



Quand suspecter un cas de dengue ?

- **Chez l'adulte et le grand enfant**, un cas suspect de dengue est défini par l'association au minimum de :
 - une fièvre élevée ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) de début brutal évoluant depuis moins de 8 jours
 - un syndrome algique avec céphalées, douleurs rétro-orbitaires, arthralgies/myalgies
 - en l'absence de tout autre point d'appel infectieux (ORL ou pulmonaire en particulier).
- **Chez le petit enfant ou le nourrisson**, la dengue doit être suspectée devant toute fièvre inexplicquée surtout en période épidémique. L'intolérance digestive est fréquente. En attendant la confirmation biologique, il faut envisager les autres pathologies nécessitant un traitement spécifique urgent (méningite, leptospirose, urgence chirurgicale abdominale...).

Évolution de la maladie

- **La période d'incubation** est habituellement de 5 à 7 jours.
- **La phase fébrile** dure en moyenne 4 jours (2 à 7 jours). Elle associe généralement des douleurs diffuses, une forte fièvre, des céphalées et des douleurs rétro-orbitaires. Un érythème généralisé précoce ou une éruption maculo-papulaire plus tardive (habituellement lors de la défervescence thermique) peuvent survenir. Des signes d'intolérance digestive peuvent entraîner une déshydratation et nécessiter une perfusion. Des hémorragies mineures peuvent survenir : elles ne sont pas un critère de sévérité. La NFS montre fréquemment une lymphopénie initiale, suivie d'une leucopénie ainsi qu'une thrombopénie ($<100\ 000\ \text{pl}/\text{mm}^3$).
- **La période critique** débute au 4^e et au 5^e jour de la maladie et va durer 2 à 3 jours. La plupart des patients vont évoluer vers la guérison qui est marquée par la défervescence et l'amélioration de l'état général. Certains patients vont au contraire subir une aggravation liée à la fuite plasmatique, conséquence d'une augmentation de la perméabilité capillaire. Il faut connaître les **signes d'alerte (encadré 1)** qui permettent de diagnostiquer cette évolution péjorative.
- **La dengue sévère** survient dans 1 à 10% des cas. Elle débute entre le 5^e et 8^e jour. Elle concerne essentiellement les enfants de moins de 15 ans. La fuite plasmatique entraîne un épanchement séreux intra-péritonéal, qui se manifeste par une douleur abdominale et/ou des vomissements persistants. Les signes associés sont une dyspnée et une intensification des céphalées. Des manifestations hémorragiques (test du tourniquet, purpura, épistaxis, gingivorragies, métrorragies...) peuvent survenir. Le pronostic est surtout lié au syndrome de choc qui fait la gravité de la maladie. Sur le plan biologique, on constate une hypoalbuminémie, une augmentation de l'hématocrite, une thrombopénie profonde, une cytolysé hépatique (**encadré 2**).

Diagnostic biologique

- **Bilan d'orientation**
Pour éliminer les autres causes de fièvre aiguë et évaluer la gravité du cas : NFS et plaquettes, CRP, ionogramme, transaminases, protidémie, bilirubine. Ce bilan doit être contrôlé en fonction de l'évolution clinique et biologique.
- **Confirmation biologique de la dengue**
La prescription du bilan doit OBLIGATOIREMENT être accompagnée d'éléments épidémiologiques et cliniques : symptômes, date de début des signes, date de retour de voyage, notion de cas isolé ou de cas groupés.

Tableau 1 : Indication et prise en charge des examens biologiques de confirmation

Situation épidémiologique	Prise en charge
◦ Hors épidémie, il est recommandé de confirmer le sérotype devant tout cas suspect (prélèvement sanguin sur tube sec) : <ul style="list-style-type: none">- de J0 à J7 : par RT-PCR- de J5 à J7 si PCR négative et forte suspicion clinique, ou après J7 : sérologie IgM/IgG	Hospitalisés : 100% Externes : <ul style="list-style-type: none">- 70% CPS- 30% veille sanitaire* si analyse réalisée à l'ILM
◦ En période épidémique et après décision de la cellule d'alerte Formes sévères ou atypiques, patients hospitalisés, comorbidités, nouveau-nés, femmes enceintes, voyageurs provenant d'une zone touchée par le virus : <ul style="list-style-type: none">- de J0 à J7 : par RT-PCR- de J5 à J7 si PCR négative et forte suspicion clinique, ou après J7 : sérologie IgM/IgG	Hospitalisés : 100% Externes : <ul style="list-style-type: none">- 70% CPS- 30% veille sanitaire* si prescription par un médecin sentinelle et analyse réalisée à l'ILM
Autres cas : confirmation biologique <u>non recommandée</u> <ul style="list-style-type: none">- J0 à J5 : Ag NS1, sensibilité $< 50\%$- $\geq J5$: sérologie IgM/IgG	Aucune prise en charge, sauf si prescription par un médecin sentinelle et analyse réalisée à l'ILM (100% veille sanitaire*)

