

Conclusion

En Martinique, une recrudescence saisonnière de la dengue, plus précoce et plus intense que les années précédentes, est enregistrée depuis la mi-août.

Si un retour à des niveaux habituels de circulation est actuellement observé, une intensification de la circulation dans certaines communes, une activité hospitalière persistante et la circulation concomitante des 4 sérotypes conduisent à maintenir une vigilance particulière compte-tenu de la probabilité accrue de voir apparaître des formes sévères, tant chez les adultes que chez les enfants.

Par ailleurs, si l'extension géographique reste limitée, la survenue de foyers localisés nécessite un contrôle actif pour éviter tout risque d'extension.

Ainsi, le comité d'experts a décidé, le 16 novembre 2006, de maintenir le niveau de pré-Alerte épidémique pour la Martinique nécessitant une mobilisation de tous les professionnels et parties prenantes impliqués dans le contrôle de la maladie.

Situation épidémiologique en Guadeloupe

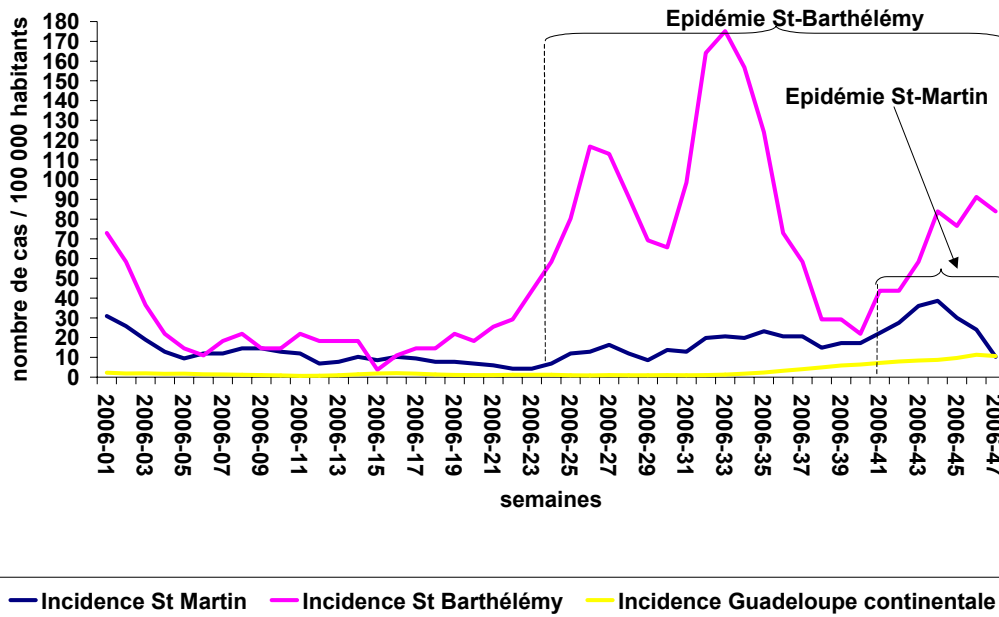
Pré alerte épidémique en Guadeloupe continentale et Alertes épidémiques dans les îles du Nord

Actuellement, la situation épidémiologique de la dengue en Guadeloupe se présente différemment selon les zones de l'archipel (Figure 5) :

1. une situation de forte recrudescence saisonnière « pré-épidémique » en Guadeloupe continentale et îles proches ;
2. une épidémie en cours sur l'île de Saint Barthélemy ;
3. une recrudescence épidémique en voie de normalisation sur l'île de Saint Martin.

Ces trois situations se réfèrent à l'évolution relative des différents indicateurs épidémiologiques. Une modélisation statistique des données est en cours (ils ne figurent donc pas sur les graphes ci-dessous) afin d'établir, comme pour la Martinique, des seuils qui permettent de décider du passage d'un niveau à un autre tels qu'établis dans le Programme de Surveillance, d'Alerte et de Gestion des Épidémies de Dengue (PSAGE).

Figure 5: Incidence hebdomadaire des cas confirmés entre les semaines 2006-01 et 2006-47. Moyennes mobiles sur 4 semaines pour la partie française de Saint Martin, Saint Barthélemy et la Guadeloupe continentale .



