

À La Réunion, le diagnostic de dengue, de leptospirose ou de chikungunya doit être évoqué devant tout syndrome dengue-like (fièvre élevée d'installation souvent brutale, associée à des céphalées, des douleurs musculaires et/ou articulaires et/ou à un rash cutané). Les diagnostics différentiels¹ de typhus murin², de fièvre Q (d'étiologie bactérienne...) ou de Covid-19 et de grippe (d'étiologie virale), la possibilité de co-infection ou encore les pathologies d'importation (si notion de voyage) telles que le paludisme ou le zika doivent être considérés.

	LEPTOSPIROSE	DENGUE	CHIKUNGUNYA
	diagnostic et prise en charge = priorité , tout retard peut s'avérer préjudiciable		
Epidémiologie	<p>Bactéries (ordre des spirochètes)</p> <p>Transmission par contact avec des animaux infectés, ou contact de la peau, des muqueuses avec de l'eau, des végétaux ou des sols humides contaminés par des urines d'animaux réservoirs (<i>rongeurs, chiens, bovins, porcs, nouveaux animaux de compagnie, etc...</i>)</p> <p>Dans le monde : Zoonose de répartition mondiale à dominante tropicale. Estimation de 1 millions de cas par an et 60 000 décès, incidence en augmentation</p> <p>A La Réunion : Endémique toute l'année avec une recrudescence saisonnière lors de la saison des pluies (8 cas/10 entre janvier et juin), lorsque les conditions climatiques sont favorables à la persistance de la bactérie dans l'eau douce et milieux humides.</p> <p>Incidence en augmentation depuis 2015 (41 cas) avec un maximum de cas en 2024 (295 cas avec prédominance masculine (95% cas) ; âge médian 54 ans (min=9;max=86) ; 62% des cas hospitalisés, 26% des cas hospitalisés en services de soins critiques). De 0 à 6 décès selon les années.</p> <p>Deux espèces majoritaires : <i>L. interrogans</i> (dont le rat est le principal réservoir) et <i>L. borgpetersenii</i> (travaux de recherche en cours pour identifier le ou les réservoirs en cause)</p> <p>Expositions à risques (professionnelles ou loisirs) : majoritairement activités au contact de l'eau, de la boue, d'environnement humide contaminés ou à des animaux contaminés .</p> <p><u>Prévention individuelle</u> : Porter des équipements de protection individuelle (EPI) adaptés lors <u>d'activités à risque</u> / Limiter ou reporter les baignades en eau trouble ou boueuse surtout après les pluies / Eviter de marcher pieds-nus ou en sandales ouvertes sur un sol boueux, dans les flaques, eaux stagnantes, ravinées .. / Protéger les plaies par des pansements étanches et les nettoyer à l'eau propre et savon et les désinfecter après l'activité / Consultation médicale en cas de symptômes dans les 3 semaines après la ou les activités à risque</p> <p>Vaccination : efficace contre <i>L. interrogans</i> (<50% des cas) ; justifiée lors de conditions d'exposition majeure et/ou permanente, essentiellement en milieu professionnel ; indication posée par le médecin au cas par cas après évaluation individuelle du risque ; ne dispense en aucun cas du port des EPI. Jusqu'ici proposé à certaines professions à risque via les services de santé au travail, la prise en charge du <u>vaccin</u>* contre la leptospirose est désormais élargi à La Réunion à l'ensemble des personnes exposées et se réalise dans <u>les centres de vaccination au CHU</u></p> <p><i>*Par les services de santé au travail pour les travailleurs exposés (se renseigner directement auprès de son médecin référent) ; par la CGSS (à titre dérogatoire) pour les autres catégories de personnes exposées.</i></p>	<p>Virus à ARN de la famille des Flaviviridae, genre flavivirus</p> <p>4 sérotypes : DENV1 à DENV4</p> <p>Protection homologue de très longue durée, mais protection hétérologue courte jusqu'à la 2ème infection</p> <p>Majoration du risque de sévérité pour les formes secondaires</p> <p>Transmission par la piqûre du moustique du genre Aedes (aussi par transfusion sanguine, greffon ou par voie transplacentaire).</p> <p>Dans le monde : En progression dans le monde depuis les années 50.</p> <p>Arbovirose la plus fréquente.</p> <p>Recrudescence majeure depuis 2023 (Amérique latine surtout)</p> <p>A La Réunion : Circulation virale ininterrompue depuis 2017 avec 4 vagues épidémiques majeures entre 2018 et 2021. Depuis 2022, circulation à bas bruit, malgré une petite épidémie localisée (sud) en 2024.