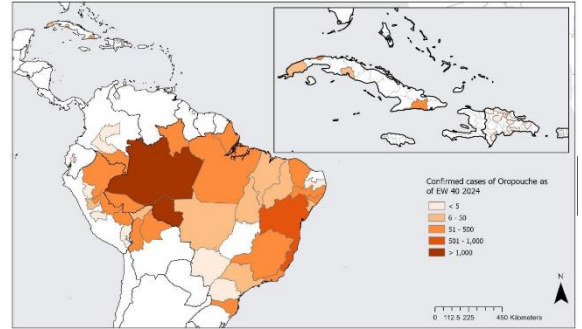


Infection à virus Oropouche (OROV) Repérer et prendre en charge un patient suspect

Rappel épidémiologique (source PAHO-WHO 2024) : Le virus Oropouche est un arbovirus du genre *Orthobunyavirus* de la famille des *Peribunyaviridae* responsable de plusieurs épidémies en Amérique centrale et du Sud (dont la Guyane française). Ses vecteurs ne sont pas tous connus, il est transmis à l'homme par un moucheron piqueur du genre *Culicoides*, et possiblement par des moustiques du genre *Culex* et *Aedes*. Depuis le début de l'année 2024, on observe des épidémies importantes en Amérique latine avec une circulation active du virus au Brésil, en Bolivie, en Colombie, en Équateur, au Guyana, au Pérou, en République Dominicaine et pour la première fois à Cuba. Plusieurs cas ont été importés en Amérique du Nord et en Europe.



Dépister et diagnostiquer

- **Patient suspect :** Signes cliniques compatibles + résidant en zone d'épidémie ou retour de zone d'épidémie d'OROV dans les 14 jours précédant les signes cliniques.

Phase aiguë (2 - 4 jours) :

- Forme le plus fréquemment modérée : fièvre (> 90%), céphalées (>80%), photophobie, douleurs rétro-orbitaires, myalgies, arthralgies, asthénie, conjonctivite, nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales, exanthème maculo-papuleux.
- Plus rarement : syndrome hémorragique (pétéchies, épistaxis, gingivorragies, méléna...) et forme neuro-invasive (5%) : encéphalite, méningite et possiblement syndrome de Guillain-barré.
- Transmission verticale mère-enfant décrite avec risque de fœtopathie (FCS, mort fœtale in-utéro, malformations : microcéphalie, arthrogrypose...) mais encore mal documentée (fréquence, formes cliniques, facteurs de risque).

Phase de rémission suivie classiquement d'une recrudescence des symptômes à J7-J10 de la rémission initiale (forme biphasique).

Létalité faible.

- **Diagnostic virologique :** La présence d'OROV a été rapportée dans le sang, le LCS, l'urine et le sperme.
 - Recommandations HCSP 2024 : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1408>
 - <J5 des symptômes : RT-PCR sur sang (un tube EDTA de 8,5 mL, non centrifugé **ET** un tube sec avec gel de 8,5 mL, centrifugé) ;
 - J5 ≤ symptômes ≤ J7 : RT-PCR sur sang et sérologie Ig M ;
 - >J7 des symptômes : sérologie seule ;
 - Si forme neuro-invasive : RT-PCR sur LCS. *La RT-PCR sang et aussi sur les urines ont été retrouvées positives jusqu'à J19 après le début des symptômes chez certains patients.*
 - Spécificité de la femme enceinte :
 - Symptomatique et ayant voyagé dans une zone d'épidémie d'OROV : faire tests virologiques d'OROV et échographie fœtale
 - Asymptomatique et ayant voyagé dans une zone d'épidémie d'OROV : faire échographie fœtale et discuter la réalisation des tests virologiques d'OROV
 - Si infection à OROV confirmée et/ou d'anomalies fœtales échographiques : suivi par un centre de diagnostic prénatal nécessaire.
- Envoyer avec les prélèvements les renseignements cliniques (date des premiers symptômes, signes cliniques, zone d'exposition géographique). Transport des échantillons à visée virologique : Triple emballage UN 3373 avec mention « MATIERE BIOLOGIQUE, CATEGORIE B »
- **Diagnostic différentiel** selon la zone géographique d'exposition : autres arboviroses (notamment la dengue avec quelques cas de co-infections décrits, Zika, chikungunya, virus Mayaro, West Nile, fièvre jaune...), paludisme (*P.vivax*>>*P.falciparum*), leptospirose.

→ **Algorithme décisionnel** pour le diagnostic d'infection à virus Oropouche en période d'épidémie de dengue cf annexe 1 p.2

Protéger

- Pas de transmission interhumaine mais devant l'excrétion possible d'OROV dans le sperme : port de préservatifs recommandés en zone à risque et jusqu'à 6 semaines chez les hommes cas confirmés.
- La prévention repose sur la protection individuelle (vêtements couvrants, moustiquaire imprégnée à mailles fines (phlébotomaire), répulsifs) et collective contre les vecteurs en zone épidémique. Pas de vaccin.
- Information des personnes ayant co-voyagé dans la(les) même(s) zone(s) géographique(s) exposante(s) en cas d'apparition de symptômes dans la période d'incubation.

