins, là où cela est possible, les professionnels de la santé devraient envisager de proposer une échographie du premier trimestre à toutes les femmes consultant pour des soins prénatals afin de dater avec précision la grossesse et de procéder à une évaluation basique de la morphologie du fœtus.

Il devrait être conseillé à toutes les femmes enceintes de se présenter aux visites prénatales prévues conformément aux normes nationales et de suivre les recommandations des agents de santé chargés de leur suivi. Les femmes devraient être invitées à consulter rapidement afin de recevoir un diagnostic et un traitement si elles développent l'un des symptômes de l'infection à virus Zika décrits ci-dessus. Lors de toutes les visites prénatales, les femmes devraient être informées des mesures environnementales et de protection des personnes standard décrites ci-dessus. Des examens systématiques devraient être menés afin d'exclure la syphilis, la toxoplasmose, le cytomégalovirus, la rubéole et l'herpès, qui sont également des causes connues d'infection intra-utérine et d'anomalies congénitales.

L'annexe 1 présente un tableau décisionnel pour la prise en charge des femmes enceintes vivant dans des zones où la transmission du virus Zika se poursuit. À chaque consultation, il convient de demander aux femmes enceintes si elles ont présenté, depuis leur dernière visite, l'un des symptômes ou des signes de l'infection à virus Zika énumérés ci-dessus. S'il s'agit de leur première consultation prénatale, il convient de leur poser des questions au sujet de l'occurrence de ces symptômes pendant la grossesse en cours.

Qu'il y ait ou non des antécédents médicaux pouvant être compatibles avec une infection à virus Zika, toutes les femmes vivant dans les zones de transmission du virus devraient bénéficier de soins prénatals de routine et être invitées à passer une échographie visant à détecter des anomalies du fœtus entre 18 et 20 semaines de grossesse, ou dès que possible si la première visite se produit après la 20^e semaine. Il convient de faire particulièrement attention au système nerveux central du fœtus afin de détecter n'importe quelle anomalie, notamment la microcéphalie et d'autres malformations structurelles du crâne.

Les femmes ayant des antécédents de maladie clinique, dont les tests pour l'infection à virus Zika sont négatifs et dont le fœtus ne présente aucun signe de microcéphalie ou d'autre anomalie du cerveau devraient continuer à bénéficier d'un suivi prénatal. Une deuxième échographie à la fin du deuxième ou au début du troisième trimestre, de préférence entre la 28^e et la 30^e semaine de gestation, est recommandée afin de

détecter beaucoup plus facilement une microcéphalie et/ou d'autres anomalies du cerveau chez le fœtus. En effet, la mère peut être infectée et le fœtus peut en subir les conséquences après un premier test négatif pour le virus Zika et une échographie normale.

Lorsque cela est possible, il convient d'envisager une amniocentèse pour les femmes présentant un résultat négatif au test du virus Zika, mais dont le fœtus présente des anomalies à l'échographie, qu'il s'agisse de la première (18-20 semaines) ou de la deuxième (28-30), afin de rechercher les anomalies génétiques et les infections congénitales, y compris par le virus Zika. Il convient de noter qu'on ne connaît pas actuellement avec précision la sensibilité et la spécificité de l'amniocentèse pour la détection d'une infection congénitale à virus Zika.

Lorsqu'un test pour le virus Zika est positif dans le sérum maternel (ou dans un échantillon d'amniocentèse) et que l'échographie découvre une microcéphalie et/ou d'autres anomalies du cerveau chez le fœtus, cela devrait laisser penser que les anomalies fœtales sont dues au virus Zika. Pour les femmes entrant dans cette catégorie, les antécédents et d'autres examens peuvent être utilisés afin de déterminer si les anomalies sont liées au virus Zika ou à d'autres causes possibles comme les infections congénitales ou les syndromes génétiques.

2.5 Évaluation prénatale de la microcéphalie et/ou d'autres anomalies du cerveau chez le fœtus dues au virus Zika

Il est recommandé de faire passer une échographie à toutes les femmes vivant dans des zones où la transmission du virus Zika se poursuit afin de détecter, de surveiller ou d'exclure des anomalies du cerveau chez le fœtus, en particulier la microcéphalie. Toutes les femmes devraient se voir proposer une échographie entre la 18^e et la 20^e semaine, réalisée par un agent de santé expérimenté dans le diagnostic prénatal par échographie, afin de détecter les éventuelles anomalies. Lorsque cela est possible, les femmes devraient passer une échographie au premier trimestre afin de déterminer avec exactitude l'âge gestationnel, étant donné que les examens échographiques visant à diagnostiquer les anomalies du fœtus nécessitent souvent des mesures anthropométriques fondées sur l'âge gestationnel.

