

Situation épidémiologique de la dengue en Guyane

Les deux dernières épidémies survenues en Guyane ont montré combien le dispositif de surveillance épidémiologique en Guyane était incomplet.

Basé uniquement sur la surveillance des résultats des sérologies et des PCR réalisées par les laboratoires de Guyane, cette surveillance ne permettait ni d'estimer l'importance d'une épidémie, ni sa gravité. C'est dans ce contexte que, grâce à la mobilisation de tous les partenaires de la veille sanitaire, la surveillance épidémiologique de la dengue en Guyane a pu progresser de manière décisive. Même encore imparfait, le dispositif s'est en effet enrichi d'une surveillance syndromique réalisée par un réseau de médecins sentinelles, les centres de santé et les forces armées, d'une surveillance des cas consultants aux urgences ainsi que des formes hospitalisées (sévères et hémorragiques).

Cette mobilisation et cette collaboration active de nombreux partenaires sont encourageantes pour l'avenir. Elles témoignent, malgré les moyens et ressources limités en Guyane, de la volonté d'avancer vers une veille sanitaire plus active et démonstrative. C'est l'objectif que s'est assigné l'Institut de veille sanitaire en Guyane en portant, via la Cire Antilles Guyane, un programme de renforcement et de déploiement sur l'ensemble du département d'un dispositif de surveillance épidémiologique dédié aux maladies prioritaires que sont la dengue, le paludisme, la maladie de Chagas, les maladies à prévention vaccinale, les maladies entériques ou la tuberculose. A terme, ce dispositif devrait reposer sur un schéma directeur des systèmes d'information rassemblant l'ensemble des compétences et avancées déjà réalisées en Guyane. Cette expérience partagée autour de l'épidémie de dengue constitue un galop d'essai qu'il faudra confirmer dans les mois à venir.

Tendances générales

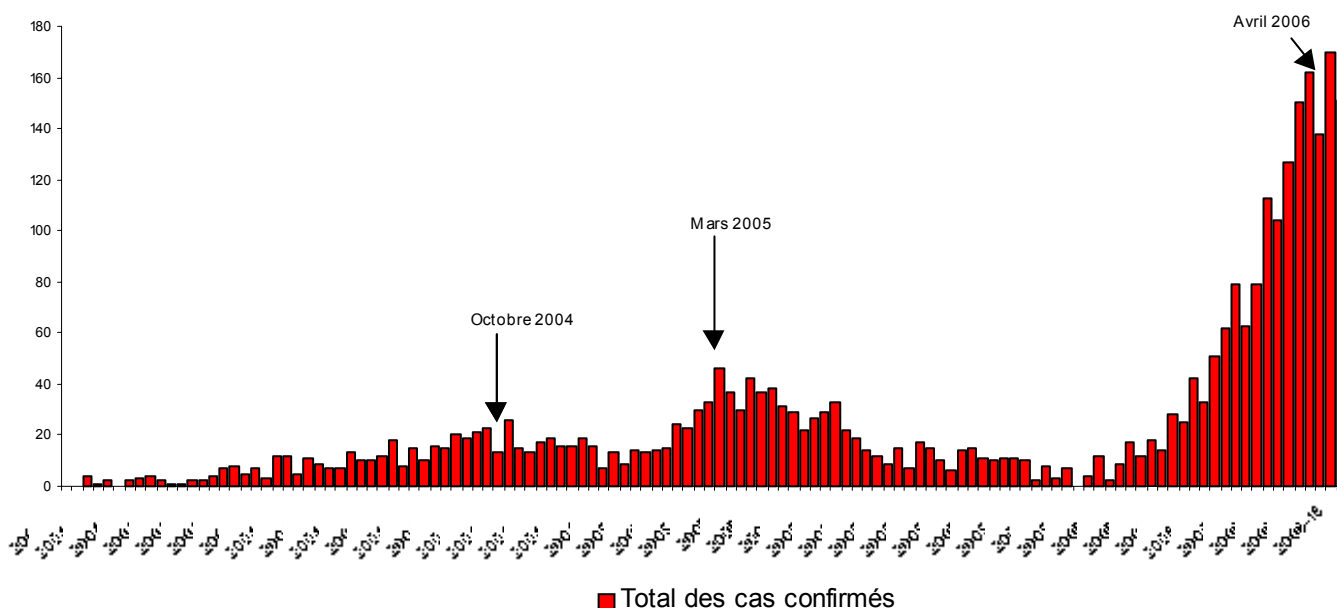
L'épidémie détectée en juin 2004 à partir de la surveillance des cas biologiquement confirmés, sérologies et isollements recueillis par le CNR des arbovirus de Guyane, s'est développée en deux vagues successives (Figure 1).