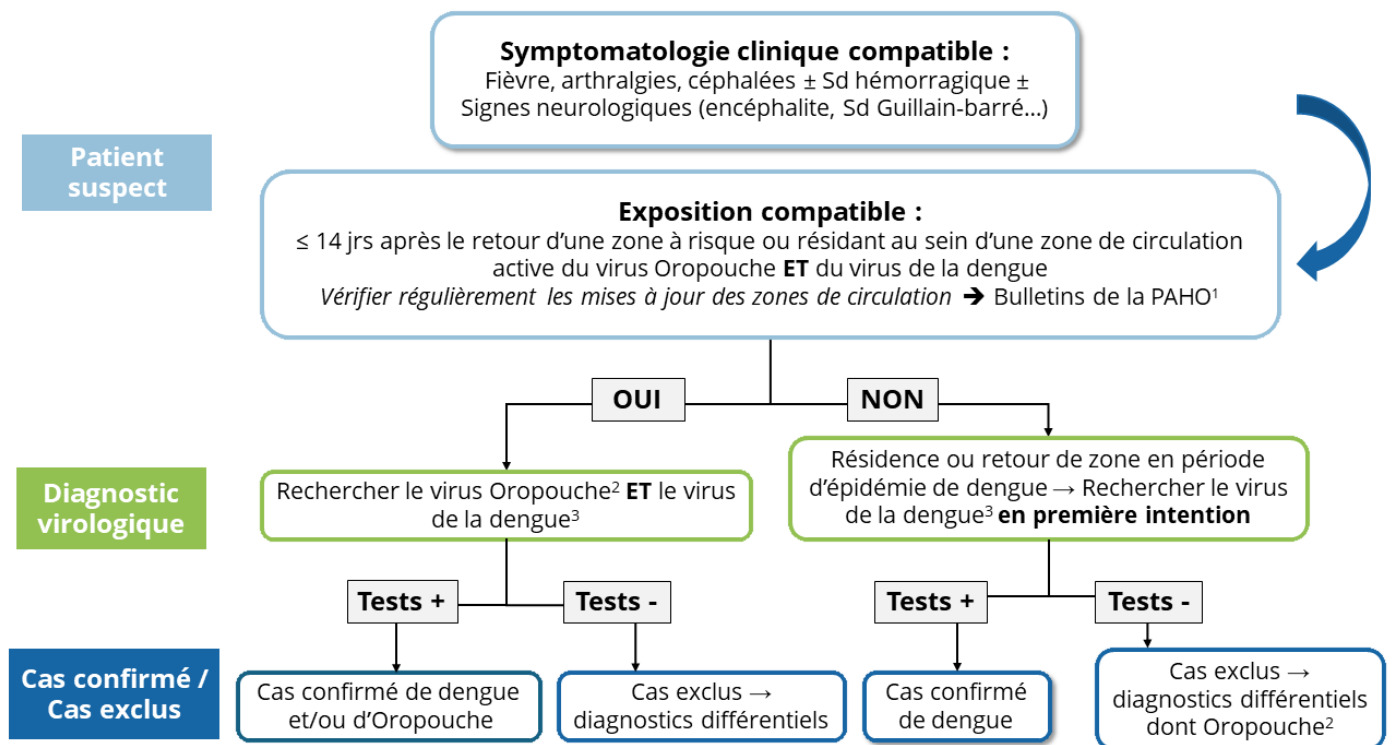
Prendre en charge :

- Traitement symptomatique adapté à la situation clinique du patient. Pas de traitement antiviral spécifique.
- Ne pas prendre d'acide acétylsalicylique (aspirine) ni d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Alerter

- **Signalement à l'ARS des patients suspect et/ou « cas confirmés »** ; Mail ARS :
 - **Nom / Tel infectiologue référent** :
 - **Contact CNR des arbovirus - Marseille**. Tel : 04 88 60 49 90 ; Mail : cnr-arbovirus.u1207@inserm.fr
- Fiche de renseignements cliniques du CNR des arbovirus à télécharger sur le site : <https://cnr-arbovirus.fr/>
- **Contact CNR des arbovirus - Laboratoire associé - Institut Pasteur de la Guyane - Cayenne**.
Tel : 05 94 29 26 09 ; Mail : cnrarbo@pasteur-cayenne.fr
 - **Contact CNR des arbovirus - Laboratoire associé - CHU Saint Denis de la Réunion**. Tel : 02 62 90 53 20 ;
Mails : nicolas.traversier@chu-reunion.fr; marie-christine.jaffarbandjee@chu-reunion.fr

Annexe 1 : Proposition d'algorithme décisionnel pour le diagnostic d'infection à virus Oropouche en période d'épidémie de dengue adaptable à la situation épidémiologique locale



1. Bulletins de la PAHO : <https://www.paho.org/en/documents?cat%5B0%5D=697&created%5Bmin%5D=&created%5Bmax%5D=&t=oropouche>
2. Diagnostic virologique d'OROV : < J5 des symptômes : PCR ; J5 ≤ symptômes ≤ J7 : PCR et sérologie Ig M ; > J7 des symptômes : sérologie seule ; ± PCR LCS si forme neurologique
3. Diagnostic virologique de la Dengue (et chik/zik) : < J5 des symptômes : PCR ; J5 ≤ symptômes ≤ J7 : PCR et sérologie Ig M ; > J7 des symptômes : sérologie seule ; Pour la Dengue, à défaut de la PCR faire test NS1. Si forme neurologique : PCR LCS. Pour le Zika, ajout PCR urine : J0 ≤ symptômes ≤ J10