

RECOMMANDATIONS POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ : PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIRUS ZIKA CHEZ LA FEMME ENCEINTE OU DÉSIRANT LE DEVENIR ET SON PARTENAIRE*

Mise à jour du 11 novembre 2018

L'incidence des cas d'infection par le virus Zika est en déclin dans plusieurs pays d'Amérique (pour une liste avec informations détaillées, consulter le site du [PAHO](#)), d'Afrique, d'Asie et d'Océanie (pour une liste à jour, consulter le site de l'[ECDC](#)). Même si le nombre de nouveaux cas dans ces régions a diminué, des cas sporadiques ou de petites épidémies surviennent encore. Des cas de transmission locale ont aussi été rapportés dans le sud de la Floride en 2016 et un cas au Texas en 2017, mais ces deux états sont désormais considérés sans transmission vectorielle active du virus. Conséquemment, les personnes ayant voyagé dans ces états ne sont plus testées pour le virus Zika.

Le virus Zika est un flavivirus transmis par les moustiques *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus* dans les régions tropicales ou sous-tropicales. Il est estimé que 80 % des personnes infectées sont asymptomatiques. Les patients symptomatiques présentent principalement une fièvre, une éruption maculopapulaire, des arthralgies ou une conjonctivite.

La transmission materno-fœtale de ce virus a été décrite pendant la grossesse. L'ensemble des données cliniques, épidémiologiques et de laboratoire qui sont publiées depuis le début de l'année 2016 permettent de clairement lier la survenue d'événements indésirables au cours de la grossesse ou chez le nouveau-né (mort fœtale, microcéphalie, anomalies cérébrales et oculaires) à l'infection par le virus Zika au cours de la grossesse (voir site du [Center for Disease Control](#)). Par contre, les données sont encore trop fragmentaires, en particulier en fonction de l'âge gestationnel au moment de l'infection, pour pouvoir quantifier le risque de transmission fœtale et le spectre des présentations cliniques, notamment neurologiques, en cas d'infection congénitale. Trois études nous éclairent un peu sur le sujet. La première est une analyse rétrospective de l'éclosion de virus Zika survenue en Polynésie française ([Lancet](#)) en 2013-2014 au cours de laquelle 8 nouveau-nés ou fœtus avec microcéphalie ont été identifiés. Grâce à une modélisation mathématique, les auteurs estiment à 1 % le risque de microcéphalie chez les fœtus ou nouveau-nés dont les mères ont été infectées par le virus Zika pendant le premier trimestre de la grossesse. La seconde est une étude prospective ([NEJM](#)) regroupant 546 femmes ayant eu une infection prouvée au virus Zika pendant la grossesse avec un suivi échographique prénatal. Des anomalies neurologiques et oculaires ont été observées chez 39 fœtus/enfants (7 % intervalle de confiance 5-9 %), y compris 32 cas de microcéphalie. La troisième étude, basée sur le «US Zika Pregnancy Registry » ([JAMA](#)), rapporte un taux d'anomalies congénitales de 11 % en cas d'infection périconceptionnelle ou au 1^{er} trimestre.

TESTS DIAGNOSTIQUES ET LIMITES

La confirmation en laboratoire d'un cas d'infection par le virus Zika est établie par la détection des ARN du virus (RT-PCR) ou par la détection d'anticorps spécifiques dirigés contre le virus Zika dans des échantillons cliniques confirmés par une épreuve PRNT.

La sélection du type de test dépend du temps qui s'est écoulé entre la date d'apparition des symptômes (Sx) ou celle de la dernière exposition et la date des prélèvements des échantillons cliniques. Étant donné que le virus peut être détecté jusqu'à 10 jours dans le sang et 14 jours dans l'urine, les échantillons cliniques prélevés durant cette période de temps sont testés par RT-PCR au Laboratoire de santé publique du Québec. Exceptionnellement, ce test peut être fait jusqu'à 12 semaines après le début des symptômes chez la femme enceinte symptomatique.