Un premier pic culminant à 26 cas hebdomadaires a été atteint à la fin du mois d'octobre 2004 (semaine 2004-

43). La deuxième vague s'est étendue du début du mois de janvier à la mi-octobre 2005. Le 2ème pic, plus important que le premier (46 cas hebdomadaires confirmés), a été atteint mi-mars 2005 (semaine 2005-10).

Depuis début décembre 2005, une nouvelle augmentation du nombre de cas a été observée, culminant début avril (semaines 2006-14 à 2006-16).

Figure 1 : Courbe épidémique hebdomadaire des cas confirmés biologiquement, Guyane, janvier 2004– avril 2006.



Renforcement de la surveillance

Jusqu'au mois d'avril 2006 (semaine 2006-14), la surveillance épidémiologique reposait exclusivement sur les résultats de biologie (sérologies et isollements viraux) en provenance de l'Institut Pasteur de Guyane et de deux laboratoires privés (l'un réalisant lui-même les sérologies ; l'autre adressant les prélèvements au laboratoire Pasteur-CERBA). Ce dispositif présentait des faiblesses, notamment en termes d'exhaustivité, de couverture géographique et de réactivité.

La survenue d'une nouvelle vague épidémique importante fin 2005 a accéléré la mise en place du renforcement prévu de la surveillance de la dengue en Guyane.

Ainsi, depuis avril 2006, le dispositif de surveillance intègre désormais plusieurs sources de données grâce à la collaboration de nombreux partenaires qui transmettent leurs données de façon hebdomadaire à l'antenne de la Cire Antilles – Guyane basée au sein de la Cellule de Veille Sanitaire de la DSDS (Figure 2).

Les partenaires participant à ce nouveau dispositif transmettent des informations sur :

1. Les cas confirmés

La surveillance des cas de dengue biologiquement confirmés est réalisée à partir des données transmises par l'ensemble des laboratoires de biologie médicale du département, par les laboratoires hospitaliers de Cayenne, Kourou et Saint Laurent et par le Centre National de Référence des Arbovirus. Les

confirmations biologiques sont réalisées soit par RT-PCR et/ou test antigénique NS1 quand il s'agit de sérums précoces (≤ 5 jours), soit par sérologie (IgM) pour les sérums tardifs.

2. Les cas suspects de dengue

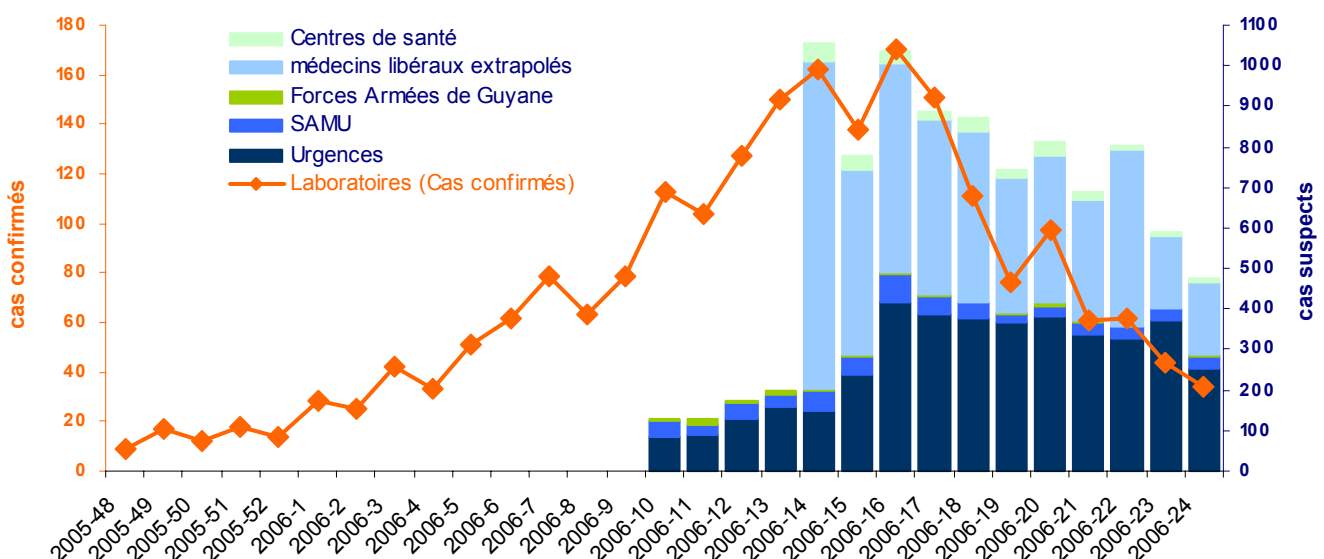
Un cas suspect est défini comme un patient présentant une fièvre d'apparition brutale ($>38^{\circ}5C$), sans point d'appel infectieux mais avec au moins un des signes suivants évoluant depuis moins de 7 jours : céphalées, douleurs rétro-orbitaires, myalgies, arthralgies, lombalgies.

