

Epidémiologie

Le **chikungunya** est une maladie causée par un virus à ARN du même nom (genre alphavirus). Il est transmis à l'homme par les **moustiques du genre Aedes**.

Depuis sa première identification en Tanzanie en 1952, des **épidémies de chikungunya ont été signalées dans plus de 60 pays** à travers l'Afrique, l'Asie, l'Europe, l'Océanie et les Amériques [1].

Depuis 2023, une recrudescence est observée en Amérique latine.

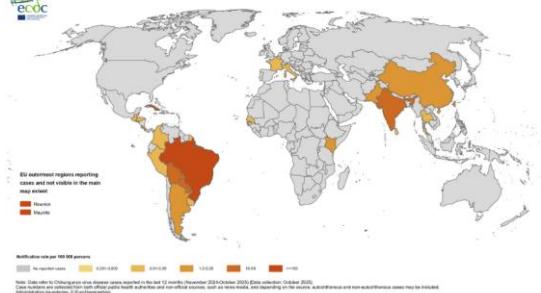


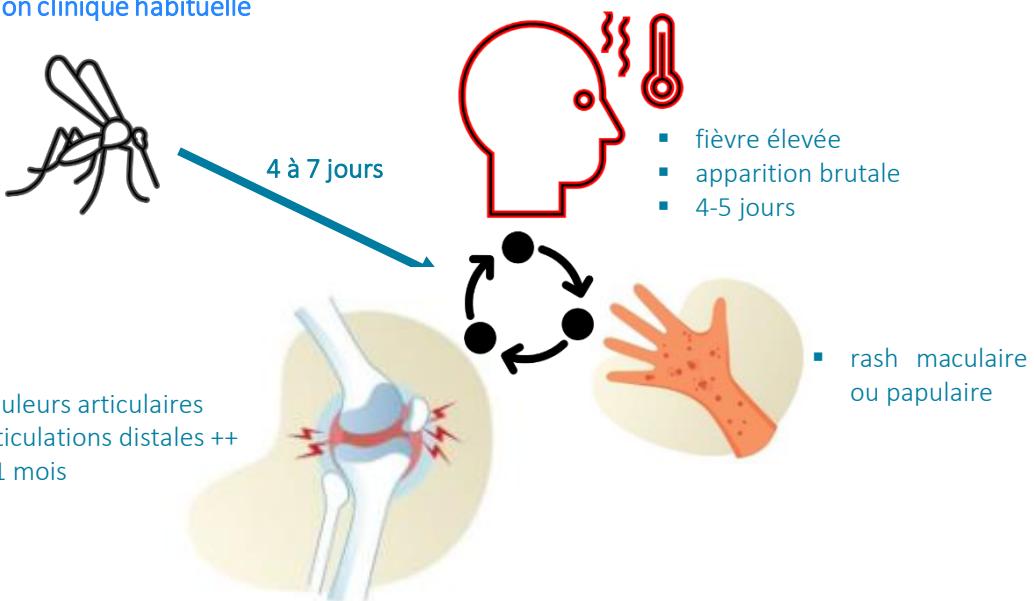
Figure 1 : Taux de notification (/100 000 habitants) des cas de Chikungunya à travers le monde (Novembre 2024-Octobre 2025, ECDC)

En 2025, plus de 450 000 cas de chikungunya et 146 décès ont été signalés dans le monde dont une majorité en Amérique du sud. Des cas ont été rapportés en Asie (en baisse par rapport à 2024) et également en Afrique (en hausse par rapport à 2024).

A la Réunion, la vaste épidémie qui a touché l'île en 2005/2006 (38% de la population affectée) [2] a été suivie d'une absence de circulation autochtone entre 2010 et 2024. Après un 1^{er} cas autochtone fin août 2024 et une circulation à bas bruit jusque la fin de l'hiver, une **épidémie massive** a ensuite touché l'île tout au long de l'été 2025 [3]. Une étude de séroprévalence menée à la fin de l'épidémie révèle que l'**immunité collective** est à présent de **66% dans le territoire** [4]. Cette épidémie a été responsable, à partir de cas importés d'une circulation d'ampleur inédite en France hexagonale [5].

Manifestations cliniques

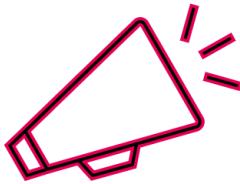
Présentation clinique habituelle



Au-delà de cette triade (fièvre + rash + douleurs articulaires), la maladie est généralement bénigne [2, 6].

