



Document à destination des professionnels de santé

Dengue et chikungunya



Point sur les connaissances et la conduite à tenir

Comment se fait la transmission de ces arboviroses ?

Les virus de la dengue et du chikungunya sont transmis d'Homme à Homme par l'intermédiaire des moustiques *Aedes albopictus* et *Aedes aegypti*. Ces moustiques sont implantés dans les départements d'Outre-Mer. Seul *Aedes albopictus* est introduit dans certains départements du sud de la France où **sa zone d'implantation est en expansion croissante**.

La phase virémique dure 7 jours à partir du début des signes cliniques. Pendant cette période, la personne malade est « contaminante pour les moustiques ». Ainsi, pour éviter l'entretien du cycle de transmission virale dans l'entourage de la personne malade, il est essentiel de mettre en œuvre tous les moyens disponibles de **protection individuelle**.

Pour plus d'informations :

- Voir l'infographie « Comment pourrait survenir une épidémie de chikungunya ou de dengue ? », les dossiers de presse, les dossiers thématiques chikungunya et dengue sur www.sante.gouv.fr
- Les nouvelles recommandations des Sociétés de Médecine des Voyages et de la Société Française de Parasitologie « Protection personnelle antivectorielle » validées par l'HAS sur le site : <http://www.medecine-voyages.fr/publications/ppavtextecourt.pdf>
- Les « Recommandations sanitaires aux voyageurs ». BEH 29 mai 2012, n° 20-21 sur le site de l'Institut de veille sanitaire : <http://www.invs.sante.fr/beh/>
- Les dossiers thématiques chikungunya et dengue sur le site de l'Institut de veille sanitaire : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques>



La clinique

Diagnostic clinique du chikungunya

Après une période d'incubation silencieuse de 4 à 7 jours en moyenne (mais pouvant être comprise entre 1 et 12 jours), un cas suspect de chikungunya est défini par :

Fièvre > 38,5 °C d'apparition brutale
ET

Douleurs articulaires invalidantes
(en l'absence de tout autre point d'appel infectieux)

D'autres symptômes peuvent également survenir : des myalgies, des céphalées, un exanthème maculo papuleux parfois associé à un prurit. Des hémorragies bénignes à type de gingivorragies et d'épistaxis sont aussi possibles, surtout chez les enfants.

Diagnostic clinique de la dengue

Après une période d'incubation silencieuse de 5 à 7 jours en moyenne (mais pouvant être comprise entre 2 et 15 jours), un cas suspect de dengue est défini par :

Fièvre > 38,5 °C d'apparition brutale
ET

au moins un signe algique : céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies,
douleurs rétro-orbitaires douleurs musculo-articulaires
(en l'absence de tout autre point d'appel infectieux)

D'autres symptômes peuvent également survenir : des nausées, des éruptions cutanées des membres inférieurs en particulier.

La maladie évolue sur une semaine à 10 jours et est suivie d'une fatigue pouvant persister plusieurs semaines.

Pour ces deux arboviroses, il est important de rechercher la survenue éventuelle de complications propres à ces maladies :

- **pour le chikungunya** : fièvre élevée, lésions cutanées vésiculo-bulleuses ou extensives, atteintes cérébrale, hépatique, rénale ou cardiaque ;
- **pour la dengue**, la sévérité se traduit par des signes de choc hypovolémique, d'hémorragie ou de défaillance viscérale. Ces signes sont à rechercher particulièrement lors de la phase critique d'un ou deux jours survenant entre J3 et J7, souvent inaugurée par une défervescence fébrile : signes hémorragiques, douleurs abdominales intenses, vomissements répétés, hypotension, signes neurologiques.

La transmission de la mère à l'enfant des virus du chikungunya et de la dengue a été décrite dans le cas où la mère accouche dans la période virémique. Cette transmission peut provoquer chez le nouveau-né des atteintes neurologiques ou cutanées graves.

Les malades suspectés ou atteints de dengue ou de chikungunya doivent adopter des mesures de **protection individuelle** à l'égard des piqûres de moustiques, pendant 7 jours, au minimum, après le début des symptômes. **Ces mesures sont indispensables** pour limiter la diffusion de la maladie (<http://www.medicine-voyages.fr/publications/ppavtextecourt.pdf>).

Pour ces deux arboviroses, les formes asymptomatiques ou pauci-symptomatiques non spécifiques sont fréquentes. En métropole, s'il est évident de suspecter ces arboviroses après un séjour en pays d'endémie, en l'absence de foyer autochtone établi, il faut y penser en cas de symptomatologie évocatrice car la transmission a pu se faire à partir de cas asymptomatiques.



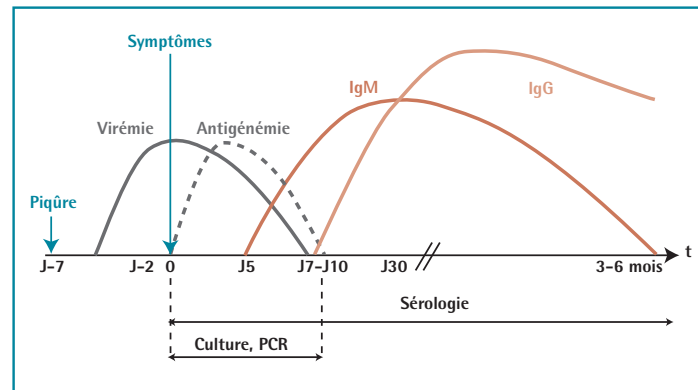
La conduite à tenir en cas de suspicion

(Susceptible d'évoluer en fonction de la situation épidémiologique – cf. instruction n° DGS/RI1-3/2012/168 du 23 avril 2012 mettant à jour le guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole).

