

Chikungunya à la Réunion

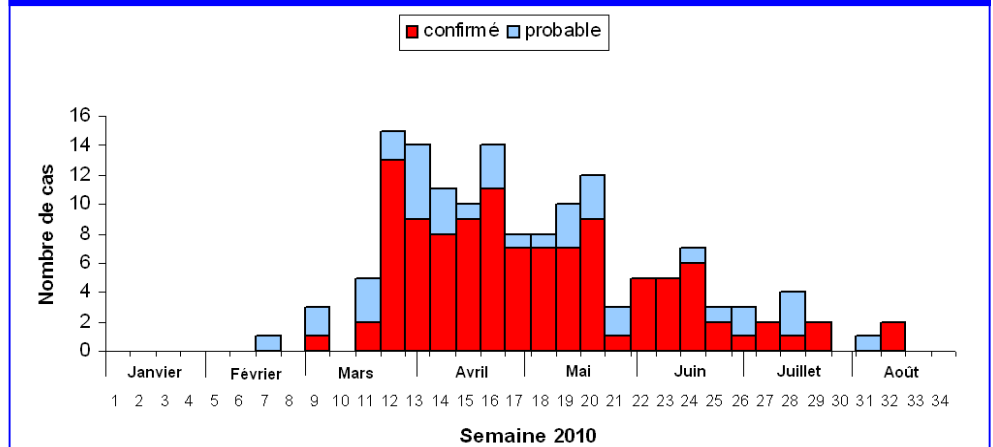
Point épidémiologique - N° 60 au 2 septembre 2010

| Contexte et surveillance épidémiologique |

L'identification d'un cas de chikungunya autochtone, confirmé biologiquement le 28 mars 2010 et dont les premiers symptômes dataient du 22 mars, a justifié l'émission d'une alerte à la Réunion et entraîné un renforcement immédiat de la surveillance. Aucun cas autochtone n'avait été rapporté depuis l'épidémie de 2005-2006, hormis un petit foyer de 5 cas en août 2009 (commune de Saint-Paul). La surveillance renforcée a permis d'identifier rétrospectivement deux autres cas : un premier cas confirmé par séroconversion avec une date de début des signes au 4 mars et un cas probable au 21 février.

Au 1^{er} septembre 2010, **148 cas autochtones** ont été identifiés, dont 110 confirmés et 38 probables (cf. définition de cas en page 2).

Figure 1 : Courbe épidémique hebdomadaire des cas autochtones de chikungunya selon la date de début des signes (n=148), la Réunion, du 01/01/10 au 01/09/10

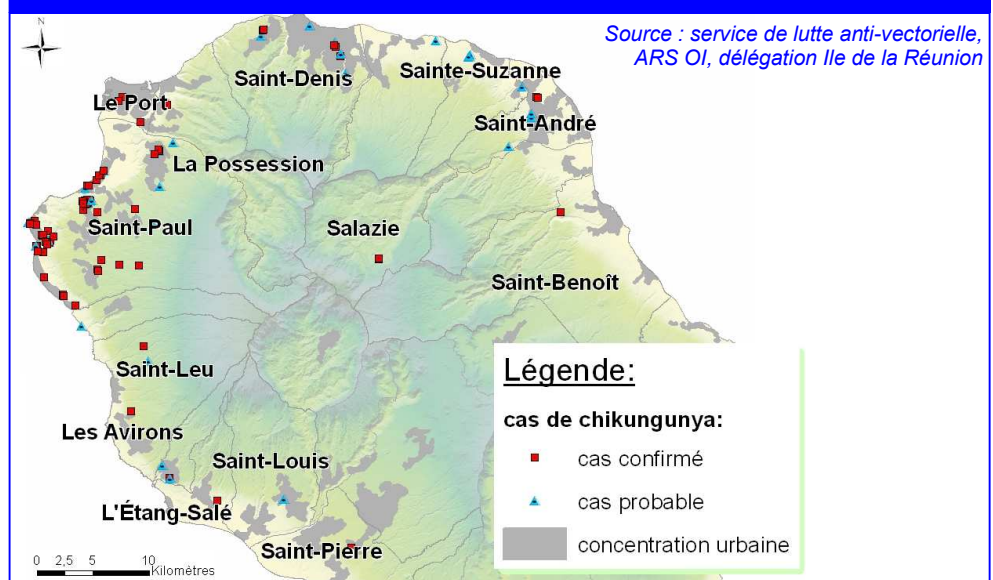


Le nombre hebdomadaire de cas confirmés a augmenté à partir de la fin mars (semaine 12) et s'est stabilisé autour d'une dizaine de cas jusqu'à la semaine 20 (Figure 1). Il a ensuite commencé à diminuer progressivement. A partir de la fin juin (semaine 25), le nombre de cas s'est situé à un faible niveau hebdomadaire (entre 2 et 3 cas confirmés).

Cependant, bien qu'ayant fortement diminué, la transmission s'est maintenue durant l'hiver austral (juillet-août) et 2 nouveaux cas récents survenus à la mi-août ont été identifiés dans la commune de Saint-Paul. Des cas suspects signalés par des médecins libéraux sont également en cours d'investigation et de confirmation biologique, toujours dans la commune de Saint-Paul.

La Figure 2 présente la répartition par lieu de résidence des cas autochtones de chikungunya résidant à la Réunion et survenus entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} septembre 2010. Cinq cas sont survenus chez des touristes résidant en métropole et ne sont pas représentés sur cette carte.