- Des **conjonctivites** sont fréquemment décrites
 - La **périmicrite auriculaire** est caractéristique
 - La part d'**infections asymptomatiques** est estimée à moins de **30%**
 - La **biologie est généralement peu perturbée**, cependant une lymphopénie modérée ($< 1\ 000/\text{m}^3$) est parfois observée ainsi qu'une **élévation de la CRP**
 - La **letalité est très faible** (1/1000) et concerne pour la plupart des personnes comorbides
 - L'infection est considérée comme **immunisante**

On observe cependant plusieurs types de complications potentielles



Atteintes articulaires chroniques [7]

- Plusieurs mois voire plusieurs années après l'infection (fréquences variables selon les lignages)
- Réaction inflammatoire
- Associé à une fatigue qui peut être intense
- Lien avec l'âge au moment de l'infection, le sexe féminin, la charge virale, l'intensité des douleurs articulaires à la phase aiguë et les antécédents d'arthrose

Des complications neurologiques [8]

- Rares mais potentiellement sévères
- Encéphalopathies ou des encéphalomyélites disséminées
- Ages extrêmes de la vie
- Comorbidités associées

Des atteintes ophthalmiques

- Névrites optiques
- Uvètes ou rétinites (rares)

- Des décompensations de pathologies préexistantes

Des infections congénitales [9]

- Très rare pendant la grossesse
- Jusque 50% de risque si mère virémique au péripartum
- Symptômes rapportés : fièvre, douleurs, léthargie, troubles de succion, sepsis, œdèmes, encéphalopathie
- Persistante potentielle de troubles cognitifs à long terme chez les nouveau-nés avec troubles neurologiques

Diagnostic

Pour tout cas suspect*, la PCR doit être effectuée le plus rapidement possible après l'apparition des symptômes (virémie +/-8 jours).

La présence d'IgM isolées doit impérativement conduire à un 2nd prélèvement pour confirmation, au minimum 10 jours après le premier pour détecter une séroconversion (apparition IgG). En effet, les réactions croisées sont très fréquentes et des IgM seules sont ininterprétables.



La présence d'IgG précoces et isolées exclut une infection récente, le chikungunya étant une pathologie immunisante.

En présence d'un syndrome dengue-like, la dengue, la leptospirose ou d'autres pathologies bactériennes doivent être considérées (typhus murin, fièvre Q, ...). Au retour de zones où ces pathologies sont présentes le paludisme, ou le Zika doivent également être envisagés.

* Cas suspect : fièvre souvent élevée et d'installation brutale associée à des douleurs articulaires parfois intenses touchant le plus souvent les membres distaux. Possibilité de douleurs musculaires, de maux de tête et d'un rash maculo-papuleux

Préconisations

Traitement

- Symptomatique : repos, hydratation orale, usage d'antalgiques et d'antipyrétiques. Eviter les AINS en phase initiale

L'hospitalisation peut être envisagée pour certains patients comorbes, chez qui la douleur ne peut être contrôlée ou qui présentent une forme atypique ainsi que chez les nouveaux-nés

Prévention

- Un vaccin vivant atténué a été approuvé par l'agence européenne du médicament en juin 2024. Les recommandations d'usage en France sont accessibles ici ([HAS](#))
- Elimination des déchets, eaux stagnantes
- Prévention des piqûres de moustiques. Elle est essentielle pendant la virémie

En cas de besoin, des infectiologues sont disponibles pour avis, du lundi au vendredi de 9h à 17h

CHU Réunion: site Nord : 02 62 90 60 54/site Sud : 02 62 91 47 50

CHOR : 02 62 74 23 51

Signalement des cas

Le chikungunya est une maladie à déclaration obligatoire. A la Réunion, les cas positifs sont déclarés par les laboratoires de biologie médicale à l'autorité sanitaire régionale (ARS Réunion). Pour toute question relevant de la [gestion des cas](#), la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaires (CVAGS) doit être contactée au 0262 93 94 15 ou ars-reunion-signal@ars.sante.fr

Toute situation particulière (recrudescence inhabituelle, regroupement de cas, forme clinique particulière,...) doit être signalée à la cellule régionale de Santé publique France (oceanindien@santepubliquefrance.fr) en charge de la surveillance épidémiologique, de la caractérisation des cas et des potentielles formes atypiques.

Liens utiles - Bibliographie

[1] ECDC, Chikungunya worldwide overview

[2] BEH thématique 38-39-40 / 21 octobre 2008

[3] Bilan surveillance Réunion [Ici](#)

[4] Résultats étude séroprévalence [Ici](#)

[5] Bilan surveillance France [Ici](#)

[6] Nat Rev Dis Primers. 2023 Apr 6;9(1):17

[7] Trans R Soc Trop Med Hyg 2018 Jul 1;112 (7): 301-316

[8] Rev Med Virol. 2018 May;28(3):e1978

[9] PlosOne, 2021 Apr 23; 16(4)

En collaboration avec