Dans le contexte de la transmission du virus Zika, l'examen échographique devrait avoir pour objectif de détecter chez le fœtus une microcéphalie et/ou d'autres anomalies du cerveau rapportées dans le cas de grossesses de femmes touchées, par exemple une ventriculomégalie, des calcifications, une sulcation et une gyrification anormales, une atrophie cérébrale, une dysgénésie du corps calleux, l'incapacité de visualiser différentes parties du cerveau, une microphthalmie et des calcifications oculaires.⁷ Si on ne connaît toujours pas la totalité des anomalies congénitales

pouvant résulter d'une infection du fœtus par le virus Zika, les connaissances existantes au sujet d'autres infections congénitales (par exemple le CMV, la toxoplasmose ou l'herpès) laissent supposer que les fœtus infectés peuvent présenter un éventail beaucoup plus large de pathologies, pouvant aller de l'absence complète de symptômes à des atteintes graves du cerveau et d'autres organes, voire à la mort fœtale *in utero*. Par conséquent, la recherche chez le fœtus de l'apparition précoce de légers signes d'anomalies du cerveau combinée à un test de diagnostic du virus Zika positif ou non concluant devraient permettre d'arriver rapidement à un diagnostic et de prodiguer les soins appropriés.

Lorsqu'il est atteint de microcéphalie, le fœtus a une tête beaucoup plus petite que la normale d'après son âge gestationnel et son sexe, et cela peut être associé à un développement anormal du cerveau. Les professionnels de la santé et les femmes enceintes devraient savoir que le diagnostic prénatal de cette maladie à l'échographie n'est pas systématique et que la plupart des cas de microcéphalie diagnostiqués à la naissance ou ultérieurement peuvent passer inaperçus pendant la grossesse.⁹ Même s'il n'existe pas de seuil quantitatif incontestable, le périmètre crânien du fœtus est mesuré à plusieurs niveaux et comparé à la moyenne de la population de référence ; des mesures inférieures servent à diagnostiquer la microcéphalie fœtale, étant donné qu'un périmètre inférieur accroît la probabilité du diagnostic.^{10,11}

Chez les fœtus avec un périmètre crânien inférieur de deux écarts types à la moyenne pour leur âge gestationnel, une microcéphalie devrait être envisagée, même si, en l'absence d'anomalies graves du cerveau, un développement neuropsychologique normal après la naissance est habituel pour la plupart des fœtus concernés. Pour ce qui est des fœtus présentant un périmètre crânien inférieur de trois écarts types à la moyenne pour leur âge gestationnel, la corrélation entre microcéphalie et perturbation du développement neurologique est plus élevée. Un périmètre crânien inférieur de cinq écarts types à la moyenne pour l'âge gestationnel indique une réduction grave de la taille intracrânienne, et un diagnostic peut être posé à l'échographie avec un bon niveau de confiance.¹² Ces examens échographiques quantitatifs peuvent être réalisés par un médecin échographiste avec une expérience élémentaire des examens biométriques du fœtus, même si la détection d'anomalies connexes du cerveau peut nécessiter une formation plus poussée. Étant donné que ces mesures sont liées aux dimensions moyennes des fœtus par rapport à leur âge gestationnel, il est fondamental de garantir que les grossesses sont correctement datées et que la courbe de croissance fœtale de référence pour la population concernée est utilisée afin d'éviter les diagnostics erronés.

Définition des cas de microcéphalie fœtale liée au virus Zika : Afin de faciliter la classification de la microcéphalie fœtale dans le contexte de la poursuite de la transmission du virus Zika, le groupe de l'OMS chargé de l'élaboration des présentes lignes directrices provisoires a

adopté la définition de cas suivante pour la microcéphalie fœtale liée au virus Zika :

- microcéphalie fœtale ayant un lien moléculaire ou épidémiologique avec le virus Zika en l'absence d'autres maladies reconnues comme une cause de microcéphalie.

Le lien moléculaire et épidémiologique avec le virus Zika est défini comme suit :

- la femme enceinte est un cas confirmé de maladie à virus Zika ; **ou**
- la femme enceinte a eu des rapports sexuels avec un cas confirmé, ou elle présente des antécédents de symptômes ou de signes compatibles avec une infection à virus Zika et elle a habité/voyagé pendant sa grossesse dans une zone où la transmission du virus Zika se poursuit ; **ou**
- on a détecté la présence du virus Zika dans le liquide amniotique (au moyen d'une amniocentèse et d'une RT-PCR) ; **ou**
- on a détecté la présence du virus Zika dans le tissu cérébral du fœtus (diagnostic postmortem au moyen d'une RT-PCR).

