

Il a été rapporté un nombre anormalement élevé d'anomalies du développement cérébral intra-utérin et de microcéphalies chez des fœtus et nouveau-nés de femmes qui étaient enceintes au moment d'une épidémie du virus Zika. Toutefois, le lien causal entre l'infection Zika et ces malformations congénitales n'a pas été clairement démontré pour le moment. Des travaux de recherche sont actuellement en cours pour préciser la

logiques, signes hémorragiques, altération de l'état général, contractions utérines douloureuses, anomalies du RCF après 28 semaines d'aménorrhées (SA), c'est-à-dire absence de règles ;

- hospitaliser s'il y a des signes de gravité ou des métrorragies (saignement utérin), menace de fausse couche spontanée (FCS), signes de mise en travail.

En cas de suspicion chez une patiente sans fièvre mais présentant des

malies à l'échographie, un examen échographique par trimestre est normalement proposé à toute femme enceinte. En cas de découverte de microcéphalie, d'anomalies cérébrales ou de signes de dysfonctionnement du tronc cérébral (hydramnios, troubles de la déglutition), informer la patiente et faire un bilan étiologique adapté selon l'anomalie, en particulier une recherche de causes infectieuses (CMV, toxoplasmose, rubéole, herpès...), ou de toxiques (alcool), ou génétiques.

Une PCR Zika et une sérologie dengue chez la mère.

Ensuite, proposer selon les cas, après avis éventuel d'un Conseil de Diagnostic Prénatal, une amniocentèse pour une recherche de virus Zika par RT-PCR dans le liquide amniotique et pour une recherche d'autres infections virales groupées. Ensuite une surveillance échographique mensuelle est proposée selon les recommandations de l'échographe référent. Une IRM cérébrale vers 30-34 semaines est proposée.

A la naissance si la PCR Zika est négative dans le liquide amniotique ou non effectuée, faire une PCR Zika sur le sang du cordon, sur les urines et sur le placenta ainsi qu'une sérologie dengue sur le cordon. Par la suite faire un examen clinique et une surveillance rapprochée ainsi que des examens paracliniques adaptés à chaque cas : écho, TDM (tomodensitométrie), IRM.

Protection contre les moustiques :

la clef de la maîtrise de l'épidémie

Les mesures de protection habituelles individuelles et collectives entrent dans le cadre de la lutte anti-vectorielle.

Il faudrait savoir que 90% des personnes infectées par le virus Zika sont immunisées et donc protégées. Il s'agit d'un virus anecdotique si ce n'est cette épidémie qui sévit au Brésil qui semble être liée à l'arrivée récente du moustique-tigre en Amérique latine. Les contrées africaines semblent avoir déjà eu un contact avec le moustique-tigre (donc avec le virus Zika) et montrent une immunisation stérilisante, donc une certaine protection.

En ce qui concerne la protection individuelle, celle-ci s'adresse aux personnes se rendant, résidant ou revenant d'une zone de circulation du virus.

Il s'agit de privilégier le port de vêtements longs et clairs, d'utiliser des répulsifs cutanés, des moustiquaires (de lit et de berceau), de préférence imprégnées, et penser à vérifier leur intégrité et d'imprégner par un insecticide tissus et vêtements. Les répulsifs anti-moustiques comprennent les répulsifs cutanés, les

biocides insecticides pour tissu et les moustiquaires préimprégnées. Quant à la protection collective, elle vise la suppression des gîtes larvaires, c'est-à-dire suppression de toute eau stagnante au domicile et autour.

Elle vise également à vider les vases, les soucoupes des pots de fleurs ou les remplir de sable humide, à supprimer ou vider régulièrement les petits récipients pouvant contenir de l'eau dans les jardins, à rendre les bidons de récupération d'eau de pluie inaccessibles aux moustiques (les couvrir d'une moustiquaire ou d'un tissu fin), à retourner les arrosoirs, à prévoir une pente suffisante pour que l'eau ne stagne pas dans les gouttières, à veiller à la bonne évacuation des eaux de pluie et à ranger à l'abri de la pluie tous les objets pouvant contenir de l'eau comme les pneus, les bâches plastiques et les jeux d'enfants.

