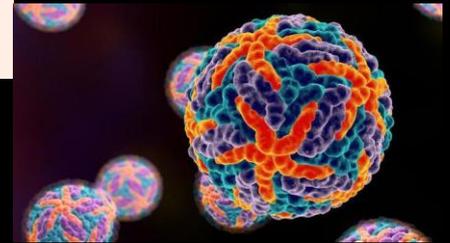
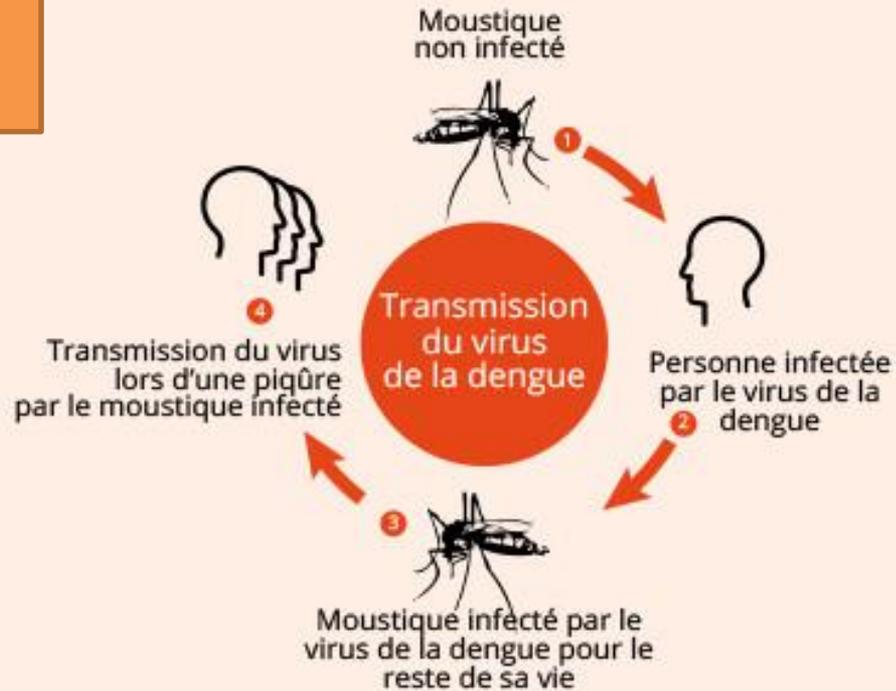




# Transmission

Transmission pendant 4 à 12 j après 1ers symptômes

Aedes





- 4 sérotypes: 1,2, 3 et 4
- Pas d'immunité croisée
- **Dengue primaire**= 1<sup>ère</sup> rencontre avec virus de la dengue
- **Dengue secondaire** = rencontre avec un sérotype différent = plus grave



50 à 90% des formes asymptomatiques

# Nouvelle classification OMS

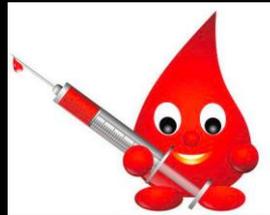
## ◆ Dengue classique:

- fièvre à début brutal
- céphalées++ frontales, **rétro-orbitaires**
- arthralgies, myalgies, courbatures
- vomissements, diarrhée possibles
- éruption diffuse en fin de fièvre
- durée 7j avec asthénie résiduelle
- parfois petits signes hémorragiques: purpura, epistaxis



## • Biologique:

- neutropénie et lymphopénie
- thrombopénie ++ (nadir J5-J8)
- Cytolyse modérée
- CRP subnormale



# Nouvelle classification OMS

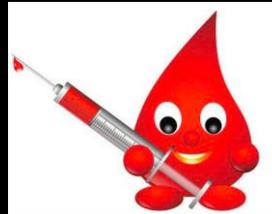


## ◆ Dengue avec signes d'alerte

- douleurs abdominales, hypochondre droit
- apparition d'épanchements: ascite, pleurésie
- vomissements persistants
- saignements des muqueuses
- troubles de la conscience
- hépatomégalie

