

Principes de la prise en charge d'un patient atteint de dengue

Document basé sur les recommandations de l'OMS 2009 et
du comité technique de suivi des arboviroses de Martinique (2023)

Évaluation initiale d'un patient suspect de dengue

○ Évaluation clinique

Après avoir éliminé des signes de gravité immédiate justifiant le transfert immédiat du patient en soins critiques, il faut, par l'interrogatoire, déterminer la date et l'heure des premiers symptômes, rechercher une situation à risque de dengue grave, rechercher des signes d'alerte, rechercher des signes digestifs, quantifier les apports par voie orale, estimer la diurèse, rechercher une exposition à d'autres agents pathogènes (diagnostic différentiel) et rechercher une prise excessive de paracétamol.

L'évaluation clinique repose sur la mesure de la fréquence cardiaque et respiratoire, de la pression artérielle systolique, diastolique et pulsée, de la température et du temps de recoloration. On recherchera une hypotension orthostatique, des signes hémorragiques, des troubles de la vigilance ou du comportement, et des signes de choc. Un examen clinique complet complètera cette évaluation.

○ Bilan biologique

Le bilan biologique minimal comprend : NFS, plaquettes, ionogramme sanguin, ASAT/ALAT, créatininémie, CRP.

Le bilan biologique sera étendu selon les signes cliniques : TP, TCA, fibrinogène, d-dimères, ferritine, troponine, lactates, albumine.

En pratique, lors de la phase fébrile (J1 à J3), en l'absence de pathologie associée ou de situation à risque de forme grave, la pratique d'un bilan biologique n'est justifiée que lorsqu'il existe un doute sur le diagnostic.

○ Confirmation virologique

La confirmation virologique repose, la première semaine des symptômes, sur les tests de détection directe du virus par RT-PCR ou détection de l'antigène NS1. **Un test de détection de l'antigène NS1 négatif ou douteux ne peut éliminer le diagnostic de dengue et doit conduire à la réalisation d'une RT-PCR.** Un test de détection de

l'antigène NS1 positif permet d'affirmer le diagnostic de dengue.

La confirmation du diagnostic est **indispensable** dans les situations à risque de dengue grave, en cas suspicion de dengue avec signe d'alerte, de suspicion

de dengue grave, ou de doute diagnostic. Dans ce cas d'autres examens microbiologiques seront prescrits selon le contexte : sérologie et ARN-VIH, PCR Covid, PCR leptospirose, hémocultures...

○ Imagerie

Indiquée en cas de signes d'alerte ou de signes de gravité, l'imagerie (échographie ou TDM) permettra de rechercher des épanchements séreux.

○ Synthèse de l'évaluation initiale

La situation sera analysée en tenant compte de l'existence de **signes de gravité immédiate**, du délai écoulé depuis le début des symptômes, d'une **situation à risque de forme grave**, des manifestations cliniques, de la valeur de l'hématocrite et du taux de plaquettes.

On déterminera la **phase de la maladie** (fébrile, critique ou récupération), et la **forme clinique** (dengue non grave sans signe d'alerte, dengue non grave avec signe d'alerte, dengue grave).

○ Orientation du patient

L'orientation sera déterminée en tenant compte de l'évaluation initiale, du degré de certitude diagnostique et de la situation sociale et familiale du patient. Cette orientation se fait vers un service de soins critiques, un service d'hospitalisation complète ou de jour, ou vers un retour ou un maintien à domicile. **En cas de situation à risque de forme grave, de dengue non grave avec signe d'alerte ou de dengue grave, un recours hospitalier est nécessaire** (voir figure page 2)

Suivi à domicile

○ Phase fébrile et phase critique

Un suivi à domicile est possible en l'absence de signe de gravité ou d'alerte, en l'absence de situation à risque de forme grave, en l'absence d'isolement social, familial ou géographique, et si l'hydratation orale est possible et que la diurèse est conservée.

En période épidémique, dans certaines situations, un dispositif de prise en charge à domicile avec perfusion peut être mis en place.

Une information claire doit être délivrée au patient et à son entourage pour les sensibiliser sur l'importance de la reconnaissance des signes d'alertes dont la survenue nécessite une consultation médicale immédiate.

L'évaluation clinique doit être quotidienne jusqu'à la fin de la phase critique. Une évaluation biologique toutes les 48 heures (NFS, plaquettes, transaminases) doit être réalisée jusqu'à la fin de la phase critique. En l'absence d'amélioration ou en cas d'apparition d'un nouveau signe, une consultation médicale rapide est nécessaire.

Au plan thérapeutique, l'essentiel est de **prévenir la déshydratation et la perte de sel**. En effet, une réhydratation conduite uniquement avec de l'eau pure chez un patient par ailleurs anorexique entraînera un déséquilibre hydroélectrolytique et

une hyponatrémie, responsables d'une hypotension orthostatique symptomatique survenant vers J4. La prévention de cette complication repose sur la consommation, chez l'adulte, de 2 à 3 litres d'eau additionnée de soluté de réhydratation orale. La consommation de soupes salées et de jus de fruit est aussi conseillée et peut remplacer les solutés de réhydratation orale.

