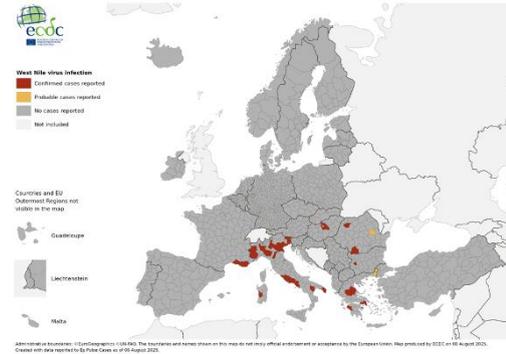


## Infection à virus West-Nile (WNV) Repérer et prendre en charge un patient suspect

**Rappel épidémiologique (sources ECDC, Santé publique France) :** Le virus West Nile (*Flavivirus* transmis par piqûre de moustique commun genre *Culex*) affecte chaque année l'Europe centrale et le bassin méditerranéen, de début juin à novembre (période d'activité du moustique). Une circulation active du virus a été observée au sein de l'avifaune, les oiseaux étant le réservoir principal du virus, l'homme, comme d'autres mammifères (équidés...), est un hôte accidentel.

Depuis le début de l'année 2025, et au 6 août, **6 pays européens ont signalé des cas humains autochtones d'infection à WNV** : Bulgarie, France, Grèce, Hongrie, Italie et Roumanie. **Près de 200 cas autochtones ont été confirmés.** (Moyenne de 163 cas à la même période au cours de la dernière décennie, 382 cas à la même période en 2024). *Source : ECDC.*

Au 13 août 2025, **4 cas autochtones d'infection à WNV** ont été identifiés en France hexagonale (PACA et Ile de France).



**Dépister et diagnostiquer** <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-transmission-vectorielle/west-nile-virus/notre-action/#tabs>

L'infection est le plus souvent asymptomatique ou pauci-symptomatique

Formes sévères plus fréquentes chez les patients âgés > 60 ans, et/ou avec co-morbidités (cancer, diabète, HTA, insuffisants rénaux, greffés...)

- **Patient suspect** : clinique peu spécifique, polymorphe : syndrome pseudo-grippal estival ou tableau neurologique à type de méningite, encéphalite, méningo-encéphalite, paralysie flasque ou syndrome de Guillain Barré. Ponction lombaire à liquide cébro-spinal (LCS) clair volontiers lymphocytaire.
- **Cas Possible** : Signes cliniques compatibles + séjour en zone d'endémo-épidémie dans les 3 semaines précédentes (incubation 2-6 jours, 21 jours chez l'immunodéprimé) : régions PACA, Occitanie et Nouvelle aquitaine ou autres zones (figure 1), en période d'activité vectorielle (de mai à novembre).
- **Diagnostic virologique** : (i) PCR West Nile (sang EDTA), si forme neurologique sur LCS < J7 du début des signes cliniques ; jusqu'à < J14 si immunodéprimé ; (ii) la sérologie IgM sur tube sec (à partir de J5 du début des signes), en seconde ligne : PCR sur urines et sérologie IgG (recherche de séroconversion).

*Ces signes cliniques avec IgM positives et PCR négative sur un prélèvement précoce doit faire rechercher le virus Usutu.*

### Protéger

- Pas de transmission interhumaine de l'infection (hormis une contamination possible par transfusion sanguine ou transplantation d'organes solides).
- La prévention repose largement sur la protection individuelle anti vectorielle (vêtements couvrants, répulsifs, moustiquaires imprégnées). Pas de vaccin contre le WNV pour l'homme.
- Information et vigilance chez les personnes co-exposées.

### Prendre en charge :

- Traitement symptomatique adapté à la situation clinique du patient
- Pas de traitement antiviral spécifique
- Dépistage des signes de gravités : formes neurologiques avec prise en charge spécifique

### Alerter

- **Maladies à déclaration obligatoire – Signalement à l'ARS des patients cas confirmés ou probables :**

**Cas confirmé** : PCR WNV spécifique\* positive sur sang ou urines ou LCS si forme neurologique (\*certaines PCR ne différencient pas le WNV du virus Usutu).

**Cas probable** : Détection des IgM dans le sang et LCS si forme neurologique ; séroconversion ou multiplication par 4 du taux des IgG confirmés par séroneutralisation.

### Contact/Expertise

- **CNR des arbovirus - IHU Méditerranée Infection - Marseille. Tel : 04 13 73 21 81 ; [cnr-arbovirus.u1207@inserm.fr](mailto:cnr-arbovirus.u1207@inserm.fr)**
- **Consulter le site internet du CNR pour la fiche de renseignements obligatoire et les instructions d'envoi : <https://cnr-arbovirus.fr/public/index.php/les-envois-de-prelevements/>**
- Nom / tél. infectiologue référent : .....