## Biologique:

- élévation de l'hématocrite
- chute des plaquettes < 100000



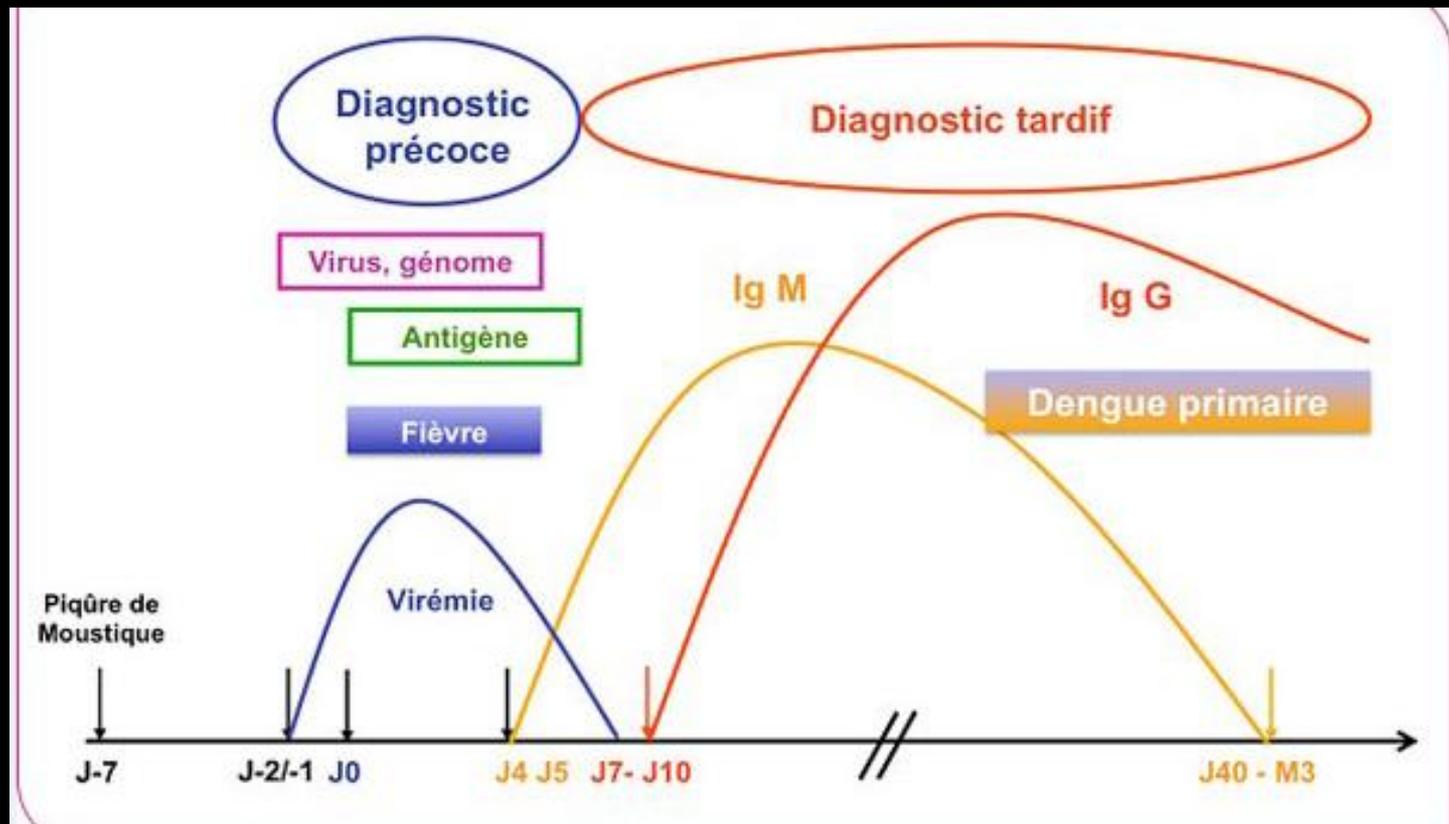
# Nouvelle classification OMS

## ◆ Dengue sévère

- fuite capillaire
- 3 à 6j après le début des symptômes
- hypothermie, douleurs abdominales
- détresse respiratoire
- état de choc
- hémorragies diffuses
- troubles de la conscience
- défaillance circulatoire

