

Identification d'une circulation autochtone de dengue dans le sud de la Réunion

Point épidémiologique - N° 63 du 23 décembre 2015

En 2014, 29 cas autochtones et 15 cas importés de dengue confirmés ou probables ont été identifiés à la Réunion. Une circulation autochtone du virus a ainsi été observée de mars à juin 2014. Puis, un seul cas autochtone a ensuite été identifié au cours du mois d'août 2014.

En 2015, le système de surveillance a permis d'identifier 4 cas importés de pays où une circulation virale était rapportée et aucun nouveau cas autochtone n'a été mis en évidence de janvier à fin novembre. Au cours du mois de décembre 2015, un premier épisode de transmission autochtone du virus a été détecté sur la commune de Saint-Joseph avec à ce jour **1 cas confirmé et 2 cas probables d'infection récente par la dengue** ^(*).

Situation épidémiologique au 22 décembre 2015

Un premier cas autochtone compatible avec une infection par la dengue (IgM+) a été signalé à la Cire Océan Indien fin novembre chez une personne résidant à Saint-Joseph et n'ayant pas voyagé dans les 15 jours précédant l'apparition des signes. Dans ce contexte, des actions de lutte anti-vectorielle ont été immédiatement mises en place par l'Agence de santé Océan Indien autour de ce cas. Les investigations biologiques qui ont suivi ont permis à la mi-décembre de confirmer ce cas par séroconversion.

Au même moment, un autre cas compatible avec une infection récente par la dengue et résidant à proximité du premier cas a été identifié. Les résultats biologiques de la première sérologie en faveur d'une infection récente (IgM+), sa proximité avec le premier cas confirmé et l'absence de voyage dans un pays où circule le virus ont permis de le classer comme cas probable autochtone.

Dès la mise en évidence de ce regroupement de cas, des mesures conséquentes de lutte anti-vectorielle ont été déployées dans la zone géographique concernée afin de limiter le risque d'intensification de la circulation virale.

Les professionnels de santé du secteur concerné (médecins, laboratoires privés et hos-

pitaliers et services d'urgences du CHU Sud) ont été informés sur la situation épidémiologique, et les recommandations sur le diagnostic et la prise en charge des infections par le virus de la dengue ont été rappelées.

Par ailleurs, une recherche active de personnes symptomatiques dans l'entourage de ces 2 cas a été réalisée de manière répétée par le service de lutte anti-vectorielle (LAV) de l'ARS-OI. Elle a permis d'identifier des cas cliniquement suspects dont l'un d'eux a présenté des IgM positives sans notion de voyage et a été classé en probable.

Ces trois cas sont des adultes n'ayant pas présenté de forme sévère de la maladie. A ce jour, aucune identification du (des) sérotype(s) en cause n'a été réalisée, car les cas ont été diagnostiqués par sérologie. Le délai entre l'apparition des signes et le prélèvement était incompatible avec une recherche du virus par RT-PCR.

Quatre autres cas (1 confirmé, 3 probables) ont été importés au cours de l'année 2015 par des voyageurs infectés en provenance d'Indonésie, Guyane, Inde, et Thaïlande.

La Figure 1 présente la distribution des cas par mois selon la date de début des signes.

^(*) **Cas probable** : présence d'IgM+ ou limite sur un prélèvement unique en l'absence d'un autre diagnostic infectieux établi et argument(s) épidémiologique(s) augmentant la probabilité qu'il s'agisse réellement d'un cas :

- voyage dans une zone où le virus circule dans les 15 jours précédant les signes ;
- lien géographique ou épidémiologique avec un cas confirmé ou avec un regroupement de cas ;
- tableau **très évocateur** de dengue + avis du biologiste indiquant une forte probabilité d'infection récente (ex : syndrome dengue-like avec thrombopénie, asthénie+++ , douleurs rétro-orbitaires+++ , etc.)

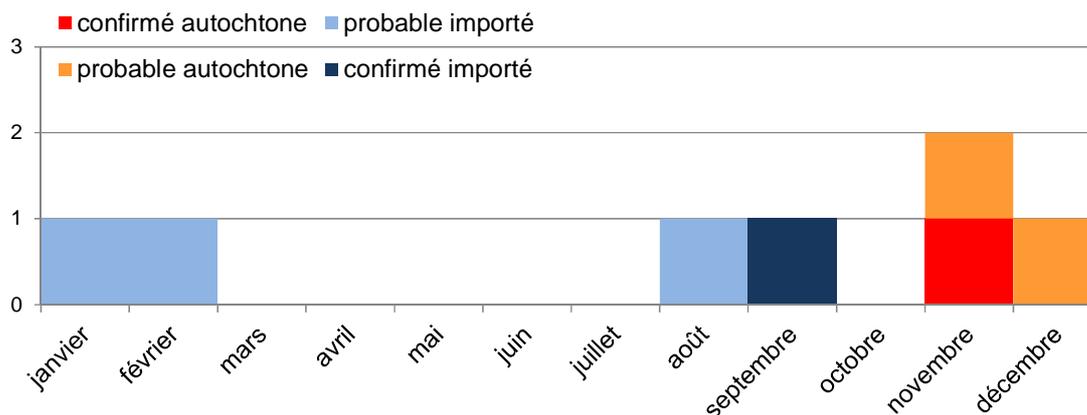
Cas confirmé : PCR+ ou séroconversion ou augmentation récente du titre des IgG ≥ 4 fois sur 2 sérums prélevés à 2 semaines d'intervalle minimum ou NS1+ (pour la dengue uniquement).

