

Signes et symptômes de la dengue

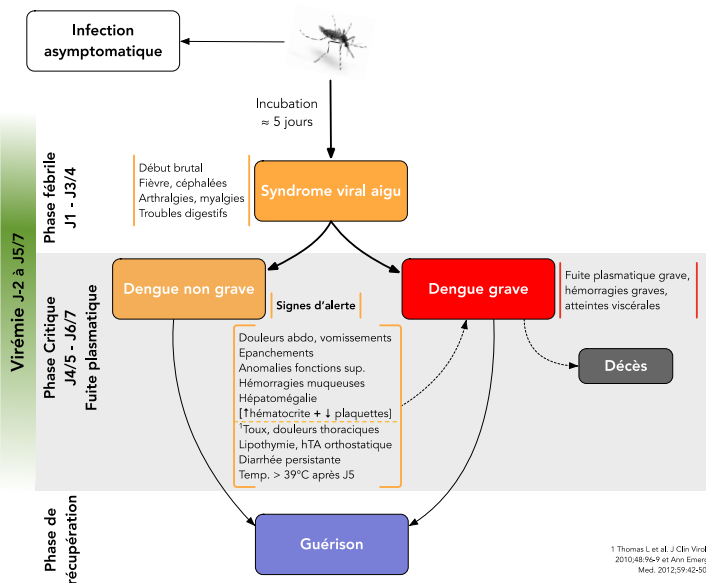
Document basé sur les recommandations de l'OMS 2009 et du comité technique de suivi des arboviroses de Martinique (2023)

Symptômes et évolution de la dengue

La dengue est provoquée par la transmission d'un des quatre sérotypes du virus de la dengue par un moustique du genre *Aedes*. L'expression clinique de la dengue varie notamment en fonction de l'âge et du nombre d'infections antérieures par l'un des quatre sérotypes du virus de la dengue. Lors du premier contact avec un des sérotypes viraux (dengue primaire), les manifestations cliniques sont souvent absentes (formes asymptomatiques) chez l'enfant, et modérées chez l'adolescent et l'adulte. Lors d'un contact avec un deuxième sérotype de dengue (dengue secondaire) la réponse immunitaire initiale peut être inadaptée et être à l'origine de formes graves. Il s'agit du phénomène de facilitation immunologique. Lors d'un contact avec un troisième ou quatrième sérotype de dengue (dengue post-secondaire), les manifestations cliniques sont habituellement modérées. Ce modèle n'est qu'indicatif et des formes graves peuvent survenir lors d'un premier contact avec les virus de la dengue.

La dengue évolue le plus souvent vers la guérison en moins d'une semaine. Cependant, il existe des formes graves qui peuvent survenir brutalement après 3 à 5 jours d'évolution de la maladie. Lorsque ce type d'aggravation se produit, l'évolution peut être rapidement fatale.

La dengue évolue habituellement en trois phases : fébrile, critique et récupération (voir figure ci-dessous)



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

o La phase fébrile (J1 à J4)

Début brutal avec une fièvre supérieure à 38,5°C, associée à des céphalées et des myalgies intenses. La fièvre dure 3 à 5 jours (extrêmes de 2 à 7 jours). La plupart des patients présentent aussi une asthénie intense et des signes digestifs avec anorexie, nausées, vomissements, douleurs abdominales et moins fréquemment de la diarrhée. Plus de 95% des patients ne présenteront aucun signe de gravité et guériront sans complication en moins de 7 jours. Chez le petit enfant, on observe une réduction spontanée des activités ou un aspect « algique ». Les examens biologiques montrent habituellement une lymphopénie, une CRP modérément élevée (< 60 mg/L), une thrombopénie et une cytolyse hépatique modérés. A cette phase, une thrombopénie significative (< 70 G/L) ou une cytolyse hépatique marquée (ASAT > 2 N) doit alerter sur le risque d'évolution péjorative lors de la phase critique.

o La phase critique (J4 à J7)

Au début de cette phase, alors que la fièvre diminue, les patients sont asthéniques et déshydratés. Chez 2 à 4% d'entre eux survient un **syndrome de fuite plasmatique** qui peut évoluer vers une forme grave avec état de choc. Le plus souvent ce syndrome de fuite plasmatique débute par des **signes d'alerte** définis en 2009 par l'OMS : douleurs abdominales persistantes et d'intensité croissante, vomissements persistants, épanchements séreux, hémorragies muqueuses ne cédant pas spontanément, agitation ou somnolence, hépatomégalie, baisse rapide des plaquettes associée à une **élévation de l'hématocrite**. D'autres signes observés en Martinique lors d'épidémies précédentes doivent alerter : lipothymie, hypotension orthostatique, toux, douleur thoracique, diarrhée persistante, fièvre > 39°C après J5. La fuite plasmatique se caractérise biologiquement par une hémococoncentration mesurée par l'hématocrite associée à une hypoprotidémie, une hypoalbuminémie et une thrombopénie (souvent < 50 G/L). Une cytolyse hépatique portant sur les ASAT et une élévation de la ferritinémie sont les plus souvent associés.