Participent à cette surveillance : 19 médecins libéraux répartis sur l'ensemble du littoral, 15 centres de santé, les services d'urgence des centres hospitaliers de Cayenne, Kourou et Saint Laurent, la Grade Médicale de Cayenne, le SAMU et le service de santé des Forces Armées de Guyane.

3. Les cas hospitalisés

Tous les patients hospitalisés pour dengue dans un des trois centres hospitaliers sont notifiés à l'antenne de la Cire Antilles Guyane. Les caractéristiques cliniques et biologiques de ces patients sont recueillies chaque semaine par une infirmière de la DSDS, en collaboration notamment avec l'Unité des Maladies Infectieuses et Tropicales (UMIT) du CHAR, afin de pouvoir classer les cas en dengue mineure, dengue sévère (non hémorragique) ou en dengue sévère hémorragique (DHF/DSS).

Figure 2 : Courbe épidémique hebdomadaire des cas de dengue confirmés et suspects, Guyane, semaine 2005-48 à 2006-24.



Sources : CNR des Arbovirus, LABM Plenet, LABM Peneau, LABM CHAR, LABM CHOG, LABM de Kourou, LABM Pasteur-Cerba, centres de santé, médecins sentinelles, services d'urgence dont la Garde Médicale de Cayenne, SAMU et Forces Armées de Guyane

Situation épidémiologique actuelle

L'analyse des données recueillies à partir de ce nouveau dispositif de surveillance montre que la dynamique de la courbe des cas suspects est similaire à celle des cas confirmés. Le pic épidémique a été également atteint entre les semaines 2006-14 et 2006-16. Depuis on observe une diminution régulière du nombre de cas suspects notifiés chaque semaine (Figure 2).

En extrapolant rétrospectivement les données de la surveillance des cas suspects, on estime à environ 13 700, le nombre de personnes ayant présenté un syndrome dengue-like depuis le début de l'épidémie, soit près de 7,3% de la population Guyanaise (Figure 3). Cette esti-

mation ne prend en compte que les personnes ayant eu recours au système de soins. Une enquête de séroprévalence sera réalisée entre juillet et septembre afin, notamment, d'estimer l'importance des cas asymptomatiques.

Depuis la semaine 2006-18 au cours de laquelle l'utilisation du test de diagnostic précoce (antigène NS1) a été étendu à l'ensemble des laboratoires, l'interprétation de la courbe des cas confirmés est devenue difficile. En effet, l'utilisation non encore optimale de ce nouveau test dans le processus de confirmation biologique ainsi que des problèmes dans la transmission des données ont induit une sous notification importante (de l'ordre de 50%) du nombre hebdomadaire de cas confirmés (Figure 4).

