



Éditorial

La dengue : Épidémiologie, clinique et prise en charge

Dengue : Epidemiology, clinical and Management

Daye Ka, Médecin-Infectiologue, Maître-Assistant, Chercheur

Service des maladies infectieuses et tropicales de Fann, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal.

La dengue est une maladie infectieuse aigüe due à un virus appartenant, comme le virus de la fièvre jaune ou amarile, à la famille des *Flaviviridae* du genre *Flavivirus*. Il comprend 4 sérotypes (DEN-1, DEN-2, DEN-3, et DEN-4), sans immunité croisée donc une personne vivant en zone d'endémie peut être infectée par les 4 sérotypes durant sa vie. Il est transmis par la femelle hématophage d'un moustique du genre *Aedes aegypti* qui a une activité diurne. C'est donc une arbovirose et sévit essentiellement en zone tropicale avec une prédilection pour les zones urbaines et périurbaines. Environ, la moitié de la population mondiale est exposée au risque [1].

Selon une estimation récente, on compterait 390 millions de cas de dengue par an, dont 96 millions présentent des manifestations cliniques. En 2015, on a enregistré une augmentation du nombre de cas notifiés qui est passé de 2,2 millions en 2010 à 3,2 millions. Désormais, la maladie est endémique dans plus de 100 pays en Afrique, dans les Amériques, en Méditerranée orientale, en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique occidental, ces 2 dernières régions étant les plus touchées [2].

Au Sénégal, les deux premières épidémies datent de 1981 (sérototype 1) et de 1984 (sérototype 2). Une autre épidémie est survenue en 2009, et elle était due au sérototype 3. De Septembre à Décembre à 2009, 196 cas ont été confirmés dont 193 provenant de la région de Dakar. Parmi ces cas, 31 ont été hospitalisés dont 5 formes hémorragiques et un décès par Dengue Shock Syndrome. Il s'agissait d'une patiente de 71 ans hospitalisée dans une clinique privée et qui présentait une thrombopénie et une cytololyse sévères. Elle est décédée dans un tableau de coagulation intravasculaire disséminée et d'arrêt cardiaque, malgré un remplissage et l'administration d'adrénaline [3].

Le Sénégal, après avoir enregistré le premier cas importé de maladie à virus Ebola, qui fait partie avec la dengue, des fièvres hémorragiques virales, en Août 2014 [4], connaît une autre épidémie de dengue due au sérototype 1 qui sévit actuellement dans le pays et la région de Louga est la première et la plus touchée. L'épidémie a débuté le 28 septembre 2017. Sur un total de 783 prélèvements

effectués, 136 cas de dengue ont été confirmés par l'Institut Pasteur de Dakar. La région de Louga concentre 93% des cas suivies de la région de Dakar (5 cas), Fatick (2 cas) et Thiès (1 cas). Aucun cas de décès n'a été répertorié ce jour.

La symptomatologie de la dengue est variable avec plusieurs formes cliniques [1] : les formes asymptomatiques, la dengue classique (forme commune de l'adulte) et la dengue sévère.

Les formes asymptomatiques sont plus fréquentes et le diagnostic est purement sérologique.

Après une incubation de 4 à 7 jours, la dengue classique débute brutalement par une forte fièvre (39° - 40°C), des frissons, des maux de tête, des douleurs rétro orbitaires, une photophobie, des nausées, des vomissements et des douleurs articulaires et musculaires évoquant un accès palustre. De manière inconstante apparaît vers le 5^{ème} jour, une éruption maculo-papuleuse simulant une rougeole.

Il s'en suit une brève rémission au bout 3-4 jours puis intensification des signes de 2 à 3 jours avec parfois la survenue de signes hémorragiques mineurs. A l'examen clinique le test du Lacet permet de mettre en évidence au moins 10 pétéchies sur l'avant bras. Il est alors considéré comme positif.

La biologie met en évidence une leucopénie associée à une thrombopénie (<100 000 plaquettes/mm³), une augmentation du taux d'hématocrite. Une sérologie dengue doit être faite à partir d'un prélèvement de sang sur tube sec et tube EDTA.

Sur le plan évolutif, il existe une phase critique (entre 3 et 8^{ème} jour de la maladie) qui correspond à la période de passage fébrile à apyrétique : les signes d'alerte doivent être recherchés (douleurs abdominales, vomissements persistants, épanchement, saignement au niveau des muqueuses, léthargie, anxiété, hépatomégalie,

élévation de l'hématocrite, thrombopénie). La guérison survient souvent entre le 4^{ème} et le 7^{ème} jour, accompagnée d'une convalescence pénible asthénisante de 10 à 15 jours.