Cas autochtone : cas sans notion de voyage en zone potentielle de circulation du virus dans les 15 jours précédant les signes.

Cas importé : patient ayant voyagé dans une zone potentielle de circulation du virus dans les 15 jours précédant les signes.

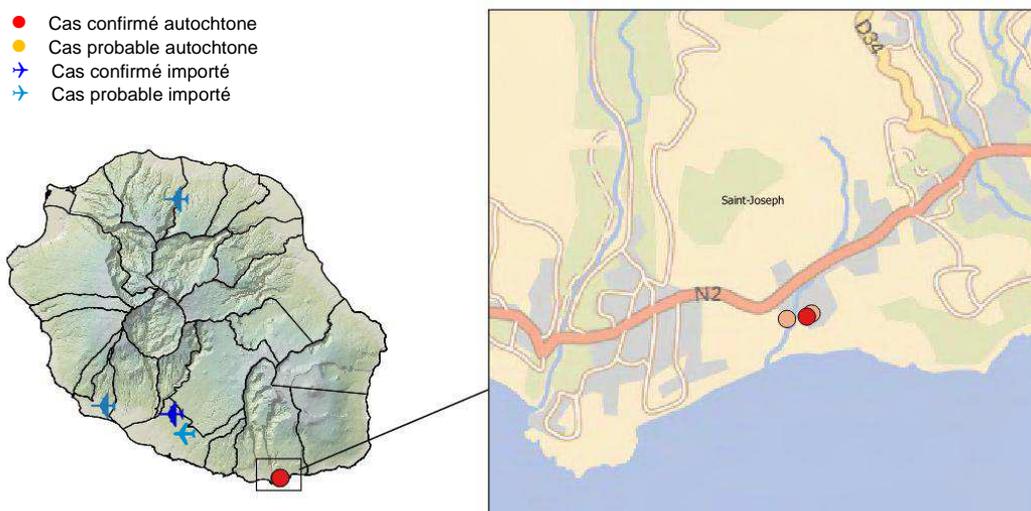
| Figure 1 |

Répartition mensuelle des cas de dengue par mois selon la date de début des signes, la Réunion, du 1^{er} janvier au 21 décembre 2015



| Figure 2 |

Répartition géographique des cas de dengue par géo-référencement, la Réunion, du 1^{er} janvier au 21 décembre 2015



Cartographie réalisée par le service LAV de l'ARS OI

Quel risque pour les semaines à venir?

Plusieurs paramètres actuellement réunis à la Réunion **augmentent le risque d'intensification de la circulation virale** mise en évidence à Saint-Joseph et/ou **l'installation de nouvelles chaînes de transmission** :

- **des conditions climatiques très favorables au vecteur *aedes albopictus*.** L'été austral est la période optimale pour le développement du moustique tigre. Les pluies débutantes et attendues au cours de cette période couplées à des températures élevées, ont abouti à une forte augmentation des densités de moustiques sur l'ensemble du territoire (source : LAV, ARS-OI).
- **la présence du virus de la dengue dans plusieurs territoires voisins.** A Maurice, un cas de dengue autochtone a été mis en évidence mi-décembre avec l'identification du DENV-1 dans la région de Port Louis (source : réseau Segal- One Health). Par ailleurs, plusieurs pays d'Asie du Sud-Est avec lesquels la Réunion entretient des échanges touristiques régu-

liers surtout en cette période de congés annuels connaissent actuellement des épidémies massives de dengue (Thaïlande, Indonésie, Philippines, Malaisie, Inde).

- **un très faible taux d'immunité de la population réunionnaise contre le virus de la dengue.** Selon une étude menée conjointement par la Cire, l'ARS OI, le CHU et l'EFS de la Réunion. La séroprévalence de la dengue – traduisant une infection passée par au moins un des quatre sérotypes existants – a été estimée à 3,1% chez les donneurs de sang réunionnais en 2008. Elle suggère donc une immunité quasiment inexistante au sein de la population réunionnaise, en particulier chez les plus jeunes.

