

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 tenue 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.