Les [tests sérologiques](#) sont disponibles au Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg. Les anticorps (IgM) sont généralement détectables durant la première semaine suivant l'apparition des Sx et demeurent détectables en moyenne jusqu'à 12 semaines. Les IgG apparaissent généralement quelques jours après les IgM et sont détectables plusieurs années après l'infection. Conséquemment, les échantillons de sérum prélevés < 14 jours après l'apparition des symptômes et trouvés négatifs pour la présence d'ARN sont testés par une épreuve immunoenzymatique (EIA) pour détecter la présence des IgM et des IgG. Les échantillons sanguins prélevés ≥ 14 jours après l'exposition ou l'apparition des symptômes sont systématiquement testés par une épreuve sérologique.

Tous les échantillons qui sont trouvés positifs aux épreuves EIA IgM ou EIA IgG sont soumis à un autre test sérologique de type PRNT dont la spécificité est supérieure aux tests de dépistage EIA. Les échantillons avec un titre Zika PRNT positif (≥ 20) et un titre PRNT dengue négatif confirment un cas d'infection par le virus Zika. Les autres profils de résultats sont plus difficiles à interpréter.

En général, une absence d'IgM et d'IgG sériques, 2 à 12 semaines après le retour d'une zone endémique, signifie qu'il n'y a pas eu d'infection et permet de rassurer les patients. Cependant, la valeur prédictive négative du test n'est pas connue. À l'inverse, la présence d'anticorps ne prouve pas le diagnostic, car des réactions croisées avec d'autres flavivirus (dengue, virus du Nil occidental, fièvre jaune ou vaccination antérieure contre la fièvre jaune) peuvent amener une réaction faussement positive des IgM ou des IgG. Il faut donc interpréter les résultats de ces tests avec prudence et ne pas hésiter à prendre conseil auprès de centres spécialisés.

RECOMMANDATIONS POUR LES FEMMES ENCEINTES OU PLANIFIANT UNE GROSSESSE CONSIDÉRANT UN VOYAGE DANS UNE ZONE DE TRANSMISSION DU VIRUS ZIKA

Nous recommandons aux femmes enceintes ou planifiant une grossesse de reporter tout voyage dans une zone de transmission vectorielle active du virus Zika.

Si une femme enceinte ou planifiant une grossesse voyage dans une zone de transmission du virus Zika, il est recommandé de suivre strictement les précautions de prévention des piqûres de moustiques. (<http://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/piqûre-d-insecte>)

Pour les femmes qui ne sont pas enceintes, une contraception efficace est suggérée durant le voyage et il semble prudent de la poursuivre jusqu'à 2 mois après le retour d'une zone de transmission du virus Zika.

RECOMMANDATIONS POUR LES FEMMES ENCEINTES AYANT VOYAGÉ DANS UNE ZONE DE TRANSMISSION ACTIVE DU VIRUS ZIKA (voir algorithmes et tableaux ci-dessous)

L'Agence de santé publique du Canada et le Committee to Advise on Tropical Medicine and Travel (CATMAT) ne recommandent pas de tester systématiquement les femmes enceintes asymptomatiques qui ont été exposées une seule fois au cours de leur grossesse. La décision de tester une femme enceinte revient au médecin traitant et l'interprétation des résultats peut être complexe (baisse de l'incidence et résultats faussement positifs; réactions croisées des flavivirus). Les enjeux liés à l'interprétation des résultats doivent être exposés à la femme enceinte avant de procéder à l'analyse.

Il demeure toujours recommandé de tester les femmes enceintes **symptomatiques** de retour de voyage d'une région endémique pour Zika.

