

ARBOVIROSES,

Elles sont là

Diagnostic:

clinique,

Sérologie, PCR ??

Yves GILLET

Hervé HAAS

12ème RIPA

## Réunion d'Infectiologie Pédiatrique Ambulatoire Alpine

Aix les Bains  
30 janvier 2026



H

## Hervé HAAS

Alias *Aedes albopictus*

⇒ Exotique, plutôt élégant

⇒ Parfois pénible mais sans lien d'intérêt



Y

## Yves GILLET

Alias *Culex pipiens pipiens*

⇒ Domestique, prévisible

⇒ Tout aussi pénible, sans lien d'intérêt non plus



Antonina, 13 ans, sans ATCD, vaccins à jour est amenée le 2 septembre 2025 à Créteil pour fièvre évoluant depuis 5 jours avec une éruption cutanée depuis 48h. Les symptômes ont débuté à la fin des vacances passées à Fréjus. Elle se plaint de céphalées intenses, rétro-orbitaires et d'arthralgies diffuses. Elle a présenté le matin même un épistaxis (inhabituel chez elle) spontanément tari.

Elle présente des douleurs abdominales depuis ce jour (début des règles ce jour, D. « habituelles »).

L'examen clinique montre une éruption morbilliforme avec deux éléments un peu purpuriques du poignet, non nécrotiques et non extensifs.

L'hémodynamique est stable. Il n'y a pas de syndrome méningé mais l'enfant est asthénique. Pas de voyage récent autre que le Var...

JF 13 ans, fièvre éruptive + céphalées + arthralgie etc...

## Question : quel(s) diagnostic(s) évoquez vous ?

-  Syndrome de choc toxinique menstruel
-  Méningococcémie
-  Arbovirose
-  Virose éruptive banale

JF 13 ans, fièvre éruptive + céphalées + arthralgie etc...

Réponse : tous sont +/- plausibles mais...



### **Syndrome de choc toxinique menstruel**

=> Début des symptômes 5 j avant le début des règles donc bof...



### **Méningococcémie**

=> purpura non extensif, fébrile depuis 5 j, vaccinée...



### **Arbovirose**

=> clinique compatible, période propice et retour de zone « à risque »



### **Virose éruptive banale**

=> fièvre éruptives rares à cet âge, vaccinée, dg d'élimination (?)

JF 13 ans, fièvre éruptive + céphalées + arthralgie etc...

## Question : vous évoquez une arbovirose, quelles sont les affirmations exactes ?

-  La dengue et le chikungunya sont difficiles à différencier cliniquement
-  Il s'agit plus probablement d'un chikungunya
-  Il faut réaliser une sérologie dengue et une sérologie chikungunya
-  Il faut réaliser une PCR Dengue et une PCR chikungunya dans le sang

JF 13 ans, fièvre éruptive + céphalées + arthralgie etc...

**Question : vous évoquez une arbovirose, quelles sont les affirmations exactes ?**



**La dengue et le chikungunya sont difficiles à différencier cliniquement**

=> Vrai, surtout en métropole



**Il s'agit plus probablement d'un chikungunya**

=> Vrai mais uniquement sur argument épidémiologique (insuffisant)



**Il faut réaliser une sérologie dengue et une sérologie chikungunya**

=> Trop tôt, uniquement si symptômes depuis 7j ou plus



**Il faut réaliser une PCR Dengue et une PCR chikungunya dans le sang**

=> Vrai, le plus souvent faites ensemble sur le même pvt (cf 1)

# **Antonina est hospitalisée et le diagnostic de chikungunya est confirmé**

**Question : que proposez vous ?**



**Déclaration du cas à l'ARS**



**Mise sous moustiquaire imprégnée d'insecticide**



**Traitements par Aciclovir IV**



**Traitements symptomatique**

# Antonina est hospitalisée et le diagnostic de chikungunya est confirmé

Question : que proposez vous ?



## Déclaration du cas à l'ARS

=> D'autant plus qu'il s'agit d'un cas « autochtone »



## Mise sous moustiquaire imprégnée d'insecticide

=> rarement disponible mais recommandé pour éviter diffusion



## Traitements par Aciclovir IV

=> inutile, totalement inefficace



## Traitements symptomatique

=> Seul traitement possible

Eva, 12 ans, sans ATCD, vaccins à jour, est amenée le 5 juillet aux Urgences de Créteil pour convulsion prolongée.