Concernant la dengue sévère, caractérisée par une fuite plasmatique sévère, des saignements sévères et une atteinte organique sévère (élévation des transaminases supérieures à 1000, troubles de la conscience, atteinte cardiaque et autre), elle survient dans 1% des cas et sa guérison est possible sans séquelles. Elle se caractérise par une ou plusieurs des manifestations suivantes : des signes hémorragiques cutanéomuqueux (pétéchies, purpura, yeux injectés, saignement des gencives, mélaena), un syndrome de choc dû à la dengue (SCD) : qui correspond à un état de choc qui suit la défervescence thermique, une atteinte organique sévère. Il s'agit d'une forme de choc hypovolémique et résulte d'une perméabilité vasculaire et d'une fuite plasmatique continues. Cette forme semble fréquente chez les sujets vulnérables (sujets immunodéprimés, personnes très âgées, sujets atteints de pathologies chroniques). La forme de l'enfant se manifeste volontiers par un tableau de choc hypovolémique évoluant en quelques heures vers le décès.

Le diagnostic repose essentiellement sur la sérologie et la biologie moléculaire (PCR). Un prélèvement de sang doit être effectué sur tube sec et tube EDTA et conservé dans les bacs avec les glaçons ou au réfrigérateur à plus 4 °C. Il doit être effectué avec toutes les informations épidémiologiques et cliniques et être adressé dans les conditions requises au laboratoire de référence pour les arboviroses (Institut Pasteur de Dakar pour les cas du Sénégal).

Il n'existe pas de traitement curatif spécifique, le traitement est essentiellement symptomatique. L'objectif de la prise en charge médicale est de lutter contre la transmission du virus et de

maintenir l'homéostasie des personnes suspectes de dengue. Tout sujet répondant à la définition de cas doit être mis au repos sous moustiquaire imprégnée et sous antipyrétique avec du paracétamol administré en 3 ou 4 prises injectables ou orales. L'aspirine et les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (ex. Ibuprofène) sont absolument contre indiqués à cause du risque hémorragique. Par ailleurs, une réhydratation par voie veineuse et/ou orale est indispensable selon la présence ou non de signes de déshydratation. Dans les formes hémorragiques une transfusion sanguine iso groupe peut être nécessaire.

La prévention fait appel à des mesures générales et individuelles. Les mesures générales reposent sur la déclaration obligatoire sous le numéro (CIM-10), l'établissement d'une courbe de surveillance épidémiologique hebdomadaire (cas suspect et cas confirmé), l'utilisation de moustiquaire et matériel imprégnés d'insecticide, la pulvérisation intra et extra domiciliaire pour l'élimination des moustiques adultes, l'élimination des gîtes larvaires dans les domiciles et alentours (vieux pneus, bac de climatisation, bassin de rétention à ciel ouvert...) et la sensibilisation de la population. Les mesures individuelles comprennent la protection contre les piqûres de moustiques (port de vêtements longs couvrant, utilisation de moustiquaires imprégnés d'insecticides, utilisation de répulsifs).

L'émergence de la dengue pose un problème majeur de santé publique dans le monde en général et dans les zones tropicales en particulier, notamment l'Afrique. Les causes de cette émergence sont mal connues mais certains facteurs peuvent être identifiés : le manque de surveillance entomologique dans les pays endémiques, les changements démographiques avec une urbanisation mal contrôlée, le développement des

transports aériens avec possibilité de transport du virus d'une zone à une autre et enfin la faiblesse des systèmes de santé dans la plupart des pays endémiques. Ainsi la lutte contre cette maladie doit passer par une collaboration multisectorielle et pluridisciplinaire et doit faire intervenir les épidémiologistes, les infectiologues, les entomologistes, environnementalistes, les hygiénistes et les politiques.

Correspondance

Daye Ka (dayeka10@gmail.com)

Reçu: 25 Déc, 2017 ; **Accepté:** 28 Déc, 2017; **Publié:** 31 Déc, 2017

Service des maladies infectieuses et tropicales de Fann,
Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal.

© Journal of african clinical cases and reviews 2017

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] OMS : Guide pour la prise en charge clinique de la dengue, 2013 (consulté le 20/12/2017). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85736/1/9789242504712_fre.pdf
- [2] World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention, and control. Geneva: The Organization; 2009. p. 174.
- [3] Ousmane Faye, Yamar Ba, Oumar Faye and al. Urban Epidemic of Dengue Virus Serotype 3 Infection, Senegal, 2009. *Em. Inf. Dis* ; 2014, 20 (3): 456-459.
- [4] Daye KA, Gamou Fall, Viviane Cisse Diallo and al. Ebola Virus Imported from Guinea to Senegal, 2014. *Em. Inf. Dis* ; 2017, 23 (6) : 1026-28.

Pour citer cet article:

Ka Daye. La dengue : Epidémiologie, clinique et prise en charge. *Jaccr Africa 2017; 1(2): 79-82.*