## Biologique:

- hémococoncentration
- transaminases >1000
- thrombopénie majeure



① Prescrire une confirmation biologique chikungunya et dengue :

- dans les 5 premiers jours après le début des signes (DDS) : RT-PCR ou NS1 ;
- entre 5 et 7 jours après la DDS : RT-PCR et sérologie (IgM et IgG) ;
- plus de 7 jours après la DDS : sérologie uniquement (IgM et IgG), à renouveler à 15 jours d'intervalle minimum dans le même laboratoire

TROD

# Particularités de la femme enceinte

Présentation et diagnostic cliniques : identiques à la population.

Très grand polymorphisme clinique, y penser devant:

- toute hyperthermie
  -  complications obstétricales : métrorragies, HRP, Hellp sans contexte vasculaire évident
- Penser utilité du TROD et PCR, sérologies
- TROD disponible aux urgences et chez certains Médecins Généralistes

# DONNEES DE LA LITTERATURE



- Hémorragie du post partum
- Décès maternel



- FCS
- PAG/ RCIU
- MFIU
- Prématurité
- **Absence de tératogénicité**



Privilégier AVB  
Transfusion plaquettaire à discuter  
Appel pédiatre

À terme → niveau 3

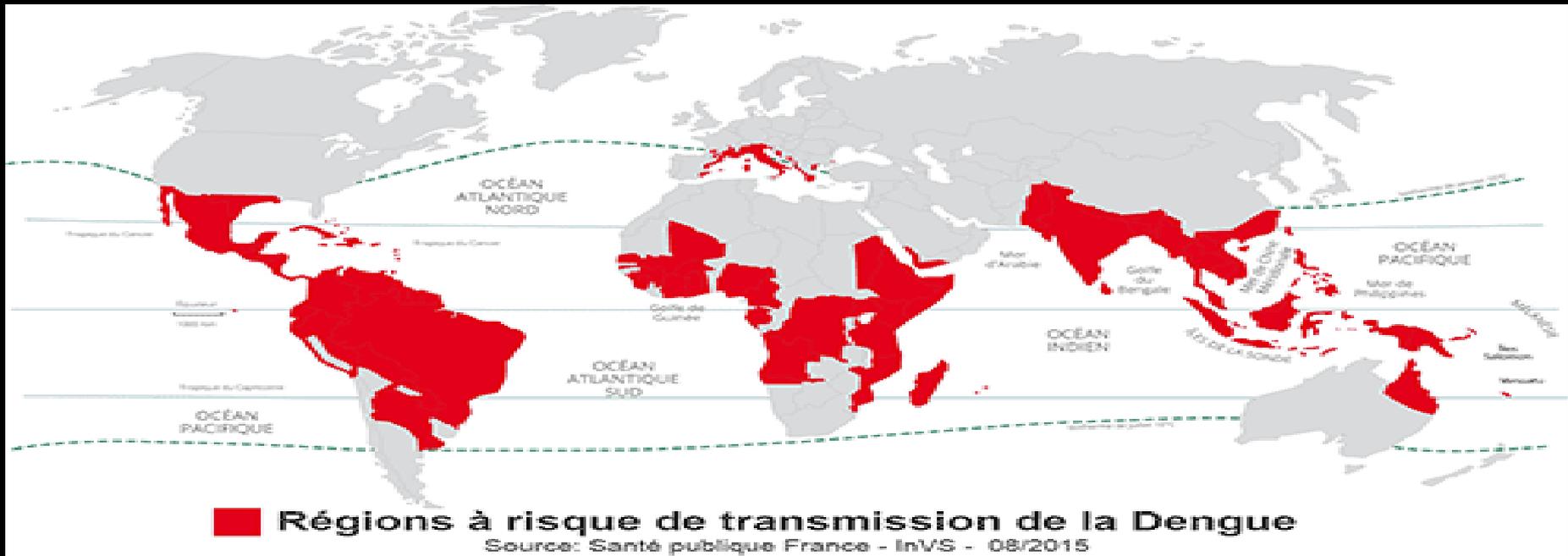


BILAN EN POST PARTUM  
Prélèvements au cordon (PCR, sérologie)  
Anapath placentaire