Il convient d'écartier d'autres causes connues de microcéphalie, notamment d'autres infections congénitales, comme la toxoplasmose, la rubéole, l'herpès, la syphilis, le cytomégalovirus et le VIH ; l'exposition à des médicaments, des produits chimiques et des rayonnements toxiques ; des anomalies génétiques comme le syndrome de Down ; la malnutrition du fœtus et l'insuffisance placentaire.

2.6 Soins aux femmes enceintes dont le fœtus est potentiellement atteint de microcéphalie et/ou d'autres anomalies du cerveau dues au virus Zika

Là où les ressources sont suffisantes, les femmes enceintes pour lesquelles l'échographie montre que le fœtus est ou pourrait être atteint de microcéphalie et/ou d'autres anomalies du cerveau devraient être orientées vers des spécialistes, quelle que soit la cause de la maladie. Si les anomalies du cerveau sont confirmées à l'échographie et que le test pour le virus Zika est positif dans le sérum maternel ou à l'amniocentèse, il est possible que les anomalies soient dues au virus Zika.

Les périmètres crâniens inférieurs de plus de deux, trois et cinq écarts types à la moyenne de l'âge gestationnel ont été utilisés comme critère de diagnostic pour la microcéphalie fœtale. Plus le périmètre crânien est petit, plus la probabilité d'autres anomalies cérébrales, et donc d'un pronostic moins favorable, est importante. Dans ces situations, la femme – ainsi que son partenaire si elle le désire – devrait bénéficier de soins et de conseils personnalisés. En fonction de la gravité des anomalies du cerveau du fœtus, de la mesure dans laquelle elles sont certaines et du pronostic connexe, il peut être question de soins prénatals spécialisés et d'un suivi au moyen de plusieurs échographies afin de surveiller

la progression des anomalies, ou alors d'une discussion au sujet des étapes suivantes de prise en charge de la grossesse. Il est important de s'assurer qu'une femme enceinte touchée reçoit des informations exactes et fondées sur des bases factuelles concernant le pronostic des anomalies détectées. La femme – ainsi que son partenaire si elle le désire – devrait recevoir des conseils non directifs afin de pouvoir prendre une décision éclairée, en consultation avec l'agent de santé qui la suit, à propos de la marche à suivre dans la prise en charge de sa grossesse.

Les femmes qui mènent leur grossesse à terme doivent recevoir des soins et un soutien adaptés afin de gérer l'anxiété, le stress et l'environnement dans lequel a lieu l'accouchement. Les projets relatifs aux soins à l'enfant et à sa prise en charge dès sa naissance devraient faire l'objet d'une discussion avec les parents en consultation avec un pédiatre ou, si possible, un neuropédiatre.

Les femmes souhaitant mettre un terme à leur grossesse devraient recevoir des informations précises concernant les possibilités dont elles disposent dans les limites de la loi,¹³ y compris au sujet de la réduction des risques lorsque les soins souhaités ne sont pas immédiatement disponibles.

Toutes les femmes, quel que soit leur choix concernant leur grossesse, doivent être traitées avec respect et dignité.

3. Élaboration des lignes directrices

3.1 Remerciements

Les présentes lignes directrices provisoires ont été élaborées par le Département Santé reproductive et recherche (RHR) et par le Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent de l'OMS, en collaboration avec le Bureau régional OMS des Amériques. Un groupe d'orientation composé de A. Metin Gülmezoglu, Olufemi Oladapo, Clara Menendez (OMS/RHR), Bremen De Mucio, Rodolfo Gomez (AMRO) et João Paulo Souza (Université de São Paulo, Ribeirão Preto, Brésil) a dirigé le processus d'élaboration des lignes directrices.

L'OMS remercie sincèrement Reem Abu-Rustum (Center For Advanced Fetal Care, Tripoli, Liban), Melania Amorim (Instituto Paraibano de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto, Brésil), Jose Guilherme Cecatti (Université de Campinas, Brésil), Pisake Lumbiganon (Université de Khon Kaen, Thaïlande), Gustavo Malinger (Université de Tel Aviv, Israël), Isabelle Leparç-Goffart (Institut de recherche biomédicale des armées, France), Raquel de Almeida Marques (Associação Artemis, Brésil), Rintaro Mori (National Center for Child Health and Development, Tokyo, Japon), Ganeshwaran Mochida (Boston Children's Hospital, Boston, États-Unis), Ashraf Nabhan (Université Ain Shams, Égypte), Alfred Osoti (Université de Nairobi, Kenya), Lawrence Platt (David Geffen School of Medicine, Los Angeles, États-Unis) et Fernando Bellissimo-Rodrigues

(Université de São Paulo, Ribeirão Preto, Brésil), qui ont fait partie du groupe d'élaboration des lignes directrices. Veronika Tirado (Karolinska Institute, Suède) a effectué un examen rapide de la littérature présenté au moment de la consultation technique. Michelle Griffin (National Congenital Anomaly and Rare Disease Registration Service, Public Health England, Royaume-Uni) a pris part à la consultation technique et a collaboré avec le groupe d'orientation pour la révision du projet de lignes directrices.