</p> <p>Présence majoritaire du DENV2 (alternance majoritaire DENV1/DENV2) et exclusive en 2025.</p> <p>Tendance à la hausse des formes sévères en lien avec les formes secondaires (surtout en 2021)</p> <p>Prévention des piqûres de moustiques (essentielle pendant la virémie)</p> <p>Elimination des gîtes larvaires (déchets, eaux stagnantes)</p> <p>La Haute autorité de santé a publié en décembre 2024 des <u>recommandations</u> concernant la stratégie de vaccination contre la dengue dans les Outre-mer. Le vaccin Qdenga® est disponible à La Réunion mais non remboursé.</p>	<p>Virus à ARN de la famille des Togaviridae, genre alphavirus</p> <p>Plusieurs lignages</p> <p>Affection immunisante</p> <p>Transmission par la piqûre du moustique du genre Aedes (aussi par voie transplacentaire essentiellement lorsque la mère est infectée en péri-partum).</p> <p>Dans le monde : Première identification en Tanzanie en 1952</p> <p>Epidémies depuis lors signalées dans plus de 60 pays à travers l'Afrique, l'Asie, l'Europe, l'Océanie et les Amériques</p> <p>Recrudescence importante depuis 2023 (Amérique latine surtout mais cas signalés également en Asie)</p> <p>A la Réunion : épidémie majeure en 2005-2006 (séroprévalence à 38,2% soit environ 300 000 personnes infectées avec une létalité faible).</p> <p>Absence de circulation autochtone entre 2010 et 2024. Identification d'un cas autochtone à l'hiver 2024 puis circulation limitée jusque la fin de l'année. Propagation rapide avec l'arrivée de l'été et épidémie majeure en 2025. Immunité post-épidémie supérieure à 60% (<u>Ici</u>)</p> <p>Prévention des piqûres de moustiques (essentielle pendant la virémie)</p> <p>Elimination des gîtes larvaires (déchets, eaux stagnantes)</p> <p>Vaccin disposant d'une AMM Européenne. Recommandations HAS disponibles (<u>Ici</u>)</p>

Clinique	<p>Incubation 4 à 14 jours (min=3 ; max=30)</p> <p>Polymorphisme</p> <p>Phase initiale : fièvre élevée d'apparition brutale, frissons, myalgies asthénie, céphalées, troubles digestifs, syndrome méningé, suffusion conjonctivale/conjonctivite, hémorragies sous-conjonctivales, éruption cutanée non spécifique....</p> <p>Vigilance si signes d'alerte : dyspnée sévère, anomalies auscultatoires, hémoptysies, hypotension, oligo-anurie, confusion, signes d'alerte biologique.</p> <p>Amélioration transitoire au 5^{ème} jour puis possibilité de complications systémiques avec atteinte viscérale isolée ou polyviscérale justifiant l'hospitalisation.</p> <p>Signes de sévérité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - hépatiques : ictère flamboyant, hémorragie - rénaux: insuffisance rénale aigue avec hypokaliémie - pulmonaires : hémoptysies, dyspnées sévères, SDRA - cardiaques: myocardite, troubles du rythme - neurologiques: syndrome méningé fébrile, encéphalite, - hémorragiques : épistaxis, pétéchies... <p>Facteur de risque de formes sévères : comorbidités hépatiques, rénales, respiratoires, immunosuppression, affections chroniques, polyopathologies...</p> <p>Taux de létalité : 5 à 35% dans les formes graves ; >10% si insuffisance rénale aigue ; > 50% si hémorragie pulmonaire</p> <p>Plusieurs infections possibles : immunité protectrice non durable et non protectrice contre les autres sérogroupes en cause</p>	<p>Incubation 4 à 10 jours</p> <p>Pathologie le plus souvent limitée à un syndrome pseudo-grippal (voir plus bas) spontanément résolutif mais dont le spectre clinique s'étend d'une forme asymptomatique à une atteinte systémique potentiellement mortelle</p> <p>Phase fébrile classique: 3 à 5 jours</p> <p>Fièvre élevée d'apparition brutale</p> <p>Douleurs rétro-orbitaires, musculaires et/ou articulaires</p> <p>Rash maculo-papulaire</p> <p>Asthénie intense</p> <p>Signes digestifs</p> <p>Evolution potentielle vers forme sévère avec défaillance d'organe et/ou hémorragies sévères et/ou choc</p> <p>Signes d'alerte à suivre : fièvre > 39,5°C au delà de J5, œdème, épanchement, douleurs abdominales intenses, vomissements persistants, léthargie ou agitation, saignements muqueux, hépatomégalie chez l'enfant, thrombopénie majeure (< 20 K/mm³), augmentation hémocrite > 