

Bulletin Epidémiologique Thématique. Publication : 31 décembre 2024

Surveillance épidémiologique des arboviroses à La Réunion

Semaine 52 (23 au 29 décembre 2024)

SOMMAIRE

Points clés	1
Dengue	1
Chikungunya	2
Analyse de risque.....	3
Préconisations.....	3

Points clés

Depuis la mise en évidence des premiers cas de chikungunya autochtones en août 2024, ce sont maintenant **118 cas qui ont été signalés**.

La **tendance à la dispersion se poursuit**. Une baisse du nombre de cas a été observée en S51 – caractéristique habituelle des semaines avec un jour férié.

Surveillance des cas confirmés d'arboviroses

	Chikungunya	Dengue
S51	17 cas	1 cas
S52 (non consolidée)	25 cas	Pas encore disponible

Dengue

Depuis la fin du mois d'août, ce sont 34 cas de dengue qui ont été signalés. Les cas étaient localisés dans 10 communes : St Joseph, St Pierre, St Paul, le Tampon, St Denis, Le Port, St Benoit, St Louis, St Leu et trois Bassins. En S50 et S51, 2 cas ont été rapportés.

En ce début d'été austral, l'impact sanitaire de la dengue est négligeable (pas d'hospitalisations > 24h depuis le début du mois d'août et 17 passages aux urgences).

Chikungunya

Depuis le 23/08, ce sont **118 cas de chikungunya** autochtones qui ont été signalés à la Réunion. Tous les cas, à l'exception d'un cas probable, sont des cas confirmés, PCR +. **Pour la S51, ce sont 17 cas** qui ont été signalés et pour la S52, le total provisoire est de 25 cas.

Ces cas sont répartis entre **5 foyers actifs**. Ces foyers sont ceux de l'Ermitage, de Grand Bassin, de la Ligne des 400, de Trois Mares et d'Etang salé les Hauts. Le foyer d'Etang Salé continue d'être très actif (9 cas en S51 et déjà 14 cas en S52 – non consolidée).

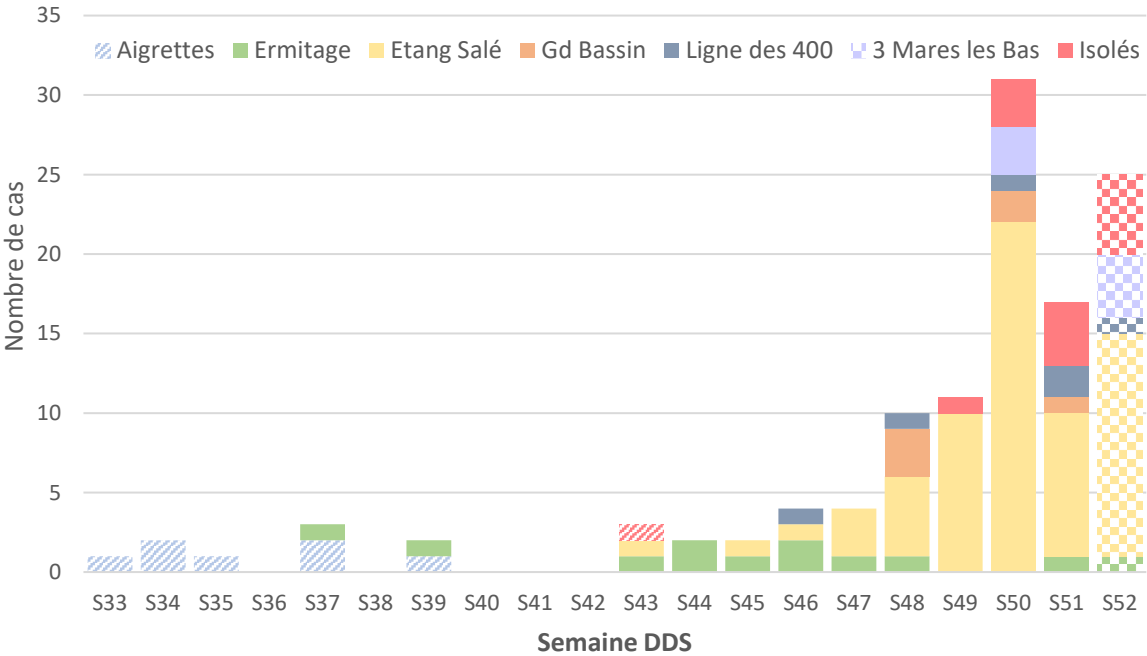
Tableau 1. Nombre de cas totaux par foyer actif

Ermitage	Etang Salé	Grand Bassin	Ligne des 400	3 Mares les Bas
12	66	6	6	7

Le service de lutte-anti vectorielle de l'ARS a déployé ses mesures de gestion autour de l'ensemble des cas. Cependant, on observe que la circulation du chikungunya s'intensifie sur le territoire et continue à se disperser. Cette dispersion se manifeste par une plus grande difficulté à rattacher des cas à un foyer connu (augmentation des « cas isolés »), témoignant d'une circulation qui se propage.