*dans le cadre de la convention de veille sanitaire qui lie la Direction de la santé à l'ILM

Références :

- Guide OMS dengue 2012
- Protocole « Dengue chez l'enfant » CHPF PO-MED-055 du 01/03/2013

Prise en charge de la dengue : guide pour les praticiens



Encadré 1 : signes d'alerte pendant la phase critique

- Douleurs abdominales ou sensibilité à la palpation
- Vomissements persistants
- Léthargie ou agitation
- Saignement des muqueuses
- Hépatomégalie > 2 cm ou foie hypertrophié sensible à la palpation
- Accumulation clinique de liquides
- Augmentation de l'hématocrite et baisse rapide de la numération plaquettaire

Encadré 2 : critères de dengue sévère

1. Fuite plasmatique sévère avec :
 - état de choc
 - accumulation liquidienne
 - détresse respiratoire
2. Saignements sévères
3. Atteintes d'organes sévères :
 - ASAT ou ALAT >1000 UI/L
 - détérioration de la conscience
 - atteinte cardiaque et d'autres organes
4. Hyponatrémie et hypoalbuminémie

Tableau 2 : Critères d'hospitalisation

Signes d'alerte (encadré 1)	Présence d'au moins un des signes d'alerte
Signes et symptômes liés à une hypotension (fuite plasmatique possible)	<ul style="list-style-type: none">- Patient déshydraté, incapable d'absorber des liquides par voie orale- Vertiges ou hypotension orthostatique- Transpiration profuse, évanouissement, prostration au moment de la défervescence- Hypotension ou froideur des extrémités- Difficultés respiratoires/essoufflement (respirations avec de profonds soupirs)
Hémorragie	<ul style="list-style-type: none">- Saignements spontanés, indépendamment de la numération plaquettaire
Insuffisance organique	Rénale, hépatique, neurologique ou cardiaque : <ul style="list-style-type: none">- hépatomégalie, foie sensible à la palpation, avant l'état de choc- douleurs thoraciques ou détresse respiratoire, cyanose
Résultats d'analyses	<ul style="list-style-type: none">- Hématocrite en augmentation- Épanchement pleural, ascite ou épaissement asymptomatique de la vésicule biliaire
Affections ou situations coexistantes	<ul style="list-style-type: none">- Grossesse- Comorbidités : diabète sucré, hypertension, ulcère gastroduodéal, anémies hémolytiques ou autres- Surpoids ou obésité- Petite enfance ou grand âge
Environnement social	<ul style="list-style-type: none">- Le fait de vivre seul ou loin d'un établissement de santé- L'absence de moyens de transport fiables

Principes du traitement de la dengue

Formes simples (éventuellement avec signes hémorragiques mineurs)

- traitement à domicile ou dans les structures de soins périphériques
- repos strict, paracétamol (voie orale ou rectale)
- médicaments contre-indiqués : aspirine, ibuprofène et autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, corticoïdes
- hydratation orale fractionnée
- information du patient sur les risques de l'intolérance digestive, sur la "période critique" et explication des signes de gravité motivant une consultation de contrôle
- protection individuelle systématique contre les moustiques et destruction des gîtes larvaires autour du domicile du malade.

Traitement de l'intolérance digestive pendant la phase fébrile

- hospitalisation dans l'unité la plus proche, sous moustiquaire avec répulsif
- réhydratation IV :
 - sérum glucosé 5% + 6 gNaCl/L + 2g KCl/L sans dépasser 3 L/24h (0-1 an : 150 mL/kg/j ; 1-4 ans : 120-130mL/kg/j ; > 4 ans : 50 à 80mL/kg/j)
 - perfusion adaptée à l'évolution clinique et à la biologie notamment l'hématocrite
 - attention au remplissage excessif chez les sujets obèses : raisonner en poids théorique/taille
- transfert dans une structure hospitalière mieux équipée, en l'absence d'amélioration.

Prise en charge des formes sévères

- prise en charge hospitalière rapide après avis du régulateur du SAMU
- avant le transfert après avis médical, remplissage rapide en perfusant en 20 min :
 - chez l'enfant, 20 mL/kg de sérum salé (NaCl 9 g/L) (max 500 mL par perfusion)
 - chez l'adulte 500 à 1000 mL de sérum salé (NaCl 9 g/L)
- surveillance attentive pour évaluer la qualité de la réponse au remplissage et éviter un excès de remplissage vasculaire.

Tableau 3 : Critères pour autoriser la sortie de l'hôpital

Formes précoces avec déshydratation sans autre signe de gravité associé	Sortie après 24-48h d'hospitalisation
Formes sévères	Sortie après la période critique (> J7-J8)
Conditions (toutes nécessaires) pour autoriser la sortie	<ul style="list-style-type: none">- Pas de fièvre depuis 48 heures- Amélioration clinique : état général, appétit, état hémodynamique, diurèse, absence de signe hémorragique, de détresse respiratoire et de syndrome douloureux- Numération plaquettaire en hausse- Hématocrite stable sans perfusion intraveineuse