RECOMMANDATIONS POUR LES PARTENAIRES SEXUELS DE FEMMES ENCEINTES OU PLANIFIANT UNE GROSSESSE AYANT VOYAGÉ OU CONSIDÉRANT UN VOYAGE DANS UNE ZONE DE TRANSMISSION ACTIVE DU VIRUS ZIKA

Des cas de transmission sexuelle du virus Zika de l'homme vers la femme ont été décrits dans plusieurs pays (voir site du [Center for Disease Control](#)). Des cas de transmission de la femme vers l'homme ou lors de circonstances particulières ont aussi été décrits dans un contexte plus rare, mais ne concernant pas la femme enceinte ou désirant le devenir ne seront pas discutés davantage dans ces recommandations. Des données récentes suggèrent que la présence du virus Zika dans le sperme pourrait durer jusqu'à 4 mois et plus. Même si le potentiel infectieux du virus pourrait être plus court, il demeure prudent de recommander, chez la femme enceinte, que toute relation sexuelle (vaginale, anale ou orale) avec un partenaire ayant voyagé dans une zone de transmission active du virus Zika soit protégée par un condom, et ce, pour toute la durée de la grossesse. En cas de projet de conception, il est recommandé **d'attendre 6 mois** après le retour du partenaire avant d'avoir des relations sexuelles non protégées.