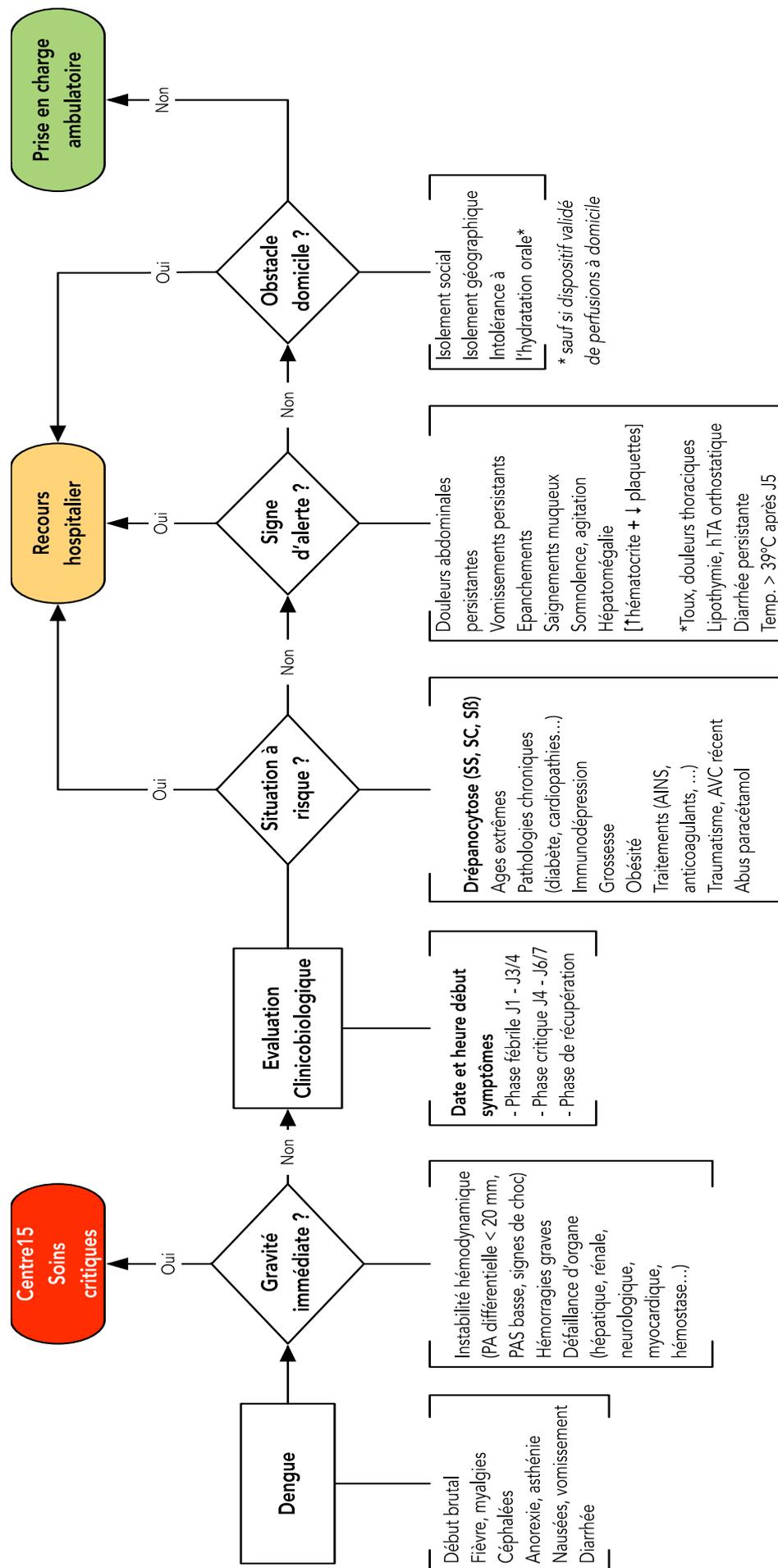
En cas de douleur, le paracétamol sera prescrit avec une vigilance accrue pour éviter les surdosages. L'aspirine, les AINS et les injections intramusculaires sont contre-indiquées.

Pour éviter l'infection de nouveaux moustiques, l'application de mesures de protection individuelle contre les piqûres de moustiques (répulsifs, moustiquaires) est recommandée jusqu'à la phase de récupération.

○ Phase de récupération

La majorité des patients entrent en phase de récupération vers J6 – J7. Si une NFS est pratiquée à cette période, elle montre souvent une thrombopénie < 50 G/L qui se corrigera spontanément dans les 48 heures suivantes. Il n'y a donc pas lieu d'hospitaliser ces patients dès lors que l'évolution des symptômes suggère l'entrée en phase de récupération.

Évaluation et orientation d'un patient avec suspicion de dengue confirmée (d'après OMS 2009)



* Thomas L et al. J Clin Virol. 2010;48:96-9 et Ann Emerg Med. 2012;59:42-50.