Figure 3. Extrapolation rétrospective de la courbe épidémique hebdomadaire

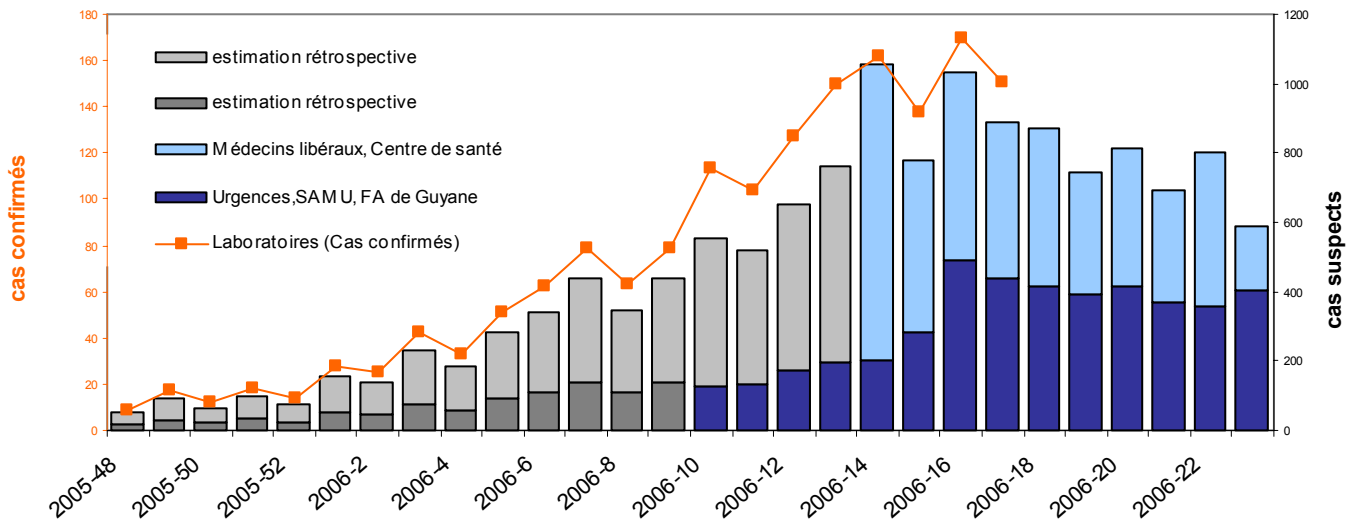
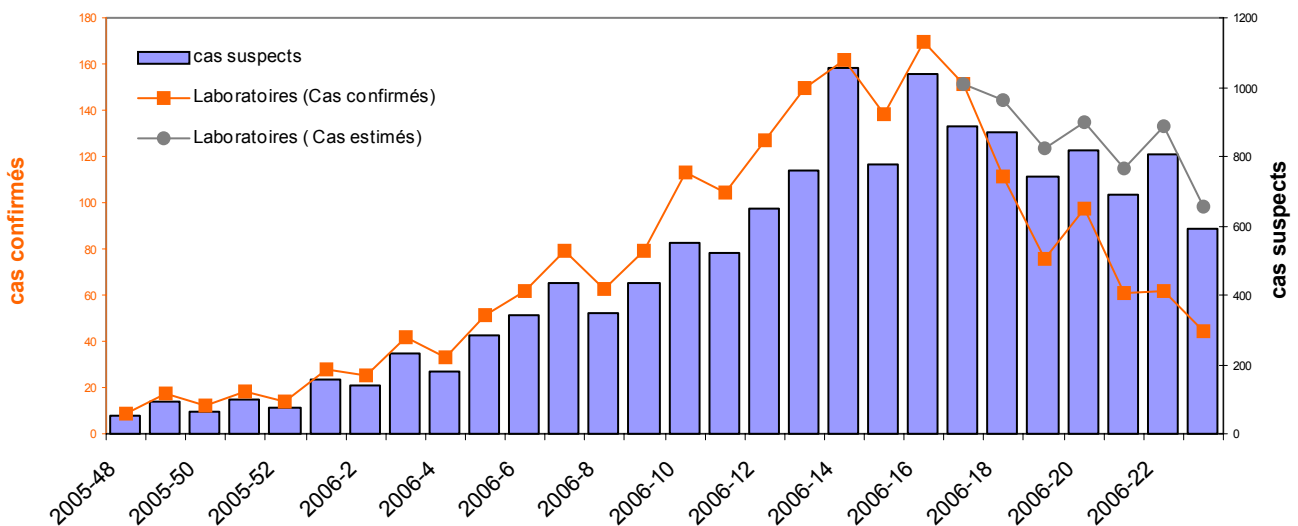


Figure 4. Extrapolation prospective de la courbe épidémique hebdomadaire



Le suivi des cas hospitalisés a été mis en place à compter de la semaine 2006-14. Tous les cas hospitalisés pour dengue depuis la semaine 2005-48 ont été documentés de manière rétrospective à partir des dossiers médicaux et intégrés dans le dispositif de surveillance (Figure 5).