Face à une circulation du virus de la dengue dans la zone d'échange avec la Réunion et de conditions climatiques favorables au vecteur, la vigilance doit être accrue afin de détecter précocement les cas importés et/ou l'installation de chaînes de transmission dans l'objectif de mettre en place des mesures de contrôle immédiates.

La survenue de trois cas autochtones de dengue résidant sur la commune de Saint-Joseph a révélé l'installation d'une chaîne de transmission locale sur cette commune. Aucun cas importé n'ayant été identifié dans la zone, l'origine de cette chaîne reste pour l'instant inconnue. Le virus de la dengue continuant de circuler dans la zone océan Indien (cas sporadiques à Maurice, circulation en Inde) et des épidémies importantes ayant lieu en Asie du Sud-Est (Thaïlande, Malaisie, Vietnam, Cambodge...), le risque d'importation du virus au retour de vacances est important. En cette période d'été austral où les conditions climatiques sont favorables à la prolifération des moustiques vecteurs, les professionnels de santé doivent rester vigilants et les voyageurs présentant une fièvre au retour d'un pays où la dengue est endémique doivent consulter un médecin sans tarder.

Recommandations aux médecins

Devant tout syndrome dengue-like *:

① **Prescrire sur ordonnance, une confirmation biologique** chikungunya et dengue :

- dans les 4 premiers jours après la date de début des signes (DDS) : RT-PCR uniquement,
- entre 5 et 7 jours après la DDS : RT-PCR et sérologie (IgM et IgG),
- plus de 7 jours après la DDS : sérologie uniquement (IgM et IgG), à renouveler à 15 jours d'intervalle minimum dans le même laboratoire si le premier résultat est positif.

② **Rechercher d'éventuels signes d'alertes** et sensibiliser le patient afin qu'il consulte immédiatement en cas d'apparition (c.f. liens utiles : Le Point sur la dengue) ;

③ **Traiter les douleurs et la fièvre** par du paracétamol (l'aspirine, l'ibuprofène et autres AINS ne doivent en aucun cas être utilisés).

* **Syndrome dengue like** : fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$

- associée à un ou plusieurs symptômes non spécifiques (douleurs musculo-articulaires, manifestations hémorragiques, céphalées frontales, asthénie, signes digestifs, douleur rétro-orbitaire, éruption maculo-papuleuse) ;
- en l'absence de tout autre point d'appel infectieux.

Signaler les cas confirmés, les suspicions de cas groupés et les cas cliniquement très évocateurs à la Plateforme de veille et d'urgences sanitaires de la Réunion :

Plateforme de veille et d'urgences sanitaires

Tel : 02 62 93 94 15

Fax : 02 62 93 94 56

ars-oi-signal-reunion@ars.sante.fr

Recommandations à la population

CONSULTER IMMEDIATEMENT SON MEDECIN TRAITANT



En cas de fièvre accompagnée d'un ou plusieurs symptômes : courbatures, maux de tête, douleurs articulaires, douleur derrière les yeux, diarrhée, vomissements, perte totale d'appétit, fatigue intense.

LUTTER CONTRE LA TRANSMISSION DE LA MALADIE EN COMBATTANT SON VECTEUR



Eliminer les lieux de ponte du moustique (eaux stagnantes dans les pots, soucoupes, déchets, etc.). Cette lutte collective est le moyen le plus efficace pour l'empêcher de transmettre des maladies.



Se protéger des piqûres (port de vêtements longs, utilisation de répulsifs et de moustiquaires), y compris quand on est malade pour ne pas contaminer son entourage.

Points clés

- 1 cas confirmé et 2 cas probables autochtones à Saint-Joseph
- Conditions propices à une poursuite de la circulation virale

Liens utiles

• Le point sur la dengue

http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Actualites/le_point_sur_la_dengue.pdf

• Fiches de notification

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12686.do

Remerciements : agents de la LAV de ARS OI, laboratoires privés, laboratoires du CHU de la Réunion, médecins libéraux et hospitaliers.

Directeur de la publication :

François Bourdillon, Directeur Général de l'InVS

Rédacteur en chef :

Laurent Filleul, Coordonnateur de la Cire océan Indien

Comité de rédaction :

Cire océan Indien
Elsa Balleydier
Elise Brotte
Sophie Larrieu
Nadège Marguerite
Isabelle Mathieu
Frédéric Pagès
Clément Filisetti
Jean-Louis Solet
Pascal Vilain

Diffusion

Cire océan Indien
2 bis, av. G. Brassens
CS 61002
97743 Saint Denis Cedex 09
Tel : +262 (0)2 62 93 94 24

Si vous souhaitez faire partie de la liste de diffusion des points épidémiologiques, envoyez un mail à

ARS-OI-CIRE@ars.sante.fr