

Aide Mémoire Chikungunya

Agent pathogène

Alphavirus (virus à ARN) de la famille des *Togaviridae*. Arbovirus transmis par les piqûres de moustiques du genre *Aedes*, notamment *Aedes aegypti* (présent en Polynésie) et *Aedes albopictus* qui transmettent également la dengue. Possibilité de transmission verticale mère – enfant.

Distribution

- **Afrique Sub Saharienne** (description initiale en Tanzanie), principalement Afrique de l'Est, Afrique centrale et australe
- **Océan indien** : Inde, Sri Lanka, Madagascar, Seychelles, Maurice, Ile de la Réunion (266 000 cas lors de l'épidémie de 2005/2006, taux d'attaque de 35%) et Mayotte
- **Asie du Sud-Est** (Thaïlande, Myanmar, Vietnam, Laos, Cambodge, Indonésie, plus récemment Malaisie) et aux Philippines
- Europe : flambée épidémique en **Italie** en Sept 2007 (région de Ravenne), 249 cas
- Pacifique : **Nouvelle-Calédonie** (17 cas confirmés et 2 probables au 27/04/2011)
- **Amérique du Sud**, Sud de l'Amérique du Nord (Floride) : épidémie depuis 2013
- **Région des Caraïbes** : épidémie en cours depuis novembre 2013 dans les Antilles Française et 15 autres territoires des caraïbes

Clinique

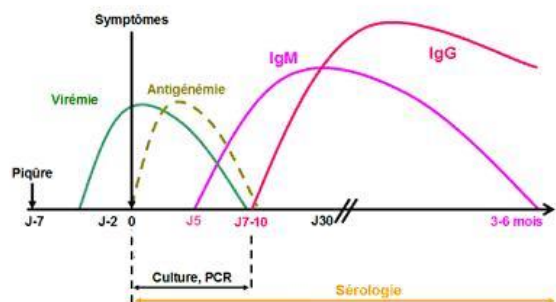
- **Incubation** : 4 à 7 jours (1-12 j)
- **Forme asymptomatique** : 13% des cas
- **Phase aiguë** (5-10j, contagieuse) : **(Phase virémique entre J-1 et J7 : Protection +++)**
 - o Tableau de **polyarthrite aiguë fébrile (>38,5°C)** surtout au niveau des **poignets, doigts, chevilles, pieds** avec **impotence fonctionnelle** majeure (95% des cas symptomatiques)
 - o Myalgies (64%), céphalées (76%), éruption +/- prurit (35%), signes digestifs (10%), gingivorragies ou épistaxis (rares, enfants)
 - o Possibles formes neurologiques (méningo-encéphalites et polyradiculonévrites) surtout chez les sujets âgés ou avec pathologies sous jacentes
- **Evolution** :
 - o souvent favorable, parfois avec persistance chronique de d'arthralgie (30 à 60% des cas), fatigue, anorexie, dysgueusie, ...plusieurs semaines à plusieurs mois.
 - o Rechutes articulaires possibles par intermittence
- Mortalité très faible, le plus souvent associée à d'autres causes
- L'immunité acquise semble durable

Diagnostic

Diagnostic de certitude par PCR et/ou sérologie

- **Avant J5** après : PCR
- **Entre J5 et J7** : PCR + sérologie IgM
- **Après J7** : sérologie IgM

Prélèvement sanguin : prélever 2 tubes secs à adresser à l'Institut Louis Malardé. L'ILM réalisera la technique la plus appropriée en fonction de la date du début des signes cliniques indiquée.



Cinétique des antigènes et anticorps lors d'une primo-infection de Chikungunya

Traitement et prévention

- Traitement symptomatique : antalgiques (paracétamol max 4g/j), éviter aspirine et AINS en 1^{ère} intention (effets indésirables nombreux, risque hémorragique si dengue)
- Traitement par morphiniques (hospitalisation)
- Surveiller de manière accrue les comorbidités : insuffisances cardiaque, hépatique, coronaire, rénale chronique, diabète...
- **Mesures de protection contre les piqûres de moustiques (spray, crème, serpentins, diffuseurs électriques, vêtements longs, moustiquaires, utilisation de la climatisation) et suppression de gîtes larvaires potentiels (eau stagnante) à proximité des habitations**

CAT devant une suspicion de Chikungunya

Maladie à **déclarer rapidement** pour la mise en œuvre de la lutte anti-vectorielle au :
Bureau de Veille Sanitaire

Dr Marine GIARD ou l'épidémiologiste

Tél : 40.48.82.02/05 – 87.70.65.02 ; Fax : 40.48.82.12 ; Mail : veille@sante.gov.pf