1/ Confirmation systématique par un diagnostic biologique

En cas de suspicion clinique, le diagnostic doit être confirmé biologiquement. L'indication des tests dépend du moment où le prélèvement est réalisé par rapport à la date de début des signes :

- avant J5 : RT-PCR seule ;
- de J5 à J7 inclus : RT-PCR et sérologie ;
- après J7 : sérodiagnostic uniquement (IgG et IgM). Il est important que les prescripteurs (cliniciens et biologistes) fassent réaliser une 2^e sérologie de confirmation au plus tôt 10 jours après le premier prélèvement.



Un bilan sanguin (au minimum NFS, plaquettes, enzymes hépatiques) permettra de chercher des arguments supplémentaires pour étayer le diagnostic (thrombopénie, leucopénie, cytolyse hépatique) et d'identifier des signes de gravité.

Il n'est pas licite d'attendre la confirmation biologique pour recommander les mesures préventives de protection individuelle. Ces dernières seront levées en cas de négativité.

Stratégie de diagnostic biologique de la dengue :

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20110121_dengue.pdf

2/ Signalement et déclaration obligatoire (D.O.) des cas importés et autochtones

Dans les départements de métropole où *Aedes albopictus* est implanté (Alpes-de-Haute-Provence, Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Corse-du-Sud, Haute-Corse, Var, Gard, Hérault et Vaucluse⁽¹⁾) et pendant la période d'activité attendue du vecteur (du 1^{er} mai au 30 novembre), le plan antidissémination du chikungunya et de la dengue impose le signalement accéléré de tous les cas « suspects ».

Ce signalement permet la confirmation biologique rapide de ces cas et guide la gestion des mesures de contrôle appropriées pour maîtriser tout départ d'épidémie.

Fiche de signalement accéléré pour le chikungunya et la dengue, saison 2012, à télécharger aux liens suivants :

- pour le chikungunya : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Chikungunya/Dispositifs-de-surveillance-et-partenaires>
- pour la dengue : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Dengue/Dispositifs-de-surveillance-et-partenaires>

Dans les départements d'Outre-Mer, il existe des dispositifs de surveillance et de signalement spécifiques.

(1) À la date de rédaction de ce document.



Sur l'ensemble du territoire métropolitain et toute l'année : signalement et déclaration obligatoire de toute infection confirmée à virus du chikungunya ou virus de la dengue.

Fiche D.O. chikungunya : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12685.do

Fiche D.O. dengue : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12686.do

3/ Prise en charge thérapeutique

En l'absence d'un traitement antiviral spécifique, la prise en charge est centrée sur la surveillance et les traitements symptomatiques. Elle est adaptée à l'état clinique du patient en étant attentif aux effets iatrogènes des thérapeutiques prescrites.

En pratique

- En phase aiguë, expliquer au patient et à son entourage les mesures de protection individuelle pour éviter la transmission secondaire de la maladie.
La liste de produits recommandés est disponible sur le site Internet de l'Institut de veille sanitaire BEH 29 mai 2012, n° 20-21 : <http://www.invs.sante.fr/beh/>
- Prescrire le plus tôt possible le traitement symptomatique pour soulager la douleur et la fièvre (l'aspirine et les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont en général à éviter).
- Tenir compte des traitements déjà pris par le malade (y compris la phytothérapie).
- Veiller à la bonne hydratation du patient, à une alimentation adaptée aux goûts et aux difficultés à déglutir (présence d'aphtes possible).
- Renforcer si nécessaire les heures d'aide-ménagères et les passages d'infirmières.
- Prescrire si besoin pour les cas de chikungunya, une kinésithérapie à des fins antalgiques (massage, cryothérapie, chaleur locale...), avec mobilisation précoce après la phase fébrile.
- Surveiller l'apparition d'effets indésirables liés au traitement mis en œuvre et prendre ou faire prendre des nouvelles du patient, surtout s'il vit seul et lui recommander, ainsi qu'à ses proches, de consulter si son état ne s'améliore pas avec le traitement (cf. complications).

Certaines personnes présentent un risque particulier et nécessitent alors une surveillance renforcée et des conseils spécifiques : femmes enceintes, nouveau-nés, personnes âgées, personnes immunodéprimées, insuffisants rénaux, insuffisants hépatiques, sujets traités par anti-hypertenseurs inhibant le système rénine angiotensine aldostérone (rechercher une déshydratation extra-cellulaire, une hypotension artérielle systémique, une tachycardie).

Pour plus d'informations sur la circulaire nationale et les documents à destination du grand public et des professionnels de santé : www.sante.gouv.fr (dossiers de A à Z, chikungunya et dengue) et <http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=10000/themes/maladies-moustiques/index.asp>

Ce document a été actualisé en avril 2012 par la Direction générale de la santé et l'Inpes sur la base de la version 2011 réalisée à partir du « Repères pour votre pratique chikungunya » de 2008 et en partenariat avec l'Institut de veille sanitaire, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, le Collège de la Médecine Générale, le professeur Pierre DELLAMONICA (responsable de Structure Interne d'Infectiologie CHU de Nice) et Pascal DELAUNAY (Entomologiste médical et Parasitologue, CHU de Nice).