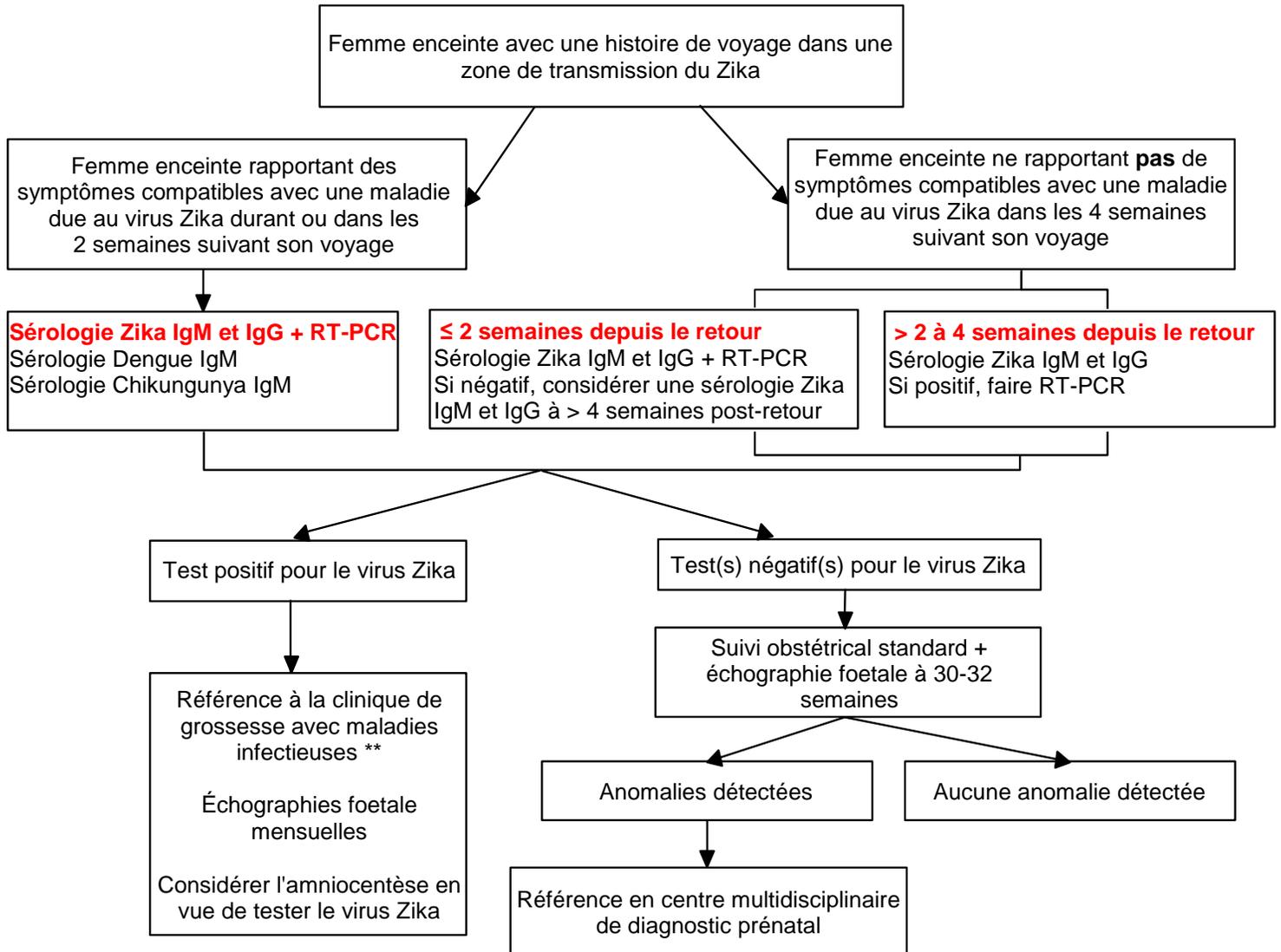
RECOMMANDATIONS POUR L'ALLAITEMENT

Malgré le fait que le virus Zika a été détecté dans le lait maternel de femmes allaitantes, aucun cas de transmission n'a été identifié et, par conséquent, aucun effet néfaste n'a été rapporté. Il est recommandé de poursuivre l'allaitement normalement dans le contexte d'une femme allaitante infectée ou possiblement infectée par le virus Zika.

*Ces recommandations pourraient être révisées en fonction de l'évolution de la situation et des connaissances. Vous pouvez aussi consulter les recommandations de [l'Agence de la santé publique du Canada](#).

Centre d'infectiologie mère-enfant du CHU Sainte-Justine
V. Lamarre, C. Renaud, F. Kakkar, M. Boucher, I. Boucoiran

Algorithme décisionnel



Plus de détails sont disponibles sur le site du Laboratoire de santé publique du Québec.

**Clinique GAMI, Département d'obstétrique-gynécologie du CHU Sainte-Justine 514 345-4931 #2860

Tableau 1. Analyses recommandées pour la recherche de virus Zika chez la femme enceinte qui a voyagé dans une région endémique pour le virus Zika.

Présentation clinique	Analyses recommandées
Femmes enceintes symptomatiques dont le début des Sx \leq 12 semaines	1 tube doré 5 ml de sang pour : <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie dengue IgM - Sérologie Chikungunya IgM - Sérologie Zika IgM/ IgG - RT-PCR Zika Un pot de 10 ml d'urine pour : <ul style="list-style-type: none"> - RT-PCR Zika
Femmes enceintes symptomatiques , dont le début des Sx $>$ 12 semaines	1 tube doré 5 ml de sang pour : <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie dengue IgM - Sérologie Chikungunya IgM - Sérologie Zika IgM/ IgG Un RT-PCR Zika devra être considéré sur le sérum et urine si la sérologie Zika IgM est positive
Femmes enceintes asymptomatiques de retour d'une zone de transmission du virus Zika depuis 2 semaines et moins	1 tube doré 5 ml de sang pour : <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie Zika IgM/ IgG 1 tube doré 5 ml de sang pour : <ul style="list-style-type: none"> - RT-PCR Zika (fait si $<$ 10 jours post retour) Un pot de 10ml d'urine pour : <ul style="list-style-type: none"> - RT-PCR Zika (fait si $<$ 14 jours post retour) Si négatif, considérer une sérologie Zika IgM et IgG à $>$ 4 semaines post-retour
Femmes enceintes asymptomatiques de retour d'une zone de transmission du virus Zika depuis plus de 2 à 4 semaines	1 tube doré 5 ml de sang pour : <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie Zika IgM/ IgG Un RT-PCR Zika devra être considéré sur le sérum

Tableau 2. Informations obligatoires à fournir avec la requête analytique et les échantillons (requisés par le Laboratoire national de microbiologie)

Grossesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nombre de semaines de grossesse?
Pays visité	
Dates de départ et de retour	
Symptômes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : lesquels? Date de début?