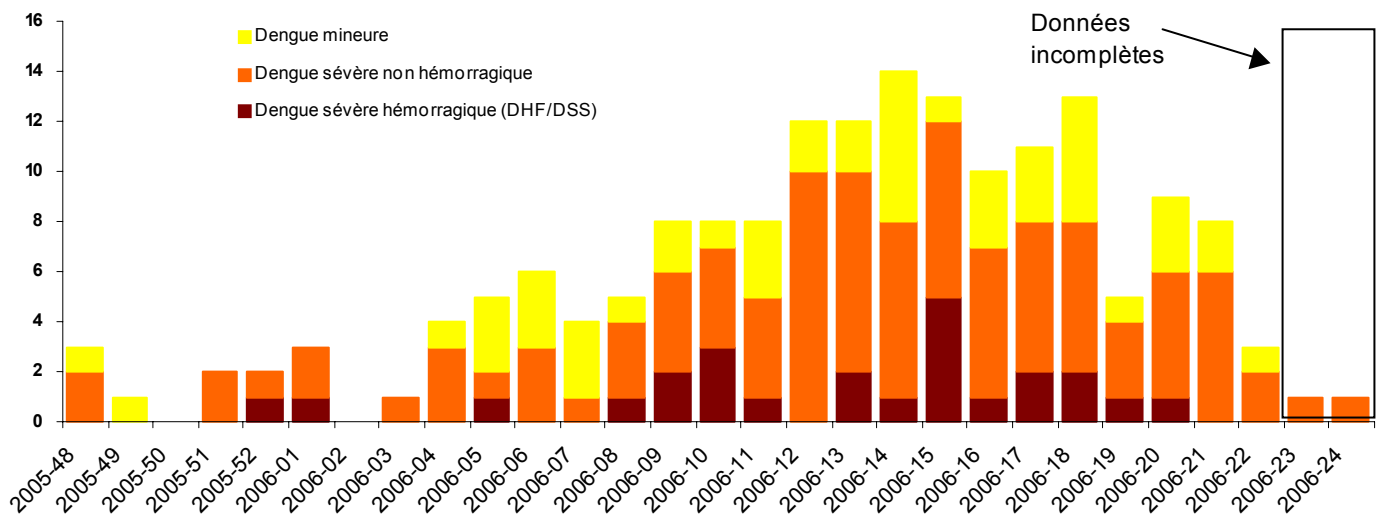
La dynamique de la courbe des cas hospitalisés est semblable à celle des cas suspects et des cas confirmés. Le pic épidémique a été atteint au cours de la semaine 2006-15. Depuis, le nombre hebdomadaire de cas hospitalisés a baissé aux alentours de 8 cas par semaine. Le pourcentage d'hospitalisation¹ pour dengue avoisine les 10%.

Depuis le début de l'épidémie, on dénombre 171 cas hospitalisés biologiquement confirmés : 28% pour une forme bénigne, 15% pour une forme hémorragique et 57% pour une forme sévère non hémorragique. La répartition par tranche d'âge est la suivante : 17% sont âgés de moins de 5 ans, 21% ont entre 5 et 14 ans et 62% ont 15 ans et plus.

Depuis le début de l'épidémie, on compte 4 décès directement imputables à la dengue : 3 chez des enfants (7 mois, 4 ans et 6 ans) et un chez un adulte de 64 ans

¹ Pourcentage de patients hospitalisées parmi ceux vus pour dengue dans les service d'urgence.

Figure 5. Nombre hebdomadaire de cas confirmés de dengue hospitalisés depuis la semaine 2005-48, selon la forme clinique.