En Guadeloupe continentale et îles du Sud, depuis la fin du mois de septembre, on assiste à une augmentation régulière du nombre de cas avec l'apparition du sérotype DEN-2 qui n'a pas circulé depuis une dizaine d'années. C'est sur la base de ces données que le niveau de pré-alerte épidémique a été déclaré par le Comité d'experts le 13 novembre (Figure 6).

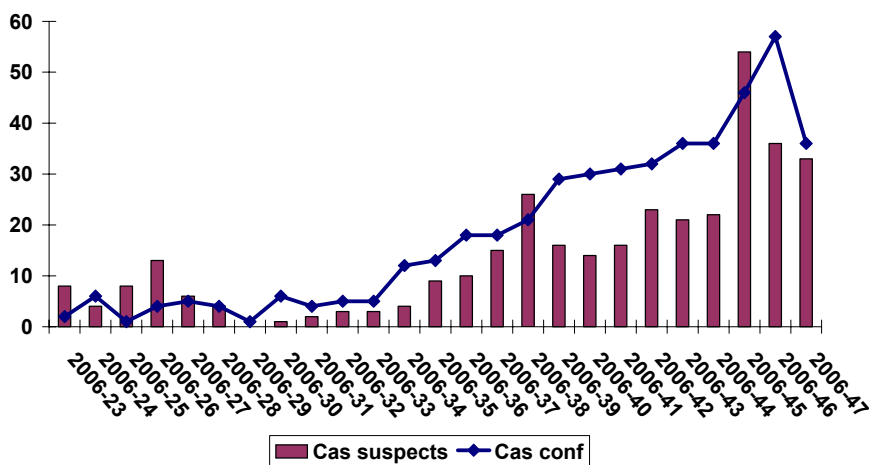
Depuis la semaine 2006-47, les données de surveillance semblent indiquer une rupture de la croissance des cas suspects et des cas confirmés, mais il est à noter que ces derniers chiffres ne sont pas encore complètement consolidés (Figure 6).

Depuis la fin du mois de septembre, on comptabilise :

- 255 cas suspects signalés par les médecins sentinelles, correspondant à environ 950 cas pour l'ensemble de ce territoire ;
- 314 cas confirmés.

Sur la base de cette évolution, le Comité d'experts a décidé, le 7 décembre, le maintien en phase de pré-alerte épidémique.

Figure 6. Nombre hebdomadaire de cas suspects et de cas confirmés en Guadeloupe continentale et îles du Sud, entre la semaine 2006-23 et 2006-47.

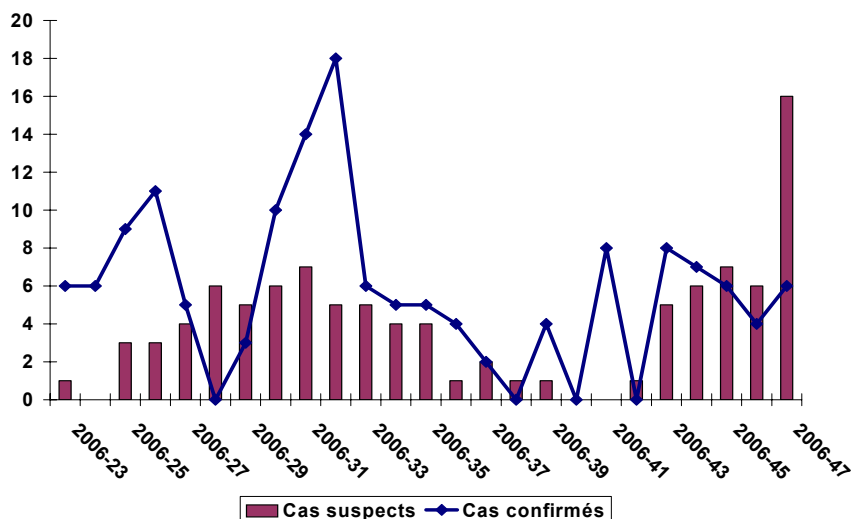


A Saint Barthélemy, après deux pics épidémiques fin juin et mi-août 2006, les indicateurs ont entamé une décroissance régulière jusque début octobre (semaine 2006-40). Depuis mi-octobre, on assiste à une reprise d'allure épidémique (Figure 7).

Depuis la semaine 2006-23 (début du mois de juin), on compte ainsi :

- 99 cas suspects signalés par les médecins sentinelles, correspondant à environ 600 pour l'ensemble de cette commune de 7000 habitants ;
- 147 cas confirmés.

