

Epidémiologie

Le **chikungunya** est une maladie virale 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.

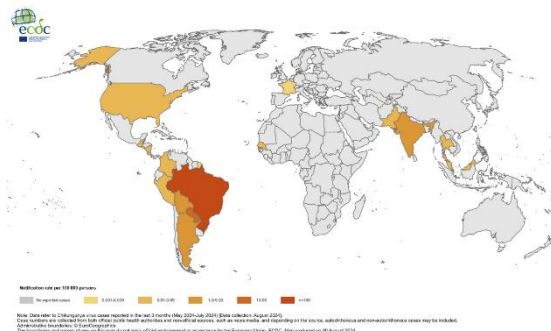


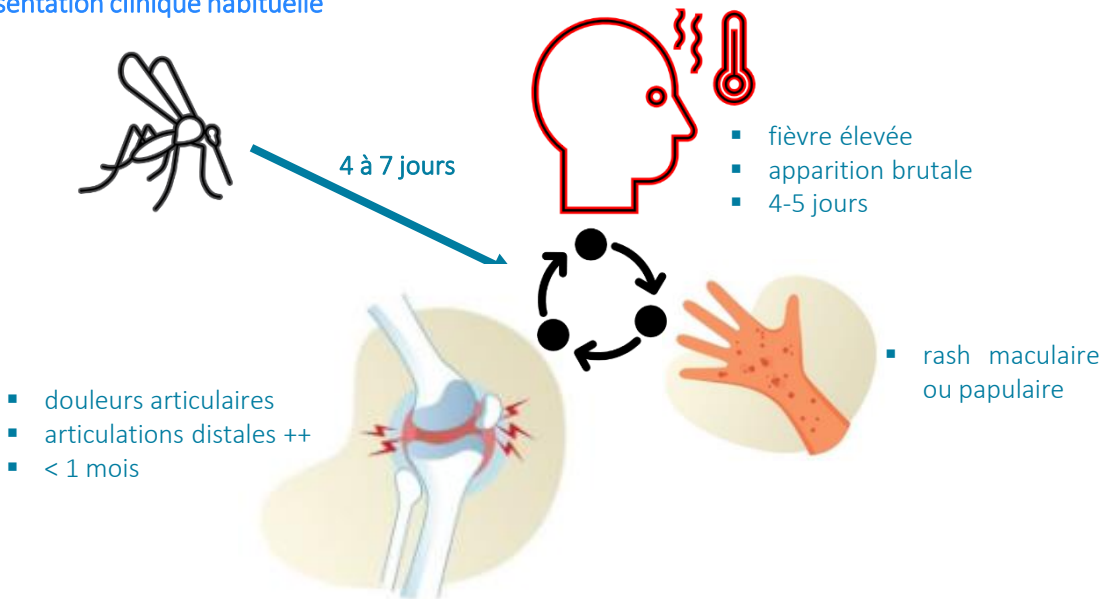
Figure 1 : Taux de notification (/100 000 habitants) des cas de Chikungunya à travers le monde (Mai-Juillet 2024, ECDC)

En 2024, près de 450 000 cas de chikungunya ont été signalés dans le monde, la plupart au **Brésil**, au Paraguay, en Argentine et en Bolivie. En **Asie**, **6 pays** ont déclaré des cas (le Pakistan l'Inde, le Timor Leste, la Malaisie, La Thaïlande et les Maldives). Le **Sénégal** rapporte **8 cas**. Par ailleurs, **9 cas importés de Côte d'Ivoire** ont été signalés à Santé publique France [2].

A la Réunion, une vaste épidémie, dont on estime qu'elle a causé plus de 250 000 cas, soit 38% de la population infectée, a touché l'île entre 2005 et 2006 [3]. Entre 2010 et 2024, aucun cas autochtone n'a été signalé jusqu'au mois d'août. Depuis la fin août 2024, un foyer de circulation virale (9 cas à date) est actif à Saint-Gilles-les-Bains.

Manifestations cliniques

Présentation clinique habituelle



Au-delà de cette triade (fièvre + rash + douleurs articulaires), la maladie est généralement bénigne [3, 4].

- Des **conjonctivites** sont fréquemment décrites
- La **périchondrite 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/m³) est parfois observée ainsi qu'une **élévation de la CRP**
- La **létalité 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 ^[5]

- 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** ^[6]

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

Des **atteintes ophtalmiques**

- Névrites optiques
- Uvéites ou rétinites (rares)

Des **infections congénitales** ^[7]

- 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**
- **Persistance potentielle de troubles cognitifs** à long terme chez les nouveau-nés avec troubles neurologiques

- Des **décompensations** de pathologies préexistantes

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

Délai écoulé depuis le début des signes

< 5 jours

RT-PCR

5-8 jours

RT-PCR
et sérologie

> 8 jours

sérologie

Préconisations

Traitement

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

L'hospitalisation peut être envisagée pour certains patients comorbides, 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. Il n'y a pas encore de recommandations d'utilisation en France (commission technique des vaccinations)
- **Élimination 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] SpF, surveillance des arboviroses <https://urlr.me/Tj1wb>

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

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

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

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

[7] PLoS One, 2021 Apr 23; 16(4)