

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 articulaire 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) 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>A La Réunion : Des cas surviennent sur toute l'île et toute l'année (recrudescence saisonnière en saison des pluies entre janvier et mai, conditions climatiques favorables à la persistance de la bactérie dans milieux humides) Incidence en augmentation depuis 2015 avec 41 cas versus 284 à date en 2024.</p> <p>Hommes (90%) ; moyenne d'âge 51 ans ; 70% des cas hospitalisés, 25% hospitalisés en réanimation, de 0 à 5 décès selon les années Deux espèces majoritaires : <i>L. interrogans</i> (dont le rat est le principal réservoir pour <i>L. interrogans</i> SG1) sans expliquer à lui seul l'entière des contaminations) 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>Prévention individuelle : port d'équipements de protection adaptés lors d'activités à risque : - Travaux agricoles, jardinage, coupe de cannes/ananas/herbes, élevage ; nettoyages de cour/jardin/espaces verts /voiries : bottes, gants, cuissardes, vêtements de protection, voire lunettes anti-projections - Activités en eau douce : rafting, canyoning, kayak, baignade, pêche, randonnées et événements sportifs, triathlon, raid, course dans la boue...) : combinaison protectrice, des bottillons/bottes, gants - Éviter de se baigner dans l'eau trouble ou boueuse. - Éviter de marcher pieds-nus ou en sandales ouvertes sur un sol boueux, dans les flaques, eaux stagnantes, ravines ... - Protéger les plaies du contact de l'eau par des pansements étanches ; les nettoyer à l'eau propre et les désinfecter après l'activité</p> <p>Vaccination : efficace que contre une seule variété de leptospires ; 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 d'équipements de protection.</p> <p>Prévention collective : dératissage, gestion globale des déchets. maîtrise des populations animales, gestion des effluents des élevages, le drainage des zones inondées</p> | <p>Virus à ARN de la famille des Flaviviridae, genre flavivirus 4 sérotypes : DENV1 à DENV4 Protection homologue de très longue durée, mais protection hétérologue courte Majoration du risque de sévérité pour les formes secondaires 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. Arbovirose la plus fréquente. 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 recrudescence plus marquée en 2024. Présence majoritaire du DENV2 (alternance majoritaire DENV1/DENV2) Tendance à la hausse des formes sévères en lien avec les formes secondaires mais létalité reste faible (0,1%) malgré progression en 2024</p> <p>Prévention des piqûres de moustiques (essentielle pendant la virémie) Elimination des gîtes larvaires (déchets, eaux stagnantes) La Haute autorité de santé a publié en décembre 2024 des recommandations concernant la stratégie de vaccination contre la dengue dans les Outre mer</p> | <p>Virus à ARN de la famille des Togaviridae, genre alphavirus Plusieurs lignages Affection immunisante Transmission par la piqûre du moustique du genre Aedes (aussi par transfusion sanguine, greffon ou par voie transplacentaire au essentiellement en intra partum).</p> <p>Dans le monde Première identification en Tanzanie en 1952 Epidémies depuis lors signalées dans plus de 60 pays à travers l'Afrique, l'Asie, l'Europe, l'Océanie et les Amériques 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 très faible). Après une absence de circulation autochore depuis 2010, un cas autochtone a été rapporté dans l'ouest (Boucan Canot) fin août. Depuis lors, 3 foyers coexistent - 2 dans l'ouest et 1 dans le sud témoignant d'une dispersion virale couplée à une accélération de la transmission depuis la fin octobre. Au début de l'été austral 2024-25, les conditions sont donc propices à une épidémie de chikungunya.</p> <p>Prévention des piqûres de moustiques (essentielle pendant la virémie) Elimination des gîtes larvaires (déchets, eaux stagnantes) Vaccin disposant d'une AMM Européenne, n'ayant pas encore fait l'objet de recommandations par la HAS.</p> |

| | | | |
|-----------------|---|--|--|
| Clinique | <p>Incubation 4 à 14 jours (min=3 ; max=30) Polymorphisme 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>Incubation 4 à 10 jours 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>Incubation 4 à 7 jours Pathologie la plupart du temps bénigne et spontanément résolutive Triade classique: Fièvre d'apparition brutale (durée 4-5 jours) Douleurs articulaires (distales ++) < 1 mois Rash maculaire ou papulaire</p> |
| | Biologie | <p>Vigilance si signes d'alerte : dyspnée sévère, anomalies auscultatoires, hémoptysies, hypotension, oligo-anurie, confusion, signes d'alerte biologique (<i>ci-dessous</i>) 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"> - hépatique : ictère flamboyant, hémorragie - rénal : 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>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>Phase fébrile classique: 3 à 5 jours Fièvre élevée d'apparition brutale Douleurs rétro-orbitaires, musculaires et/ou articulaires Rash maculo-papulaire Asthénie intense Signes digestifs</p> <p>Evolution potentielle vers forme sévère avec défaillance d'organe et/ou hémorragies sévères et/ou choc 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 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>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>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> |
| Prise en charge | | <p>* Antibiothérapie présomptive dès suspicion clinique et biologique et/ou épidémiologique</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> |