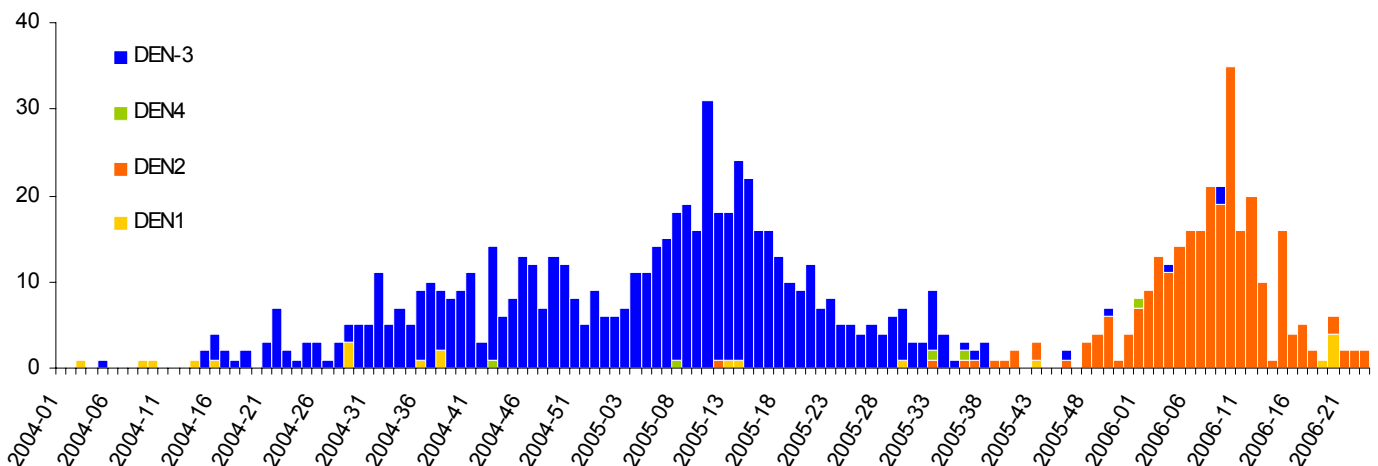
Sérotypes

Le sérotype DEN-3 est resté largement prédominant tout au long de l'épidémie de 2004-2005 (96,5% des isoléments). Il faut noter que ce sérotype, isolé pour la première fois et de façon concomitante en Martinique et en

Guyane fin 1999, avait déjà été responsable des deux flambées épidémiques survenues en 2001 et 2002.

Actuellement, le sérotype DEN 2 est majoritaire depuis septembre 2005, mais en mai 2006, le CNR a identifié 5 virus DEN1 (Figure 6).

Figure 6. Courbe mensuelle des sérotypes isolés par le CNR des arbovirus, Guyane, 1999-01 à 2006-23



Du fait des modifications engendrées au sein du dispositif de surveillance épidémiologique par la diffusion du test NS1 (cf. page 4), la distribution spatiale de l'épidémie ne peut être suivie à partir des cas confirmés que de la semaine 2005-48 à la semaine 2006-17. A partir de la semaine 2006-18, cette distribution spatiale est suivie à partir des cas suspects.