3.2 Méthodes d'élaboration des lignes directrices

Les présentes lignes directrices sont fondées sur les recommandations existantes de l'OMS et d'autres organismes internationaux. Le processus d'élaboration des lignes directrices a suivi le schéma suivant : détermination des questions prioritaires ; recherche rapide dans la littérature et récupération des données factuelles ; évaluation et synthèse des données factuelles à disposition ; et entente sur les recommandations. Le groupe d'orientation a utilisé les données factuelles à disposition et a consulté des experts afin de rédiger un projet de recommandations de pratiques cliniques et un tableau décisionnel pour les tests et les soins dans le contexte de la transmission du virus Zika. L'OMS a organisé une consultation technique virtuelle le 16 février 2016, au cours de laquelle le groupe d'élaboration des lignes directrices a examiné et approuvé les recommandations en se fondant sur les données factuelles à disposition et sur l'avis des experts.

3.3 Déclaration d'intérêts

Tous les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices ont rempli le formulaire standard de déclaration d'intérêts de l'OMS avant de prendre part à la consultation technique ou à toute activité liée à l'élaboration des lignes directrices. Toutes les données recueillies dans les déclarations d'intérêts ont été gérées conformément aux lignes directrices de l'OMS au cas par cas. Les participants à la consultation technique ont également rempli des déclarations d'intérêts au préalable, et aucun conflit n'a été relevé.

3.4 Date de révision

Les présentes recommandations ont été rédigées dans le cadre d'une procédure d'urgence de l'OMS et resteront en vigueur jusqu'en août 2016. À cette date, le Département Santé reproductive et recherche de l'OMS à Genève sera chargé de réviser ces lignes directrices et de procéder à leur

mise à jour le cas échéant. L'OMS accepte les questions et les suggestions concernant le contenu des présentes lignes directrices. Veuillez envoyer vos suggestions par courriel à l'adresse mpa-info@who.int.

4. Références

- Schuler-Faccini L, Ribeiro EM, Feitosa IM, et al. Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly - Brazil, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 65(3): 59-62.
- World Health Organization. WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. 1 Feb 2016. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/en/> (Accessed 18 February 2016).
- Gulland A. Zika virus is a global public health emergency, declares WHO. *BMJ* 2016; 352: i657.
- Ministério da Saúde (Brazil). Microcefalia - Ministério da Saúde divulga boletim epidemiológico 2015. Available at: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20805-ministerio-da-saude/divulga-boletim-epidemiologico> (Accessed 18 February 2016).
- Tetro JA. Zika and microcephaly: causation, correlation, or coincidence? *Microbes Infect* 2016. doi: 10.1016/j.micinf.2015.12.010.
- Besnard M, Lastere S, Teissier A, Cao-Lormeau V, Musso D. Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Polynesia, December 2013 and February 2014. *Euro Surveill* 2014; 19 (13).
- Oliveira Melo AS, Malinge G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Alves Sampaio S, Bispo de Filippis AM. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47 (1): 6-7.
- Malakar J, Korva M, Tul N, et al. Zika Virus Associated with Microcephaly. *N Engl J Med* 2016. doi: 10.1056/NEJMoa1600651.
- Leibovitz Z, Daniel-Spiegel E, Malinge G, et al. Microcephaly at birth - the accuracy of three references for fetal head circumference. How can we improve prediction? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015. doi: 10.1002/uog.15801.
- Chervenak FA, Jeanty P, Cantraine F, et al. The diagnosis of fetal microcephaly. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149(5): 512-7.
- Kurtz AB, Wapner RJ, Rubin CS, Cole-Beuglet C, Ross RD, Goldberg BB. Ultrasound criteria for in utero diagnosis of microcephaly. *J Clin Ultrasound* 1980; 8(1): 11-6.
- Pilu G MG. Microcephaly 2013. <http://www.visuog.com/Page/view.jsp?id=6499122244886988132> (accessed 19 February 2016).
- World Health Organization. Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. 2015. Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/sa_legal_policy_considerations/en/ (accessed 19 February 2016).