Surv clinique++ 4jours  
PCR à J4  
Allaitement maternel++

# EPIDEMIOLOGIE



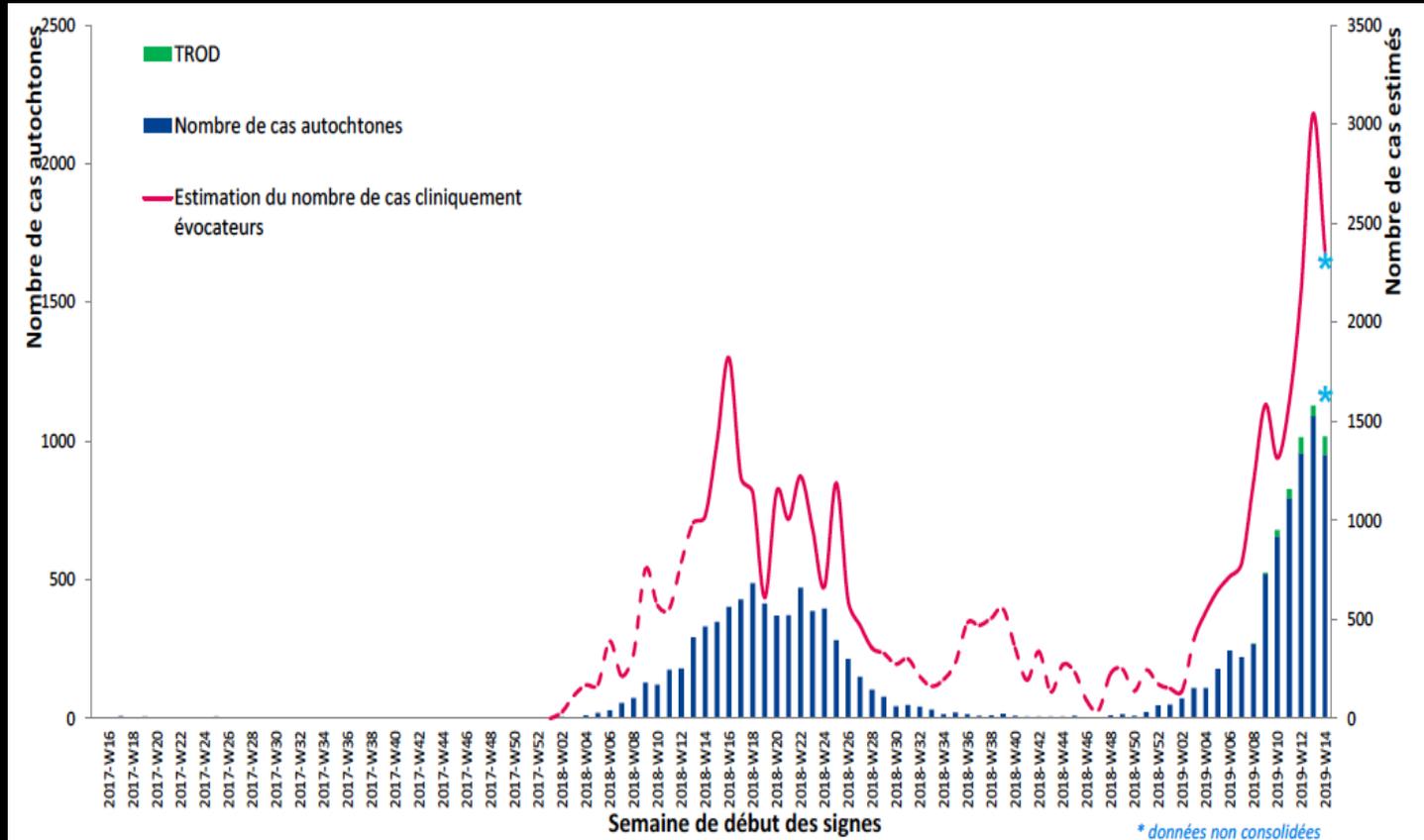
4 milliards de personnes exposées

50 millions de cas /an : Incidence x 30 depuis 50 dernières années

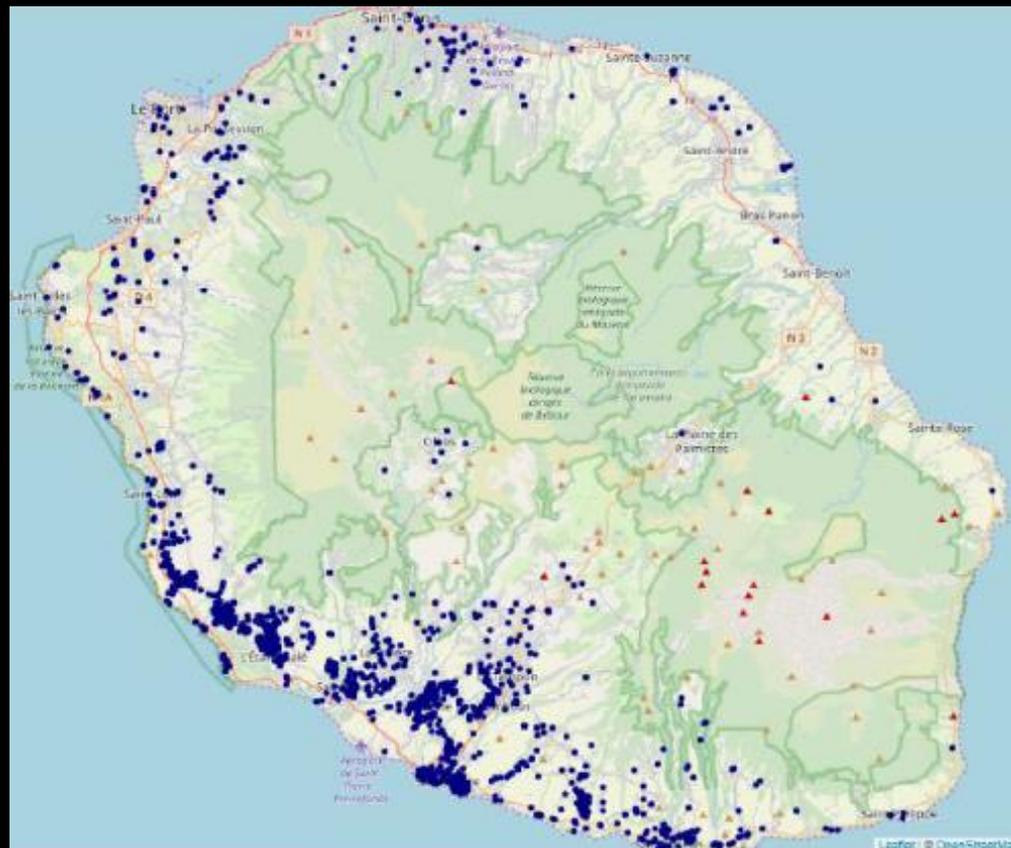
500 000 formes sévères

25000 décès

# SITUATION REUNIONNAISE



6000 nouveaux cas depuis 1<sup>er</sup> janvier 2019



	2018		2019	
	N	%	N	%
CHGM/CHOR	55	<b>35%</b>	9	<b>4%</b>
CHU Nord	16	<b>10%</b>	7	<b>3%</b>
CHU Sud	80	<b>52%</b>	201	<b>92%</b>
GHER	2	<b>1%</b>	2	<b>1%</b>
Autres	3	<b>2%</b>	0	<b>0%</b>

