

	PROPOSITION DE PROCEDURE MEDICALE	
	RESEAU PERINAT GUYANE	PROTOCOLE OBSTETRIQUE N°18
Domaine d'application : hospitalier		
CHIKUNGUNYA ET GROSSESSE		
Rédigée par :	Rédigée par : Dr CARLES gynécologue, CHOG	Date de diffusion :
approuvé par : approuvé par :	approuvé par :	Version : 1
	Validé par anticipation le 27/02/2014 par Dr CARLES et Dr FAVRE	Total pages : 5

Avertissement : La présente procédure est une proposition du Réseau Périnat Guyane. Elle ne sera considérée comme effective que lorsqu'elle aura été validée par le ou les responsables médicaux concernés de chaque structure.

INTRODUCTION

Le virus Chikungunya est un arbovirus à ARN, pathogène pour l'homme transmis par la piqûre de moustique du genre Aedes qui est un vecteur diurne prédominant en zones urbaines.

L'expérience de l'épidémie à la Réunion en 2005-2006 nous a appris la possibilité de transmissions materno-fœtales.

CLINIQUE

1/PHASE AIGUË

Après une incubation de 4 à 7 jours, apparition **brutale** d'une **fièvre élevée** accompagnée **d'arthralgies** touchant surtout les **extrémités** (poignets, chevilles, phalanges). Ces signes peuvent être associé à des **myalgies, des céphalées et un exanthème maculopapuleux** avec parfois un prurit. Cette phase aiguë dure en moyenne 5 à 10 jours.

Pendant cette phase, il est impératif, au minimum pendant 7 jours à partir du début des symptômes, de **protéger la malade** d'autres piqûres de moustiques.

2/EVOLUTION

Les symptômes aigus vont régresser le plus souvent en 5 à 10 jours et cette phase est souvent suivie d'une asthénie avec perte de poids et anorexie. La convalescence peut durer plusieurs semaines marquée par une asthénie importante et des rechutes articulaires sont possibles.

3/COMPLICATIONS

Des manifestations cliniques atypiques peuvent survenir :

- Signes digestifs : douleurs abdominales, vomissements, diarrhées
- Signes neurologiques : méningo-encéphalites

- Autres : hépatites, myocardites, insuffisances rénales

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

1/SIGNES BIOLOGIQUES NON SPECIFIQUES

- Leucocytes normaux ou leucopénie
- Thrombopénie parfois
- CRP modérément élevée < 50 mg/l
- Parfois cytolysé hépatique
-

2/MARQUEURS BIOLOGIQUES

Le diagnostic biologique sera posé selon la date du début des signes cliniques.

- < 5 jours : RT-PCR Chikungunya et Dengue
- 5 à 7 jours : RT-PCR + sérologie IgM Chikungunya et Dengue
- > 7 jours ; sérologie IgM Chikungunya et Dengue puis IgG à partir du 15^{ème} jour

Inoculation	incubation	signes cliniques	IgG	IgM
x J-7 à J-4	x J0	x J+ 4 à J+ 7	x J+15	ARN viral

En pratique, remplir et joindre la feuille de renseignements cliniques. Une demande de recherche de dengue et de paludisme devra être systématiquement associée.

Une deuxième sérologie devra être demandée 15 jours plus tard.

TRANSMISSION MATERNO-FŒTALE

Le virus Chikungunya peut atteindre le fœtus durant la grossesse par voie transplacentaire avec une fréquence et une gravité variable selon la période :

- Au 1^{er} trimestre : pas de transmission rapportée. Il n'a pas été observé d'augmentation du taux de fausses couches ni de malformations fœtales
- Entre 15 et 22 SA : risque d'atteinte exceptionnel (3 fausses couches rapportées)
- Entre 22 SA et 5 jours avant l'accouchement : faible risque d'atteinte fœtale, pas d'anomalie du déroulement de la grossesse (pas d'augmentation d'accouchements prématurés ou de risque d'hypotrophie ni de malformations)
- Dans les 5 jours qui précèdent l'accouchement et lors de celui-ci, risque d'infection du nouveau-né de 50%. Les signes d'infection du nouveau-né apparaissent vers le 4^{ème} jour et plus de 90% d'entre eux guérissent sans séquelles. Nécessité d'une surveillance et d'éliminer les autres causes infectieuses.
- Quand le travail a lieu en période fébrile, le risque de souffrance fœtale est augmenté d'où la nécessité d'une surveillance par monitoring journalier.
- Le virus ne passe pas dans le lait maternel et l'allaitement n'est donc pas contre-indiqué

PREVENTION

Pendant toute la grossesse, conseiller aux femmes enceintes de se protéger contre les piqûres de moustiques :

- Moustiquaires
- Port de vêtements longs
- Utilisation de répulsifs 3 fois/j : Ultrathion Lotion®, Insectécran Familles®, Moustidose®, Moustifluid®, Prébutix®, Biovectrol Familles®, Vendome Adulte spray®, Centaura®.
- Lutte anti-vectorielle autour du domicile

PRISE EN CHARGE PENDANT LA GROSSESSE

Toute patiente enceinte fébrile (hormis infections bénignes de diagnostic évident) doit être adressé de préférence en consultation d'Urgence Gynéco-Obstétricale pour un bilan étiologique complet (cf protocole Réseau Périmat Guyane : Hyperthermie et Grossesse)