Figure 7. Nombre hebdomadaire de cas suspects et de cas confirmés sur l'île de Saint Barthélemy entre la semaine 2006-23 et 2006-47.



A Saint Martin, depuis début 2004, la circulation du virus de la dengue y a été observée de manière endémique. Après la flambée épidémique de fin 2005 – début 2006, des cas ont ainsi continué à y être recensés de façon permanente.

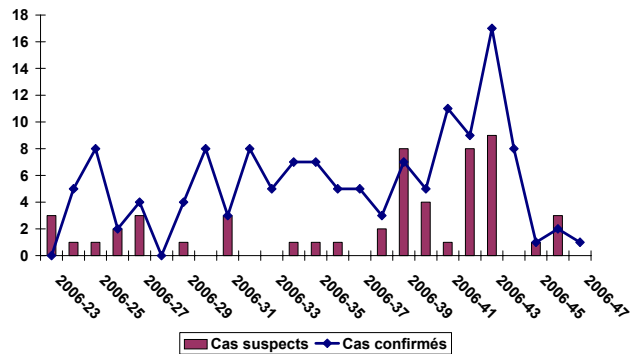
Un début de nouvelle épidémie a été déclaré le 13 novembre dernier suite à l'augmentation plusieurs semaines consécutives du nombre de cas suspects et confirmés (Figure 8), supérieurs à ceux attendus pour la saison.

Actuellement, au cours des trois dernières semaines (2006-44 à 2006-46), les indicateurs marquent une nette décroissance (Figure 8) annonçant une normalisation possible de la situation. Il est néanmoins nécessaire de surveiller l'évolution dans les semaines à venir pour valider cette évolution.

Depuis la fin du mois de septembre (semaine 2006-39), on comptabilise 37 cas suspects signalés par les médecins sentinelles (correspondant à environ à 150 cas pour l'ensemble de la commune de 36 000 habitants) et 66 cas confirmés.

Figure 8. Nombre hebdomadaire de cas suspects et de cas confirmés sur l'île de Saint Martin

Nombres hebdomadaires des cas suspects et des cas confirmés - Saint Martin



Sur l'ensemble de l'archipel guadeloupéen

Concernant les cas hospitalisés, aucune hospitalisation pour dengue confirmée n'a été signalée par l'hôpital de Saint Martin depuis le début du mois d'octobre. A Saint Barthélemy, deux cas de dengue confirmés (sans complication) ont été hospitalisés au mois de Novembre. Les cas hospitalisés en Guadeloupe continentale figurent dans le tableau 5. Il n'y a pas eu d'hospitalisation dans les services des urgences ou de réanimation adulte.

Concernant les caractéristiques du virus circulant en 2006, le sérotype a pu être identifié dans 46 cas :

- à Saint Martin : il s'agissait du sérotype DEN-2 dans 7 cas, du sérotype DEN-3 dans 2 cas et du sérotype DEN-4 dans 1 cas ;
- en Guadeloupe continentale : il s'agissait du sérotype DEN-2 dans 31 cas, du sérotype DEN-3 dans 3 cas et du sérotype DEN-4 dans 2 cas.

Le sérotype circulant majoritaire reste donc le sérotype DEN-2 qui n'a pas circulé depuis une dizaine d'années en Guadeloupe.

Tableau 1. Cas de dengue hospitalisés dans les hôpitaux de Guadeloupe par type de service entre les semaines 2006-42 (mi-octobre) et 2006-46 (mi-novembre)

	2006-42	2006-43	2006-44	2006-45	2006-46
Pédiatrie	1	3	1	1	1
Réanimation pédiatrique	2	2	0	1	0
SAU pédiatrique	0	0	0	1	0
Médecine	4	1	2	1	3
Autres services	1	2	1	2	1
Total	8	8	4	6	5

Tableau 2. Sérotypes isolés depuis janvier 2006 en Guadeloupe.

