



Aedes albopictus « moustique tigre »

Depuis décembre 2013, les médecins du COSEM accueillent en consultation une proportion croissante de patients antillais pour lesquels un diagnostic d'infection par le virus Chikungunya est à discuter. Les récentes données épidémiologiques sont parlantes: une vague épidémique touche Saint-Martin, Saint-Barthélemy, la Guyane et de façon plus soutenue la Martinique et la Guadeloupe. Il était temps de faire un point sur les principales arboviroses et sur l'intérêt de la biologie dans la démarche diagnostique de ces infections.

CHIKUNGUNYA DENGUE

Définition - Classification

Les arboviroses sont dues à la transmission d'un virus par un arthropode hématophage. 3 grandes familles prédominent: les Togaviridae (genre alphavirus: Chikungunya), les Flaviviridae (genre flavivirus: fièvre jaune, dengue, West Nile) et les Bunyaviridae (genre Nairovirus: vallée du rift, Crimée-Congo).

Principaux aspects cliniques Un syndrome aigu fébrile

Chikungunya: (en langue Makondé « qui marche courbé en avant): après une incubation de 2 à 7 jours (maximum 15 jours), apparition brutale d'une fièvre (>40 °C) qui dure de 24 à 48h et de douleurs articulaires invalidantes en particulier des extrémités (poignets, cheville, phalanges) avec un gonflement articulaire. Des manifestations cutanées à type de rash maculo-papuleux érythémateux sont fréquentes. Céphalées et vomissements sont possibles.

Le Chikungunya peut évoluer vers des formes chroniques (les douleurs articulaires persistent plusieurs mois chez 13 à 70% des patients).

Formes atypiques graves très rares (<5% surtout personnes âgées ou nouveau-nés): méningo-encéphalite, hépatite, myocardite, IRA.

Dengue: après une incubation de 4 à 7 jours en moyenne (maximum 12 jours) apparition brutale d'une fièvre (> 38,5 °C) et d'au moins un signe algique: asthénie, céphalées, arthralgies, myalgies (douleurs lors des mouvements des yeux quasi pathognomoniques par myalgies des muscles oculomoteurs).

La phase critique survient vers le 3ème-7ème jour, au moment où la température baisse. La vigilance doit être maximum au 4ème jour: l'apparition de signes d'alarme en faveur d'une dengue hémorragique (1% des cas) nécessite un transfert immédiat en milieu hospitalier: douleurs abdominales, vomissements persistants, saignements muqueux, léthargie ou agitation, hépatomégalie.

Rechercher systématiquement des signes précoces de choc: hypotension ou pincement de la différentielle < 20 mmHg.

Remarque: lors d'une dengue, les arthralgies sont plus rares et plus fugaces que pour le Chikungunya mais la fièvre dure plus longtemps (2 à 7 jours).

Vecteurs

Aedes aegypti
Aedes albopictus

Epidémiologie

Chikungunya: Afrique subsaharienne (milieu rural). Asie sud-est (milieu urbain). Inde, Océan Indien (Mayotte, Maurice, La Réunion, les Seychelles, Maldives, Sri-Lanka, Madagascar), Antilles, Europe du sud (présence d'*Aedes albopictus* dans 18 départements du sud de la France: www.sante.gouv.fr)

Dengue: Asie sud-est Océan indien, Pacifique sud, Amérique latine, Antilles.

Traitement

Symptomatique

En cas de dengue, l'aspirine et les AINS sont contre-indiqués du fait du risque hémorragique. Formes compliquées: traitement symptomatique hospitalier.

Diagnostic biologique

Quel examen prescrire ?

Soit J0: début des symptômes

J0 à J5

Recherche ARN des virus de la dengue et du chikungunya par RT-PCR (B250)

J5 à J7 inclus:

ARN viral par RT-PCR et sérologie des arboviroses

Après J7:

sérologie seule

Un 2ème test sérologique est nécessaire à partir de J15

A savoir

La prescription « sérologie arboviroses » déclenche la recherche d'anticorps (IgG et IgM) anti-alphavirus (Chikungunya) et anti-flavivirus (Dengue) soit B70x4.

Pour les IgG, les risques de réactions croisées entre arbovirus sont élevés en revanche pour les IgM les réactions croisées sont rares et faibles.

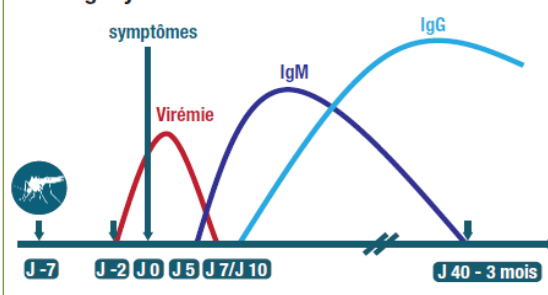
Pour la dengue, le test de détection de l'antigène NS1 est indiqué uniquement en zone d'épidémie de J0 à J5

Cas confirmé si

- Mise en évidence du génome par RT-PCR
- Séroconversion ou augmentation récente de 4 fois du titre des IgG sur 2 sérums prélevés à au moins 2 semaines d'intervalle
- Mise en évidence IgM spécifiques confirmé par un 2ème prélèvement au plus tôt 10 jours après le premier.

Attention maladies à déclaration obligatoire

Chikungunya



Autres arboviroses

Fièvre jaune (virus amaril)	Fièvre du Nil Occidental (virus West Nile)	Fièvre hémorragique de Crimée-Congo	Fièvre de la Vallée du Rift
Transmission			
Moustique (<i>Aedes aegypti</i>)	Moustique (<i>Culex</i>)	Tique	Contact sang, lait, viande d'animaux infestés ou piqûre moustique
Répartition géographique			
Afrique Noire +++ Amérique latine	Europe centrale Moyen-Orient Amérique du Nord, Centrale Pourtour méditerranéen	Afrique Europe centrale Moyen-Orient Asie	Afrique (Kenya, Tanzanie, Madagascar, Mayotte)
Clinique			
« phase rouge » congestive et fébrile (3 jours) puis phase critique « jaune » avec ictère et hémorragie. Létalité élevée chez l'enfant (20%) et l'euro- péen non immunisé (>60%)	Syndrome pseudo-grippal Très rarement méningite ou encéphalite	Fièvre, hémorragies, insuffisance pulmonaire ou hépatorénale	Syndrome dengue-like Formes graves dans 3% des cas
Diagnostic Traitement			
Diagnostic sérologique et par PCR. Pas de traitement spécifique pour la fièvre jaune: vaccin au moins 10 jours avant le départ)			