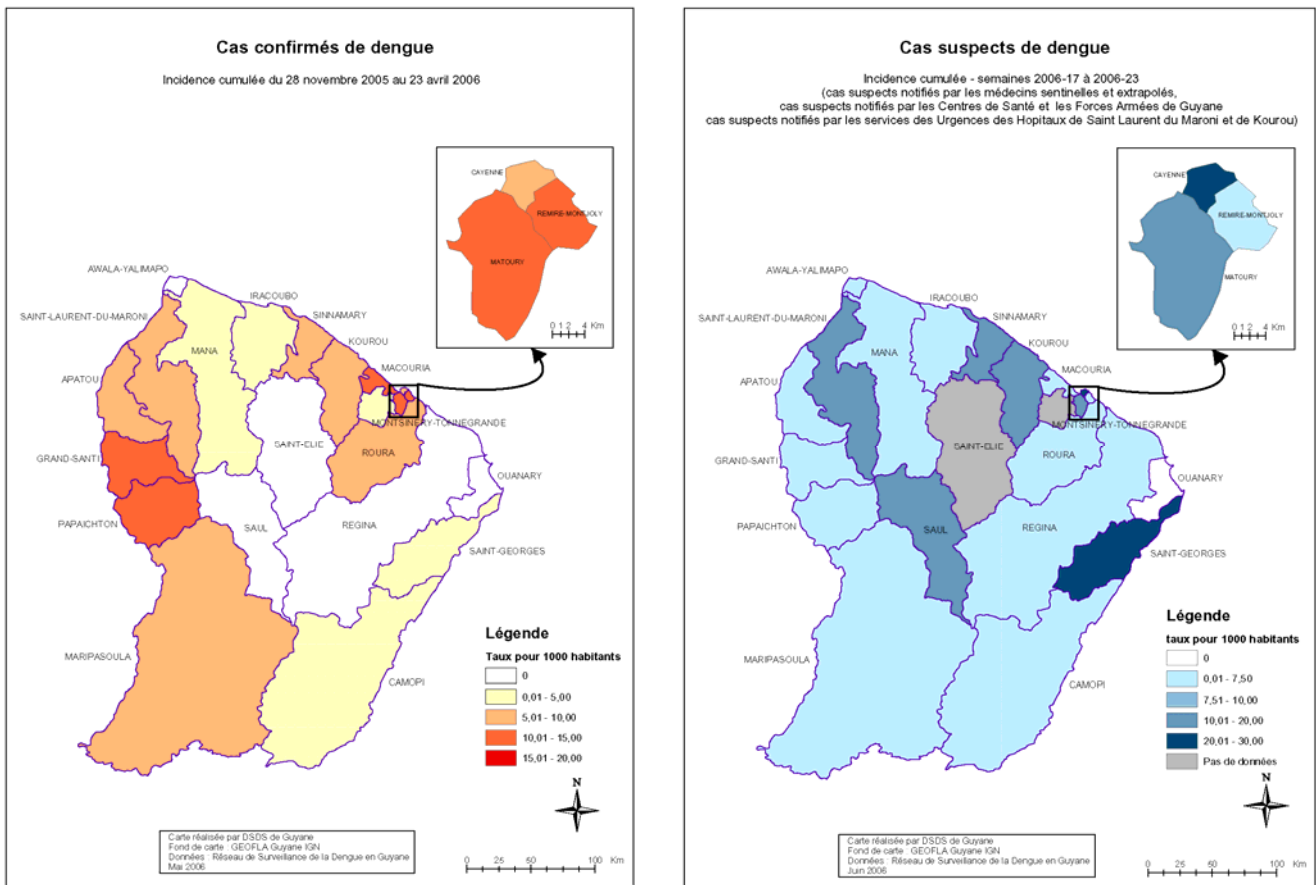
La figure 7 montre ainsi que l'épidémie a d'abord concerné les communes de l'ouest située le long du Maroni (Papaïchton en décembre 2005, Grand-Santi en janvier 2006) puis l'Île de Cayenne (en mars 2006). Après s'être ralentie et dissipée dans les communes du Maroni, l'épidémie s'est étendue aux autres communes du littoral

(avril 2006), notamment à Sinnamary et Kourou, tout en se poursuivant sur l'Île de Cayenne. Plus récemment, l'épidémie a atteint la région du bas Oyapock, touchant la commune de Saint-Georges (mars 2006).

Actuellement, même si le nombre de cas diminue globalement, l'incidence reste élevée sur l'Île de Cayenne et à Saint-Georges, mais aussi sur le littoral de Kourou à Saint-Laurent du Maroni.

Cette situation épidémiologique de la dengue touchant de manière épidémique les communes situées le long des fleuves Maroni et Oyapock est un fait nouveau pour la Guyane.

Figure 7. Répartition géographique des cas confirmés (semaine 2005-48 à 2006-17) et des cas suspects (semaine 2006 - 18 à 2006 - 23), Guyane.



Au total, l'épidémie qui sévit actuellement en Guyane est principalement liée au virus de type DEN2.

En terme d'incidence, elle est environ deux à trois fois plus importante que la précédente, survenue en 2004-2005.

Elle se caractérise également par une fréquence élevée de formes sévères, hémorragiques ou non, touchant principalement les adultes et nécessitant une prise en charge hospitalière.

Enfin cette épidémie s'est traduite par une flambée épidémique dans les communes le long du Maroni, ce qui est tout à fait inhabituel pour la Guyane.

Si depuis mi-avril, l'ensemble des indicateurs de la surveillance épidémiologique présentent une lente décroissance, la vigilance reste de mise.