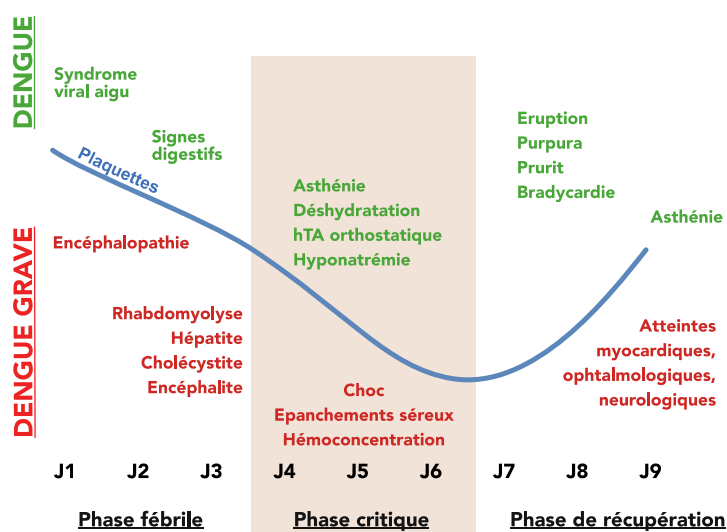
En l'absence de prise en charge de ces signes d'alerte ou d'emblée, certains patients évoluent vers une **dengue grave** : fuite plasmatique décompensée avec défaillance hémodynamique, hémorragies graves, défaillances d'organes (troubles de conscience ou convulsions, détresse respiratoire, insuffisance rénale ou hépatique, dysfonction myocardique, CIVD).

○ La phase de récupération

Elle est annoncée par une apyrexie (≥ 2 jours), une reprise de l'appétit, une sensation générale de mieux-être et une éruption maculopapuleuse souvent purpurique, généralisée ou palmoplantaire, souvent associée à un prurit. L'asthénie peut durer plusieurs semaines.

La thrombopénie régresse rapidement. La cytolysse hépatique régresse progressivement, parfois en plusieurs semaines.

La figure ci-dessous montre une synthèse des manifestations cliniques observées au cours de la dengue et de la dengue grave en fonction de la durée d'évolution et du taux de plaquettes.

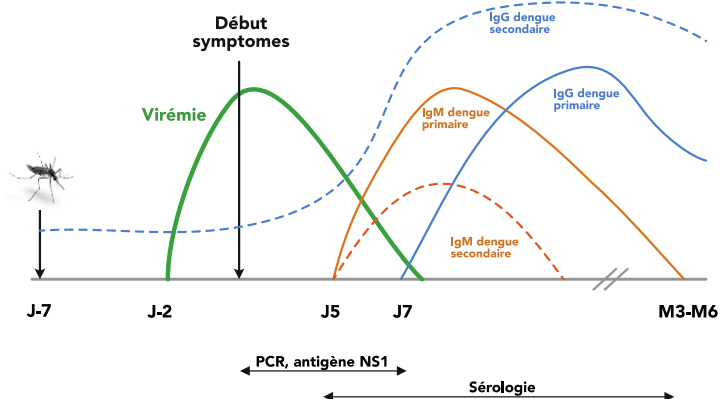


Situations à risque de forme graves de dengue

Les situations à risque de dengue grave sont la grossesse (en particulier au troisième trimestre), les âges extrêmes (âge < 2 ans, grand âge), l'immunodépression, les pathologies chroniques comme le diabète, l'obésité, l'insuffisance cardiaque, l'asthme, les hépatopathies chroniques et les **syndromes drépanocytaires majeurs : SS, SC ou S Béta-thalassémie**. Aux Antilles et en Guyane, la drépanocytose est associée à un surrisque de formes graves et de décès au cours de la dengue. Une surveillance particulière des personnes atteintes de syndrome drépanocytaire majeur est donc requise lors des épidémies de dengue. Certaines situations sont à risque de forme grave en raison d'un risque hémorragique accru : hémophilie, thrombocytopathie, traitement par anticoagulant, anti-agrégant plaquettaire, aspirine, anti-inflammatoire non stéroïdien, chirurgie récente, traumatisme ou accident de la voie publique récent. Une **prise excessive de paracétamol** est considérée comme une situation à risque d'insuffisance hépatocellulaire aiguë.

Diagnostic virologique de la dengue

Le diagnostic virologique de la dengue repose sur des tests de détection directe du virus (RT-PCR et antigène NS1) et sur des tests indirects (sérologie avec recherche IgM et IgG spécifiques), voir figure ci-dessous. Les tests de détection du virus sont indiqués jusqu'au 7^e jour suivant le début des symptômes. La RT-PCR est le test de référence. L'antigène NS1 peut être recherché sur prélèvement veineux ou capillaire après piqûre au bout du doigt. Ce type de prélèvement permet de pratiquer un test rapide d'orientation diagnostique « au lit du patient ». Les tests de détection de l'antigène NS1 sont spécifiques, mais significativement moins sensibles (55 à 65%) que la RT-PCR, en particulier en cas de dengue secondaire ou post secondaire. **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.



Lors d'une dengue primaire les IgM apparaissent à partir du 5^e jour et persistent plusieurs mois. Les IgG sont détectées à partir de J7 et persistent plusieurs années. Par la suite, en cas de nouvelle infection, le titre des IgG augmente rapidement alors que la réponse IgM est moins intense et peut même être absente. Depuis la circulation du virus Zika en Martinique en 2016, l'interprétation des examens sérologiques est complexe en raison d'une réactivité croisée entre les anticorps produit en réponse aux infections par ces deux virus (dengue et Zika).

Diagnostic différentiel de la dengue

La dengue est une infection virale dont les symptômes ne sont pas spécifiques. Aux Antilles, les principaux diagnostics différentiels sont : le Covid-19, la leptospirose, l'infection aiguë par le VIH (primo-infection), la grippe, le chikungunya, l'infection à virus Zika, le paludisme et les sepsis d'origine bactérienne.