10%</p> <p>Signes de sévérité : épanchement avec détresse respiratoire, troubles de la conscience (Glasgow < 7), signes hémorragiques majeurs, défaillance multiorganique, état de choc</p> <p>La dégradation clinique est souvent rapide (24 à 48h)</p> <p>Facteur de risque de formes sévères : diabète, obésité, pathologies cardiovasculaires, maladie rénale chronique, âges extrêmes de la vie, antécédents de dengue</p> <p>La létalité reste faible (0,1%) malgré une progression en 2024</p> <p>Des maculopathies post-infectieuses en lien avec le DENV1 ont été décrites à la Réunion. Elles surviennent généralement à J7 et touchent principalement des femmes.</p>	<p>Incubation 4 à 7 jours</p> <p>Pathologie la plupart du temps bénigne et spontanément résolutive</p> <p>Triade classique:</p> <p>Fièvre d'apparition brutale (durée 4-5 jours)</p> <p>Douleurs articulaires (distales ++) < 1 mois</p> <p>Rash maculaire ou papulaire</p> <p>Peu d'asymptomatiques</p> <p>Létalité faible (1/1000) et surtout chez sujets comorbides</p> <p>Complications possibles (!!!comorbidités) :</p> <p>Atteintes articulaires chroniques : durée de plusieurs mois voire plusieurs années. Réaction inflammatoire, fatigue 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 antécédents d'arthrose</p> <p>Complications neurologiques (rares mais sévères) : encéphalopathies ou des encéphalomyélites disséminées. Lien avec les âges extrêmes de la vie, les comorbidités associées</p> <p>Infections congénitales : très rare pendant la grossesse mais jusque 50% de risque si mère virémique au périmpartum.</p> <p>Chikungunya & pédiatrie : fièvre, douleurs (nécessitant parfois des antalgiques de palier 2 ou 3), léthargie, troubles de succion, sepsis, œdèmes, encéphalopathie. Persistance potentielle de troubles cognitifs à long terme chez les nouveau-nés avec atteintes neurologiques</p> <p>Décompensations de pathologies préexistantes (fréquentes +++ chez sujets âgés)</p> <p>Atteintes ophtalmiques : névrites optiques, uvéites ou rétinites (rares)</p>
Biologie	<p>Syndrome inflammatoire, thrombopénie, lymphopénie, hyper bilirubinémie conjuguée, augmentation des transaminases associée à une augmentation des CPK, insuffisance rénale et hématurie, leucocyturie, protéinurie, hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles</p> <p>En cas de leptospirose, la CRP est souvent plus élevée que pour la dengue —> aide au diagnostic différentiel (>50 mg/L)⁶</p>	<p>Thrombopénie (ou baisse plaquettaire si bio de référence), lymphopénie, augmentation des ASAT & ALAT, hémocrite élevée (ou augmentation >10% si une bio de référence)</p> <p>Par rapport à la leptospirose, la leucopénie est plus fréquente (+ lymphocytes réactionnels)</p>	<p>Biologie généralement peu perturbée.</p> <p>Possible lymphopénie modérée (< 1 000/m3) et élévation de la CRP (souvent entre 50 et 100 mg)</p>
Prise en charge	<p>Maladie à déclaration obligatoire</p> <p>*Antibiothérapie présomptive dès suspicion clinique et biologique et/ou épidémiologique (Amoxicilline 1g*3/jour ou Doxycycline 100mg*2/jour pendant 7 jours)</p> <p>* Recherche de signes d'alerte et/ou de sévérité (d'emblée, lors du suivi, par l'entourage) + réévaluation en consultation à 48h (selon évolution clinique et résultats biologiques)</p> <p>* Hospitalisation si forme sévère et/ou comorbidités</p>	<p>* Traitement symptomatique (Paracétamol) + importance cruciale de l'hydratation</p> <p>* Contre-indication des AINS</p> <p>* Vigilance si traitement anticoagulant et/ou antiagrégant</p> <p>* Recherche de signes d'alerte et/ou de sévérité (d'emblée, lors du suivi, par l'entourage) + réévaluation possible en consultation à 48h</p> <p>* Hospitalisation si forme sévère et/ou comorbidités</p>	<p>* Traitement symptomatique : repos, hydratation orale, usage d'antalgiques et d'antipyrétiques.</p> <p>* <u>Eviter les AINS en phase initiale</u></p> <p>* Hospitalisation possible si formes atypique, comorbidités, douleur incontrôlable, nouveau-nés) (Bilan hospitalisations 2025 : Lci)</p>
<p>Avis infectiologue Permanence (lundi au vendredi de 9h à 17h) CHU Réunion, Site Saint-Denis : 02 62 90 60 54 / CHU Réunion, Site Saint-Pierre : 02 62 91 47 50 / CHOR, Saint-Paul : 02 62 74 23 51</p>			