Figure 2 : Cas autochtones de chikungunya par lieu de résidence, la Réunion, au 01/09/10 (n=143)



Chikungunya Autochtone
110 cas confirmés
38 cas probables

Circulation autochtone persistante du virus malgré l'hiver austral

Chikungunya Importé
7 cas importés de Madagascar, de Bali et d'Indonésie

REMERCIEMENTS

Nous remercions les agents de la lutte anti-vectorielle (LAV), les biologistes des laboratoires, (locaux, métropolitains et hospitaliers), le CNR des arbovirus (Institut Pasteur, Paris) et l'ensemble des médecins de l'île pour leur participation à la surveillance et au recueil des données.

Directeur de la publication :
Dr Françoise Weber, Directrice Générale de l'InVS

Rédacteur en chef :
Laurent Filleul, Coordonnateur de la Cire Océan Indien

Comité de rédaction :
Cire Océan Indien
Lydéric Aubert
Elsa Balleydier
Noémie Baroux
Elise Brotte
Agnès Cadivel
Yasmine Hafizou
Sophie Larrieu
Dr Tinne Lernout
Emilie Maltaverne
Dr Philippe Renault
Jean-Louis Solet
Pascal Vilain

Diffusion
Cire Océan Indien
2 bis, Av. G. Brassens
97400 Saint Denis La Réunion
Tél. : 262 (0)2 62 93 94 24
Fax : 262 (0)2 62 93 94 57

<http://www.invs.sante.fr>
<http://ars.ocean-indien.sante.fr/La-Cellule-de-l-InVS-en-Region.88881.0.html>

Si vous souhaitez faire partie de la liste de diffusion des points épidémiologiques, envoyez un mail à :
Ars-oi-cire@ars.sante.fr

Le foyer principal de transmission virale a été identifié à Plateau Caillou, dans la commune de Saint-Paul, entre la semaine 7 et la semaine 18. Quelques cas sporadiques ont été identifiés en dehors de la commune de Saint-Paul mais n'ont pas donné lieu à d'autres foyers épidémiques.

Des cas importés probables et confirmés (5 de Madagascar et 2 de Bali et d'Indonésie) ont également été identifiés.

La transmission du virus chikungunya s'est donc poursuivie à un faible niveau durant l'hiver austral et des cas suspects continuent d'être signalés dans l'Ouest de l'île. La persistance de cette circulation virale locale et l'arrivée de l'été austral et de conditions de température et de pluviométrie favorables au développement des moustiques peuvent laisser craindre une recrudescence du nombre de cas de chikungunya sur l'île au cours des mois à venir.

Par ailleurs, cet épisode lié à une souche virale importée de Madagascar montre qu'il convient de considérer le risque d'introduction d'une souche importée pouvant donner lieu à l'installation d'un cycle de transmission locale.

La Réunion est particulièrement vulnérable aux risques liés aux maladies transmises par les moustiques de par une densité vectorielle constamment suffisante pour permettre une transmission virale locale, voire un départ épidémique. Il faut donc rester très vigilant vis-à-vis du chikungunya, de la dengue (actuellement en recrudescence en Asie du Sud-Est et en Amérique et circulant à Mayotte) et du risque d'introduction d'autres arboviroses.

Recommandations à la population

Il convient de rappeler avec force l'importance d'adopter des comportements individuels visant à se **protéger des piqûres de moustique et de contribuer à la destruction des gîtes larvaires**. Ces conseils sont particulièrement importants pour les femmes enceintes, notamment en fin de grossesse, les nourrissons, les personnes âgées, les personnes atteintes de maladie chronique ou immunodéprimées ainsi que les personnes atteintes du chikungunya durant la semaine qui suit l'apparition des symptômes.

Recommandations aux médecins de l'île

Devant tout syndrome « dengue-like¹ » chez un patient ayant voyagé ou non, prescrire une confirmation biologique chikungunya et dengue:

- si les signes évoluent depuis 5 jours au plus, prescrire RT-PCR ET sérologie IgM et IgG chikungunya ET dengue.
- et si les signes évoluent depuis plus de 5 jours : une sérologie IgM et IgG chikungunya et dengue (renouvelée 15 jours plus tard)

¹ **Syndrome « dengue-like »** : Tout patient présentant les symptômes suivants :
Fièvre d'apparition brutale (>38.5°C) **AVEC** association de un ou plusieurs symptômes non spécifiques suivants : douleurs musculo-articulaires, manifestations hémorragiques, céphalées frontales, asthénie, signes digestifs, douleur rétro-orbitaire, éruption maculo-papuleuse **ET** en l'absence de tout autre point d'appel infectieux

Par ailleurs, si vous suspectez **un cas clinique fortement évocateur d'infection récente par le virus chikungunya** (sans antécédent de chikungunya durant l'épidémie de 2005-2006), merci de le signaler sans attendre la confirmation biologique à la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire de l'Agence de Santé de l'Océan Indien :

- par fax : 02 62 93 94 56
- par téléphone : 02 62 93 94 15
- par mail : ars-oi-cvags-reunion@ars.sante.fr

en précisant le nom, prénom, date de naissance, adresse précise, téléphone, et les confirmations biologiques prescrites. Ce signalement permettra une intervention rapide des services de lutte anti-vectorielle chez le patient et dans son entourage pour limiter une éventuelle propagation du virus.

Rappel : définitions de cas de chikungunya

Cas confirmé : présence d'un des critères virologiques ou sérologiques suivants :

- isolement viral.
- mise en évidence du génome viral par RT-PCR.
- séroconversion ou augmentation récente du titre des IgG ≥ 4 fois sur 2 sérums prélevés à 2 semaines d'intervalle minimum

Cas probable : personne présentant un syndrome dengue-like¹ ET des IgM chikungunya limites ou positives.

Cas importé : personne ayant voyagé dans une zone endémique ou épidémique de dengue ou de chikungunya et dont le délai entre la date d'arrivée à la Réunion et le début des signes est ≤ 7 jours. Dans le cas contraire, il s'agit d'un cas autochtone.