En conclusion et pour l'essentiel, il faudrait retenir que le lien entre la maladie et le virus n'est pas démontré de façon certaine, et pourrait être une coïncidence, avertissent certains scientifiques. La microcéphalie peut aussi être causée par des maladies génétiques, des infections et l'exposition à des substances toxiques pendant la grossesse.

Il faudrait savoir que 90% des personnes infectées par le virus Zika sont immunisées et donc protégées.

Il s'agit d'un virus anecdotique si ce n'est cette épidémie qui sévit au Brésil qui semble être liée à l'arrivée récente du moustique-tigre en Amérique latine. Les contrées africaines semblent avoir déjà eu un contact avec le moustique-tigre (donc avec le virus Zika) et montrent une immunisation stérilisante, donc

nature de ce lien. La prévention est d'une importance capitale chez la femme enceinte. En effet, il est conseillé aux femmes enceintes de se protéger par tous les moyens disponibles contre les piqûres de moustiques, particulièrement au cours des deux premiers trimestres.

En plus du port de vêtements longs couvrant les bras et les jambes jusqu'aux chevilles, si possible imprégnés de répulsif, il est recommandé de dormir sous une moustiquaire. Par ailleurs, les répulsifs corporels utilisés doivent être adaptés aux femmes enceintes (éviter la toxicité de certains produits).

En ce qui concerne l'organisation du suivi de la grossesse pour les femmes enceintes se rendant dans les zones où circule le virus Zika, une consultation préalable avec un médecin ou une sage-femme est recommandée pour évaluer l'opportunité du voyage en fonction de l'état de santé, des risques encourus et des moyens de protection individuelle.

En ce qui concerne la conduite à tenir en cas de suspicion d'infection à Zika chez toute patiente enceinte fébrile (hormis en cas d'infection bénigne de diagnostic évident) doit être adressée en consultation d'urgence obstétricale dans les services de maternité pour un bilan étiologique complet selon le protocole de chaque service, ou dans le centre de santé le plus proche. Pour ce bilan, il faudrait :

- pratiquer un examen clinique général et obstétrical : une HU (hauteur utérine), un RCF (rythme cardiaque fœtal), une échographie (vitalité + col) ;
- éliminer les principaux diagnostics différentiels : pyélonéphrite ; ...
- rechercher les signes de gravité pouvant être en rapport avec une dengue dans les zones d'endémie : fièvre supérieure à 39°C, troubles neuro-

signes cliniques évocateurs tels qu'une éruption, des myalgies, une hyperhémie conjonctivale, des céphalées, une recherche d'infection au virus Zika doit être effectuée.

L'investigation est menée selon le bilan biologique suivant :

- bilan infectieux : NFS (numération formule sanguine), PQ (plaquettes), CRP (protéine C réactive), transaminases, créatinine, ionogramme, protides, bilirubine, TP (taux de prothrombine), TCK (temps céphaline kaolin), CPK (créatine phosphokinase), ECU (examen cyto-bactériologique des urines), PV (prélèvements vaginaux), hémocultures si fièvre supérieure à 38°C (dans ce cas mettre en place une antibiothérapie après prélèvements par Amoxicilline 3g/j) ;

- bilan sérologique selon le protocole du service ;

- recherche de virus par RT-PCR dans le sang (dans les 5 jours à partir des premiers signes) et dans les urines (dans les 10 jours) ;

- association systématique d'une recherche (en zone d'endémie) de dengue (antigène non structural ou NS1 et sérologie) et de chikungunya par PCR et sérologie.

Le traitement

Il n'existe pas de traitement spécifique de l'infection à virus Zika.

Le traitement sera symptomatique et est le suivant :

- hydratation ;
- paracétamol jusqu'à 4g/j si fièvre ou douleurs ;

- antihistaminique si éruption prurigineuse ;

- pas de tocolyse (traitement diminuant les contractions utérines) systématique. En cas de découverte d'ano-