© 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) 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).

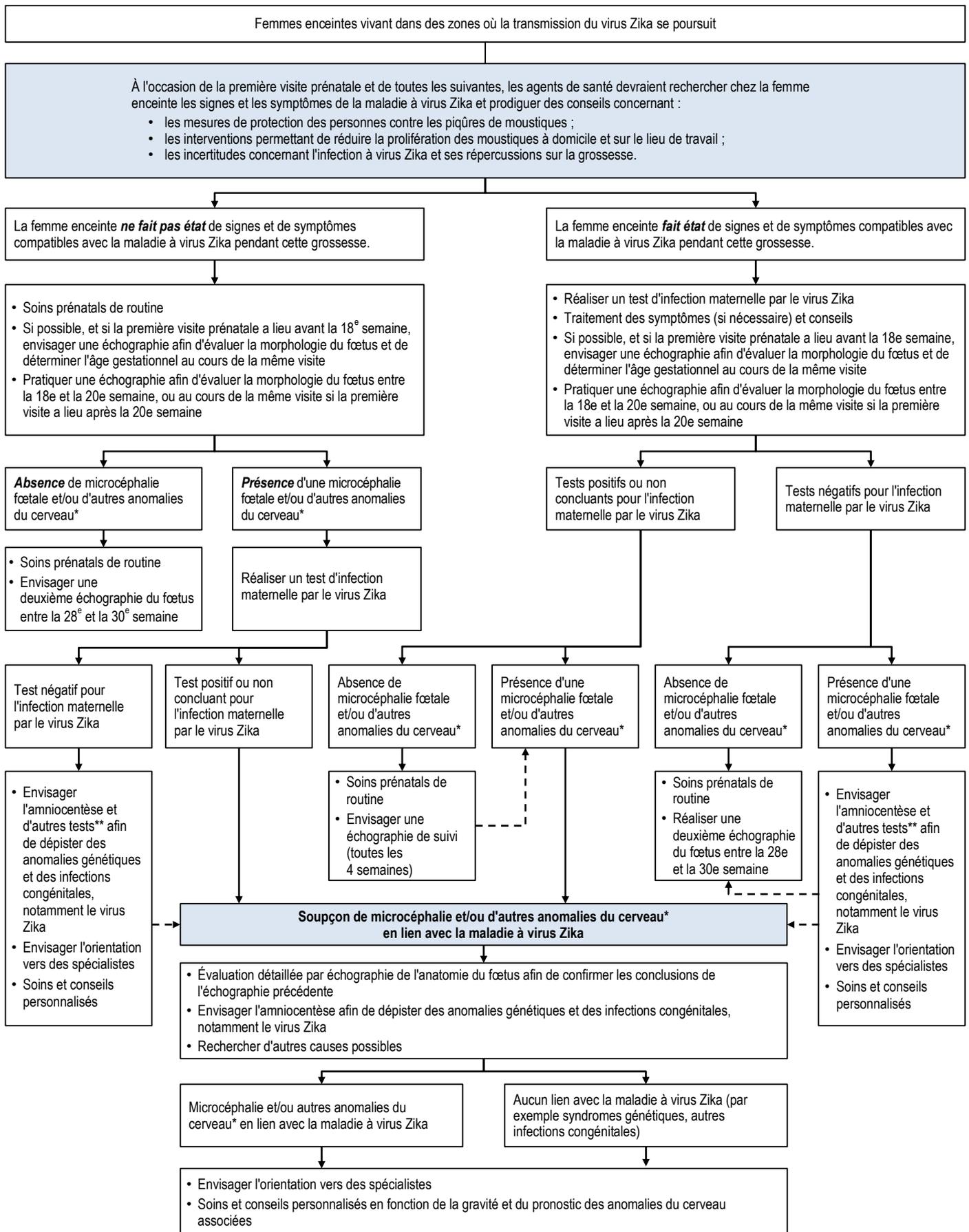
Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS *via* le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

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.

Annexe 1: Tableau décisionnel pour la prise en charge des femmes enceintes vivant dans des zones où la transmission du virus Zika se poursuit.



* Notamment la ventriculomégalie, les calcifications, la sulcation et la gyrfication anormales, l'atrophie cérébrale, la dysgénésie du corps calleux, l'incapacité de visualiser différentes parties du cerveau, les anomalies cérébelleuses, la microphthalmie, les calcifications oculaires ou l'arthrogrypose.

** Syphilis, toxoplasmose, rubéole, cytomégalovirus et infection par *Herpes simplex*.