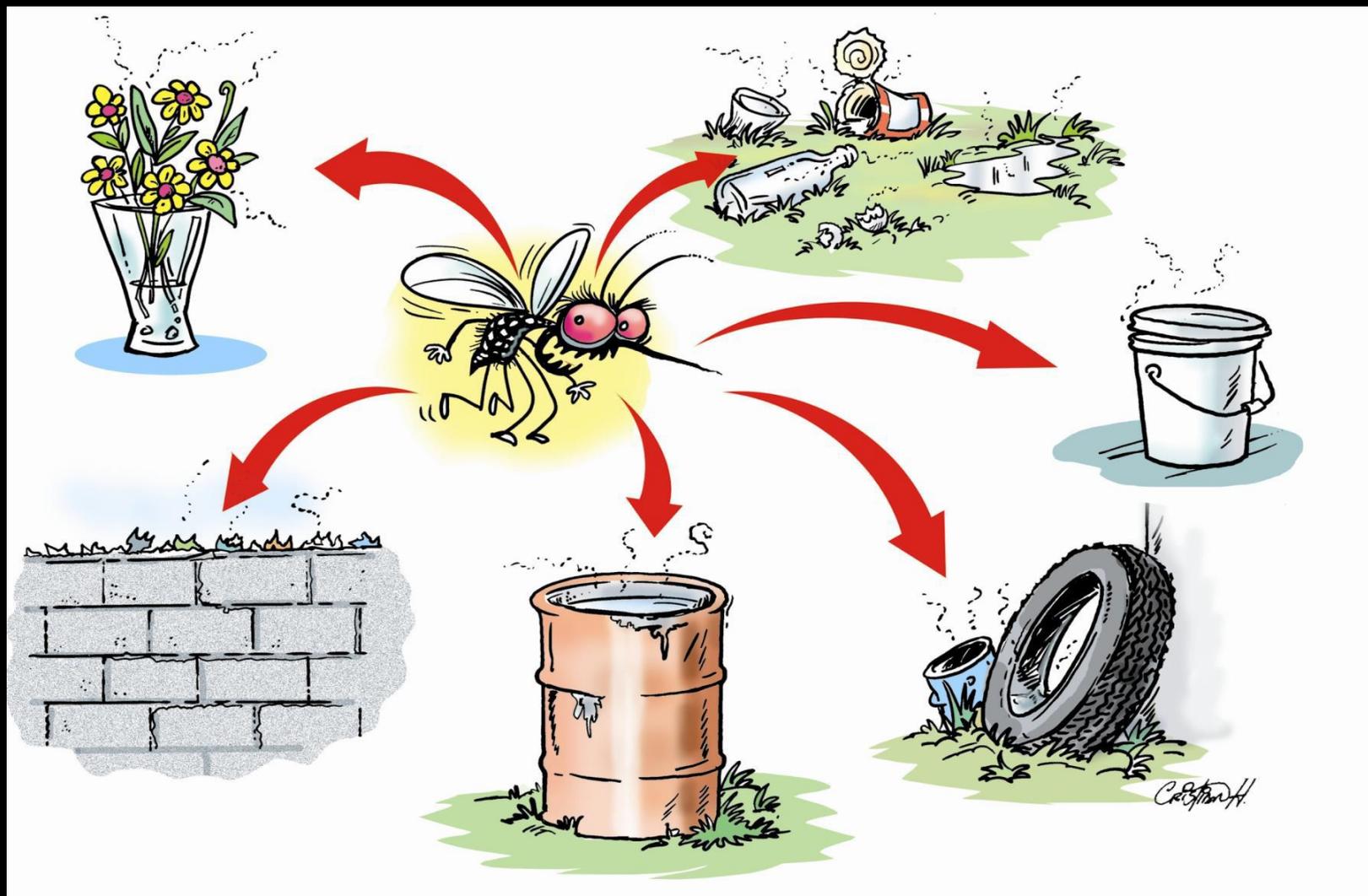
# SITUATION REUNIONNAISE

## CHU Sud

Nombre de cas	1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>ème</sup> trimestre	3 <sup>ème</sup> trimestre
40	1/3	1/3	1/3
TROD	3 TROD +	2 faux - (PCR+)	
PCR	37 +	1 faux - (sérologie+)	
Sérologie	40 +		