1/DEFINITION DE CAS SUSPECT DE CHIKUNGUNYA :

patiente présentant une fièvre $\geq 38^{\circ}5C$ d'apparition brutale et des douleurs articulaires des extrémités plus ou moins associées à des céphalées, des myalgies , en l'absence d'autre orientation étiologique

2/EXAMEN CLINIQUE :

- général
- obstétrical : HU, TV, RCF, écho : vitalité + col
- éliminer les principaux diagnostics différentiels : pyélonéphrite, cholécystite...
- recherche des signes de gravité :
 - fièvre $> 39^{\circ}C$
 - troubles neurologiques
 - hémorragies (gingivorragie, métrorragies, épistaxis, purpura, hématomes...)
 - altération de l'état général : déshydratation, impotence
 - contractions utérines
 - altérations du RCF après 28 SA

Hospitalisation si :

- signes de gravité
- co-infection avec dengue et paludisme
- signes de mise en travail
- au cours du 9^{ème} mois
- si persistance de douleurs malgré la prise de paracétamol + codéine.

3/FORME TYPIQUE HABITUELLE SANS SIGNES DE GRAVITE + CLINIQUE EVOCATRICE AVANT LE 9^{EME} MOIS

- confirmation sérologique Chikungunya + dengue (remplir la fiche de demande + alerter l'ARS au 05 94 25 72 37)
- prélèvements pour bilan infectieux : BU, NFS plaquettes, CRP, transaminases, créatinine, iono, protides, bilirubine, TP, TCK, CPK, ECBU, PV, hémocultures si fièvre $> 38^{\circ}5C$, recherche hématozoaires, sérologies VIH, fièvre Q, parvovirus B19 et compléter les sérologies habituelles de la grossesse

- si fièvre > 38°C : antibiothérapie après prélèvements : Amoxicilline 3 g/j à arrêter si les résultats sont en faveur d'une virose (pas d'hyperleucocytose, CRP < 50, ECBU négatif)
- pas de tocolyse
- traitement symptomatique : **contre-indication aux AINS et à l'acide salicylique**
 - lutter contre la fièvre :paracétamol : dose maximale 1 g x 4/j, douches froides
 - si insuffisant rajouter de la codéine
 - si insuffisant : hospitalisation
 - hydratation suffisante
- reconvocation après 24-48 h pour résultats et recherche de complications
- si infection après 28 SA : ERCF en ambulatoire 1/j pendant 7 jours puis 2 fois/semaine pendant 2 semaines

A domicile, la patiente **devra se protéger** de nouvelles piqûres de moustiques (répulsifs, moustiquaire) pendant une durée totale de 7 jours à partir du début des symptômes. Destruction des gites larvaires dans l'entourage du domicile de la patiente.

4/FORMES AVEC SIGNES DE GRAVITE EN HOSPITALISATION

- réhydratation parentérale
- antipyrrétiques : paracétamol
- antalgiques majeurs si nécessaires : morphine VO ou parentérale
- surveillance quotidienne du RCF
- tocolyse si MAP avant 36 SA
- protection par moustiquaire

5/AU COURS DU 9^{EME} MOIS

Adresser la patiente dans le service de maternité pour surveillance rapprochée.

- Bilan biologique
- Recherche de complications
- Surveillance de la vitalité fœtale : RCF, écho-doppler
- Puis surveillance à domicile par sage-femme tous les 2 jours

6/FORMES FEBRILES PENDANT LE TRAVAIL

- Monitorage continu mère et fœtus
- Risque hémorragique accentué en raison de la fièvre
- Prélèvement PCR Chikungunya + dengue au cordon

7/SI CLINIQUE NON EVOCATRICE

Poursuivre l'antibiothérapie par Amoxicilline

Poursuivre le bilan étiologique selon le protocole Réseau

LE NOUVEAU-NE (CF PROTOCOLE PEDIATRIQUE)

Le risque de transmission materno-fœtale du virus est de 50% si la mère accouche en période virémique.

Les signes cliniques chez le nouveau-né peuvent être trompeurs et apparaissent vers J3-J5 : difficulté de succion, hypotonie puis fièvre et douleurs avec parfois oedèmes, éruption morbilliforme, convulsions, thrombopénie.

L'évolution est le plus souvent favorable sans séquelle sauf dans les rares cas associés à

une hémorragie cérébrale.

Diagnostic de l'infection du nouveau-né :

- lorsque la mère a fait un Chikungunya pendant la grossesse , sérologie vers J10 : si positive, surveillance spécifique
- lorsque l'accouchement a lieu en période virémique : PCR à la naissance(+ dengue), surveillance en Maternité 5 à 7 jours, sérologie à J10 : si positif surveillance spécifique

CONCLUSION :

- Peu de conséquences sur la grossesse et pas d'aggravation de la maladie en raison de la grossesse
- Transmission materno-fœtale essentiellement en péri-partum
- Prévention anti-vectorielle nécessaire pendant la grossesse
- Associer la recherche de dengue chez la mère
- Risque de formes néonatales tardives de J4 à J7

REFERENCES :

- Dossier spécial Chikungunya : INPES 2008
- Chikungunya et Grossesse : J Gyn Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 : 578-583
- Chikungunya et Grossesse : Protocole CHM La Réunion 2006