

Chikungunya à la Réunion

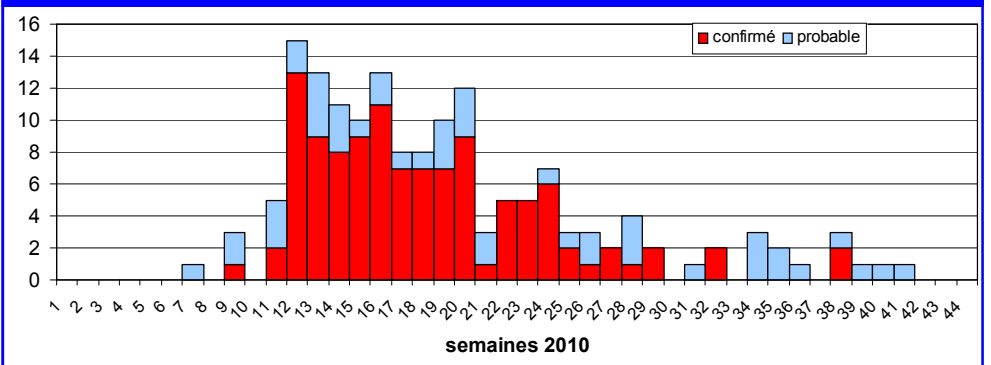
Point épidémiologique - N° 76 au 9 novembre 2010

Contexte et surveillance épidémiologique

Aucun cas autochtone n'avait été rapporté depuis l'épidémie de 2005-2006, hormis un foyer limité de 5 cas en août 2009 (commune de Saint-Paul). L'identification d'un cas autochtone de chikungunya, 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. Cette 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 7 novembre 2010, **158 cas autochtones** ont été identifiés, dont 112 confirmés et 46 probables (cf. définition de cas en page 2).

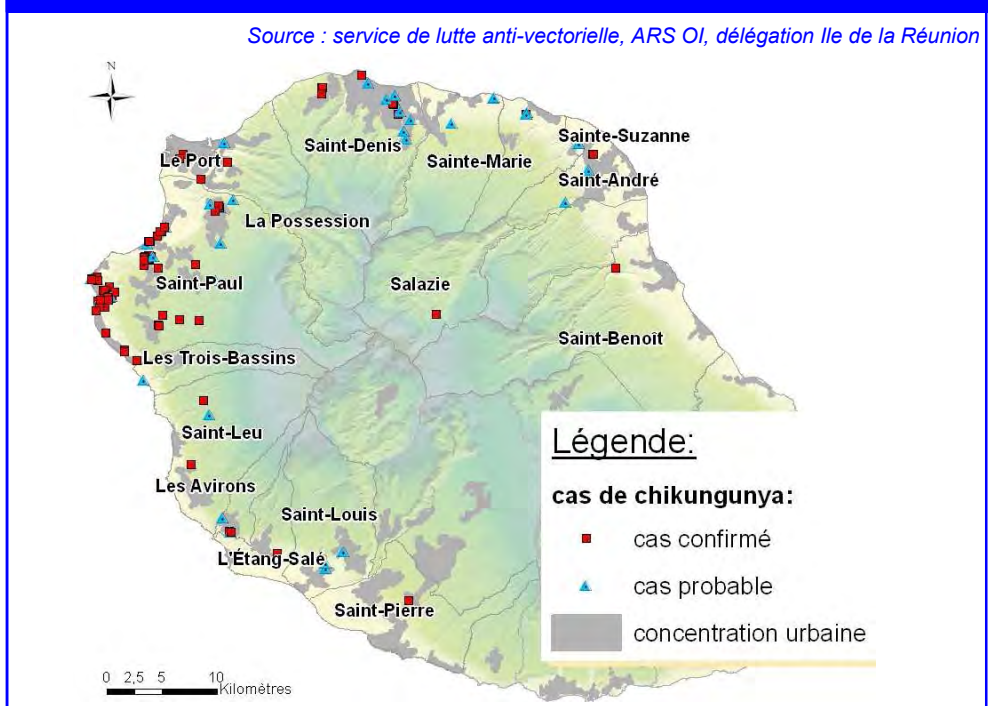
Figure 1 : Courbe épidémique hebdomadaire des cas autochtones de chikungunya selon la date de début des signes (n=158), la Réunion, du 01/01/10 au 07/11/10



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 mi mai (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. Néanmoins la transmission ne s'est pas arrêtée avec l'arrivée de l'hiver austral mais s'est poursuivie à un plus faible niveau. Actuellement, l'identification de nouveaux cas probables, semble indiquer que la transmission autochtone se maintient à bas bruit.