- Aucune forme sévère mais 4 formes avec signe alerte (thrombopénie, léthargie)
- 3 naissances: aucune dengue congénitale (PCR cordon-)
- Hospitalisation systématique
- Etude(s) en cours

# PREVENTION Collective



# PREVENTION

## Individuelle

### -Physique/mécanique

- .Port vêtements longs, amples
- .Moustiquaires

### -Chimique

- .DEET (diéthyltoluamide): le + ancien, étudié , pas de tératogénicité
  - .IR3535
  - .KBR3023
- } pas de données publiées lors grossesse  
non tératogène chez l'animal

# Place du vaccin Dengvaxia® dans la stratégie de lutte contre la dengue dans les départements français d'Outre-mer- L'île de La Réunion

Date de validation

janvier 2019

La HAS constate que La Réunion ne peut être considérée en l'état actuel des données épidémiologiques comme une zone d'endémie élevée de dengue.

Les restrictions d'utilisation du vaccin définies dans l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et le résumé des caractéristiques du produit (RCP) impliquent que Dengvaxia® ne peut être utilisé actuellement à La Réunion, quel que soit le statut sérologique ou la preuve documentée d'une infection antérieure à la dengue.

Par ailleurs, les incertitudes actuelles sur les performances des tests de sérodiagnostic disponibles dans un contexte de diagnostic rétrospectif de l'infection par le virus de la dengue et le niveau de séroprévalence de la dengue dans ce département conduisent à s'interroger sur la capacité à mettre en œuvre une stratégie de dépistage pré-vaccinal efficace permettant de ne proposer la vaccination qu'aux personnes ayant un antécédent d'infection par le virus de la dengue.

En conséquence, la HAS ne recommande pas l'utilisation du vaccin Dengvaxia® pour les personnes qui vivent ou se rendent à La Réunion.

Cette position de la HAS pourra être révisée en fonction de l'évolution de l'épidémiologie de la dengue à La Réunion d'une part, et la disponibilité d'un test diagnostique plus spécifique d'autre part.

## Documents

> [Vaccin Dengvaxia® dans la stratégie de lutte contre la dengue dans les départements français d'Outre-mer L'île de La Réunion](#) (📄 692,64 Ko) 🗣️ Écouter

Mis en ligne le 06 févr. 2019

# Take home message

Pic épidémique actuel

Polymorphisme clinique

50 à 90% formes asymptomatiques: **PREVENTION+++++**

Attention métrorragies, tableau HELLp

Confirmation biologique primordiale (TROD, PCR, Sérologie)

Recherches en cours



**Plateforme de veille et d'urgences sanitaires**

Du lundi au vendredi de 8h à 17h

**02 62 93 94 15**

# Bibliographie

- ❖ OMS. Guide pour la prise en charge de la dengue 2012
- ❖ OMS. Dengue et dengue sévère. Avril 2017. Consultable à l'URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/fr>
- ❖ GCarles, ATalarmin, Cpeneau, MBertsch. Dengue et grossesse, étude de 38 cas en Guyanne française. J Gynecol Obstet Biol Reprod.2000;29:758-762.
- ❖ C.Basurko,Gcarles,MYousef,WELGuindi. Maternal and foetal consequences of dengue fever during pregnancy. EurJ Obstet Gynecol Rreprod Biol.2009;147:29-32.
- ❖ LNascimento, CSiqueira, GCoelho, JSiqueira. Symptomatic dengue infection during pregnancy and livebirth outcomes in Brazil, 2007-13: a retrospective observational chort study
- ❖ EPAixiao, MCosta, MGTeixeira, KHarron, MFAmeida, MBarreto, LRodrigues. Symptomatic dengue infection during pregnancy and the risk of stillbirth in Brazil, 2006-12: a matched case control study
- ❖ Paixiao et al: Dengue during pregnancy and adverse fetal outcome. Lancet ID 2016,7: 857-65
- ❖ Carles G: What are the true consequences of dengue fever during pregnancy? Lancet ID 2016, 7 :765-6
- ❖ C.Basurko et al: a prospective matched study on symptomatic dengue in pregnancy. Plos one 2018

**Merci pour votre attention**