	Guadeloupe « continentale »		Saint Martin		Archipel	
	Total	%	Total	%	Total	%
DEN 2	31	86	7	70	38	82
DEN 3	3	8	2	20	5	11
DEN 4	2	5	1	10	3	6

Conclusions

La situation épidémiologique à Saint Barthélemy est toujours épidémique tandis qu'elle se normalise à Saint Martin. En Guadeloupe continentale, l'évolution récente de la situation est plus difficile à interpréter : après une augmentation régulière des indicateurs jusqu'à la semaine 45, celle-ci semble marquer le pas sur les deux dernières semaines chez les médecins de ville et au cours

de la semaine 47 pour les cas confirmés. Par ailleurs, le nombre d'hospitalisations est stable pour les semaines 44 à 46. Le niveau de pré-alerte est donc maintenu.

Il faut noter par ailleurs, que la saison des pluies touche à sa fin et que ce facteur constitue un élément déterminant concernant la reproduction du moustique vecteur.

Expérience tirée de l'épidémie de Martinique en 2005

Une épidémie de dengue a sévi en Martinique de juin 2005 à mars 2006. Une estimation basée sur les notifications hebdomadaires des médecins sentinelles a permis d'évaluer à plus de 13 000 le nombre de patients ayant consulté un médecin de ville, soit environ 3,5% de la population. Elle a été également à l'origine de plus de 200 hospitalisations et de 4 décès.

Cette épidémie a été caractérisée par la co-circulation de deux sérotypes majoritaires : DEN-2 dans 28% des cas et DEN-4 dans 70% (dans 23% des cas, il s'agissait de DEN 3).

Les formes sévères et les hospitalisations ont été très significativement associées au sérotype DEN-2. Elles se

sont manifesté par :

⇒ Une gravité clinique, s'exprimant par :

- des formes graves atypiques précoces (J1-J3) : encéphalite, hépatite, myocardite, rhabdomyolyse,
- thrombopénie sévère, parmi lesquelles se retrouvent les 4 décès.
- un syndrome d'épuisement avec signes digestifs survenant généralement à J4.

⇒ Une gravité biologique :

- thrombopénie ;
- élévation des transaminases ;

Compte tenu de ces données, on peut émettre les recommandations suivantes en cas de survenue d'une épidémie de dengue DEN-2 :

(1) Effectuer une évaluation clinique et biologique précoce (avant J3) de tous les patients

-Recherche de formes cliniques atypiques graves (hépatite, myocardite, méningo-encéphalite) ;

-Recherche d'anomalies biologiques précoces (cytolyse hépatique et/ ou musculaire, thrombopénie) : prescription de NFS, plaquettes, transaminases, CPK (et Troponine en cas d'élévation des CPK), LDH dès la première consultation ; une thrombopénie $\leq 50\ 000$ plaquettes/ μ l et des ALAT et/ou ASAT ≥ 10 fois la normale avant J3 peuvent être considérés comme des critères d'hospitalisation.

Il est capital d'interpréter les anomalies biologiques en fonction de la durée d'évolution des symptômes : de J1 à J3, une thrombopénie ou une cytolyse hépatique franche sont des signes de gravité nécessitant une hospitalisation. A J5 ou J6, ces mêmes anomalies sont très fréquentes, le plus souvent sans gravité et vont régresser en 24 à 48 heures.

(2) Reconnaître et traiter le syndrome d'épuisement

Ce syndrome s'observe vers le 4ème jour et fait suite à la phase la plus aiguë de la maladie. Il est la conséquence de 4 jours de fièvre élevée avec asthénie, anorexie (le plus souvent liée à des douleurs abdominales et des nausées/vomissements) et déshydratation. Les signes cliniques peuvent faire évoquer un début de dengue hémorragique avec syndrome de choc : malaise orthostatique \pm syncopal, hypotension, hémococoncentration. Il n'y a pas de signe hémorragique majeur ni de syndrome de fuite capillaire. L'évolution est rapidement favorable avec une réhydratation de quelques heures à 24-48 heures et repos au lit (pour éviter les malaises orthostatiques). La prévention de ce syndrome repose, quand elle est possible, sur une hydratation correcte dès le début de la fièvre.

(3) Inclure l'échographie abdominale dans le bilan d'évaluation initiale (des patients présentant des signes de gravité) pour

-Rechercher des épanchements (péritonéaux et pleuraux) signe de fuite capillaire. Cela permet de faire le diagnostic différentiel entre dengue hémorragique avec syndrome de choc (présence de fuite capillaire) et syndrome d'épuisement (absence de fuite capillaire).

- Rechercher des complications intra-abdominales comme la cholécystite alithiasique.