La Figure 2 présente la répartition par lieu de résidence des cas autochtones de chikungunya résidents à la Réunion et identifiés entre le 1^{er} janvier et le 7 novembre 2010 (5 cas sont survenus chez des touristes métropolitains et n'apparaissent pas sur cette cartographie)

Figure 2 : Cas autochtones de chikungunya par lieu de résidence, la Réunion, au 07/11/10 (n=153)



Du 01/01 au 07/11/2010

Chikungunya Autochtone

112 cas confirmés
46 cas probables

Circulation persistante à bas bruit du virus sur l'île

Chikungunya Importé

8 cas importés de Madagascar, de Bali et d'Indonésie

| REMERCIEMENTS |

Nous remercions les agents de la lutte anti-vectorielle (LAV), les biologistes des laboratoires de l'île, privés et hospitaliers (CHR-FG et CHR-GHSR) ainsi que les laboratoires métropolitains Cerba et Biomnis, 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
Sophie Larrieu
Dr Tinne Lernout
Pierre Magnin
Isabelle Mathieu
Jean-Louis Solet
Pascal Vilain

Diffusion
Cire Océan Indien
2 bis avenue Georges Brassens
CS 60050 - 97408 Saint Denis Cedex 9
Tél. : 262 (0)2 62 93 94 24

<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

| Perspectives |

La transmission autochtone du virus chikungunya semble se poursuivre à bas bruit. Les moustiques sont présents toute l'année sur l'île en nombre suffisant pour permettre un départ épidémique. L'arrivée de la saison estivale est encore plus favorable à leur développement avec des conditions de température et de pluviométrie idéales.

Le fait que le virus chikungunya circule toujours sur l'île, associée à cette pression vectorielle constante et en augmentation saisonnière, peut laisser craindre **une recrudescence du nombre de cas de chikungunya sur l'île au cours des semaines à venir.**

De plus, la Réunion est sous la **menace constante du risque de ré-introduction de virus** depuis une zone de circulation active (épidémies signalées actuellement en Inde, en Chine et cas sporadiques à Madagascar). Pour rappel, l'hypothèse la plus probable pouvant expliquer le foyer de Saint-Gilles en 2009 et de Plateau Caillou en 2010 est la ré-introduction du virus par une ou plusieurs personnes revenues virémiques de Madagascar.

| 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 ou moins :

=> prescrire **RT-PCR ET sérologie (IgM et IgG) chikungunya ET dengue.**

Et si RT-PCR négative, mais IgM positives ou limites, renouveler la sérologie (IgM+IgG) 15 jours plus tard

Si les signes évoluent depuis plus de 5 jours :

=> prescrire **sérologie (IgM et IgG) chikungunya et dengue**

Et si IgM positives ou limites, renouveler la sérologie (IgM+IgG) 15 jours plus tard

Devant **un cas clinique fortement évocateur d'infection récente par le virus chikungunya** (sans antécédent de chikungunya durant l'épidémie de 2005-2006), nous vous invitons à le **signaler sans attendre la confirmation biologique** à la Cire OI :

- par fax : 02 62 93 94 57
- par téléphone : 02 62 93 94 22
- par mail : ars-oi-cire@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 \leq à 7 jours. Dans le cas contraire, il s'agit d'un cas autochtone.

¹ **Syndrome « dengue-like »** : Tout patient présentant les symptômes suivants :
Fièvre d'apparition brutale ($>38.5^{\circ}\text{C}$) **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