À ce jour, l'impact sanitaire demeure relativement faible, aucune hospitalisation n'ayant été déclarée.

Figure 1. Courbe des cas confirmés de chikungunya par semaine de début des signes, La Réunion, S33 à S52/2024 (non consolidée)



- Les cas hachurés correspondent au foyer et cas n'ayant pas entraînés de cas secondaires et considérés comme éteints.
- Un cas peut être rattaché à un foyer distinct de son lieu d'habitation mais qui correspond à son lieu de contamination

Analyse de risque

Dans ce contexte de circulation autochtone de chikungunya et de dengue, le personnel médical est invité à prescrire le plus rapidement après le début de symptômes une analyse biologique permettant la confirmation ou l'infirmerie du diagnostic chez tout patient qui présenterait un syndrome pseudo-grippal (avec ou sans douleurs articulaires). Seule la PCR (à réaliser jusqu'à J7) permet un diagnostic de confirmation rapide.

Retrouvez toutes les informations utiles sur l'épidémiologie, la clinique, la biologie, la confirmation et la déclaration des cas dans [Le Point Sur le chikungunya](#).

Préconisations

DIAGNOSTIC

Après plusieurs vagues épidémiques de dengue et devant la faible sensibilité des IgM isolées, les **résultats des sérologies sont difficiles à interpréter**.

Dès lors, chez **les patients suspects***, la **PCR doit être effectuée le plus rapidement possible après l'apparition des symptômes** (virémie +/-7 jours). Dans le cas où une PCR n'est pas réalisable (> J7) et qu'une **sérologie** est réalisée, celle-ci doit être **nécessairement suivie d'une seconde analyse à J14** de la DDS.

** Cas suspect : fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ associée ou non à des céphalées, des douleurs musculaires et/ou articulaires, des nausées/vomissements et un rash cutané en l'absence de tout autre point d'appel infectieux (ICD-10, Version 2016).*

TRAITEMENT

Il est **symptomatique** : la douleur et la fièvre peuvent être traitées par du **paracétamol** (attention cependant à une consommation trop importante pouvant altérer la fonction hépatique déjà possiblement altérée par la dengue elle-même). En aucun cas, **l'aspirine, l'ibuprofène ou d'autres AINS ne doivent être prescrits**.

Le maintien d'une hydratation correcte est crucial afin de prévenir l'hypovolémie (au pronostic défavorable). En présence de difficultés d'hydratation ou d'antécédents, une **évaluation quotidienne** peut s'avérer nécessaire pour une prise de paramètres, et **éventuellement** poser une **perfusion**.

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Devant un syndrome dengue-like, la leptospirose ou d'autres pathologies bactériennes (endocardite, typhus murin, fièvre Q...), doivent aussi être considérées.

Au retour de zones où ces pathologies sont présentes le paludisme doit également être envisagé.

PREVENTION

En l'absence de vaccin actuellement disponible à la Réunion, la **prévention** repose sur **l'élimination des déchets et eaux stagnantes** (potentiellement gîtes larvaires) ou la **prévention des piqûres** (vêtements longs, répulsifs, moustiquaires).

Remerciements

Santé publique France remercie le réseau d'acteurs sur lequel il s'appuie pour assurer la surveillance de la dengue : médecine libérale et le réseau de médecins sentinelles ; services d'urgences et l'ensemble des praticiens hospitaliers impliqués dans la surveillance, les laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville et le service de Lutte anti-vectorielle de l'ARS.

Rédaction : Muriel Vincent

Pour nous citer : Surveillance sanitaire. Bulletin épidémiologique Arboviroses. Édition La Réunion. 31 décembre 2024.
Saint-Maurice : Santé publique France, 4 p, 2024.

Directrice de publication : Caroline Semaille

Dépôt légal : 31/12/2024

Contact : oceanindien@santepubliquefrance.fr

Partenaires