Elle est fébrile depuis 8 jours avec des céphalées intenses et une éruption non spécifique du tronc étiquetée virose.

Après 24h d'apyrexie, elle présente un nouveau pic à 39° et une crise tonico-clonique généralisée. La crise a cédé après injection de Midazolam par le SAMU.

Aux Urgences, elle est fébrile à 39°C, l'hémodynamique est stable mais elle présente une somnolence et une confusion persistantes.

Il n'y a aucune notion de voyage récent en dehors de l'IdF.

La PL montre une méningite lymphocytaire, l'examen direct du LCS est négatif et la PCR syndromique est négative

**JF 12 ans, syndrome grippal + convulsion**

**Question : Quelles sont les propositions qui vous paraissent exactes ?**

-  **Le tableau clinique évoque une arbovirose**
-  **Un traitement par Aciclovir IV doit être débuté**
-  **Il peut s'agir d'un virus West-Nile**
-  **Le diagnostic de Dengue autochtone est probable**

# Quelles sont les propositions qui vous paraissent exactes ?



## Le tableau clinique évoque une arbovirose

=> Tableau sd grippal/amélioration/apparition signes neuros évocateurs



## Un traitement par Aciclovir IV doit être débuté

=> Herpès pas éliminé (nécessite 2 PCR négatives ou un autre dg certain)



## Il peut s'agir d'un virus West-Nile

=> Etiologie dont l'incidence augmente lentement mais sûrement, y compris dans le « nord »



## Le diagnostic de Dengue autochtone est probable

=> Pas complètement impossible mais clinique peu en faveur et autres dg plus fréquents : attention à la « tunnelisation »

## Quelques rappels d'entomologie...

# *Aedes albopictus*

H



VS

# *Culex pipiens*

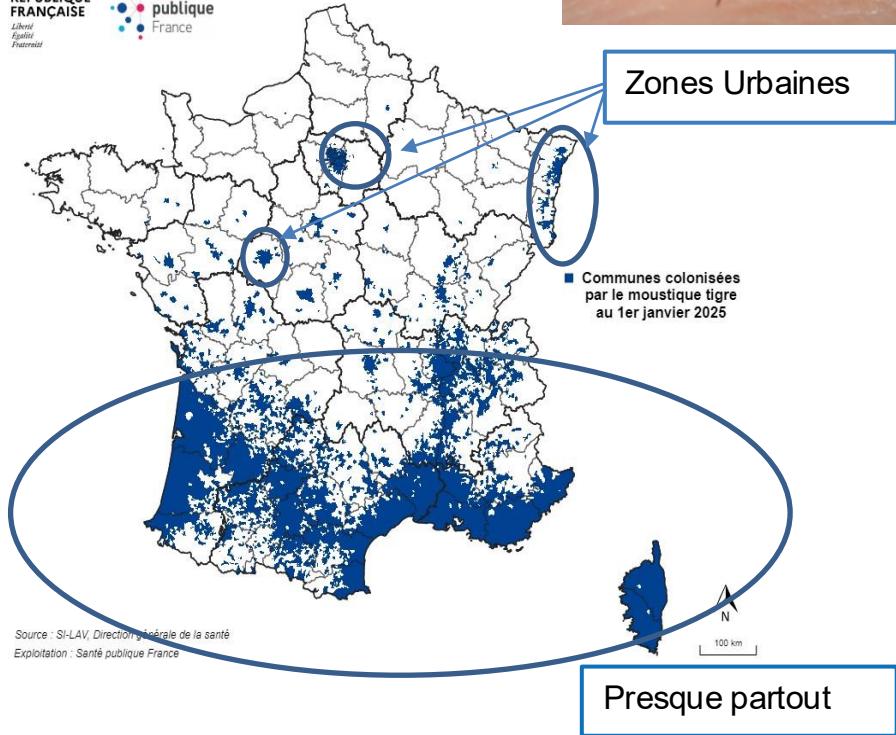
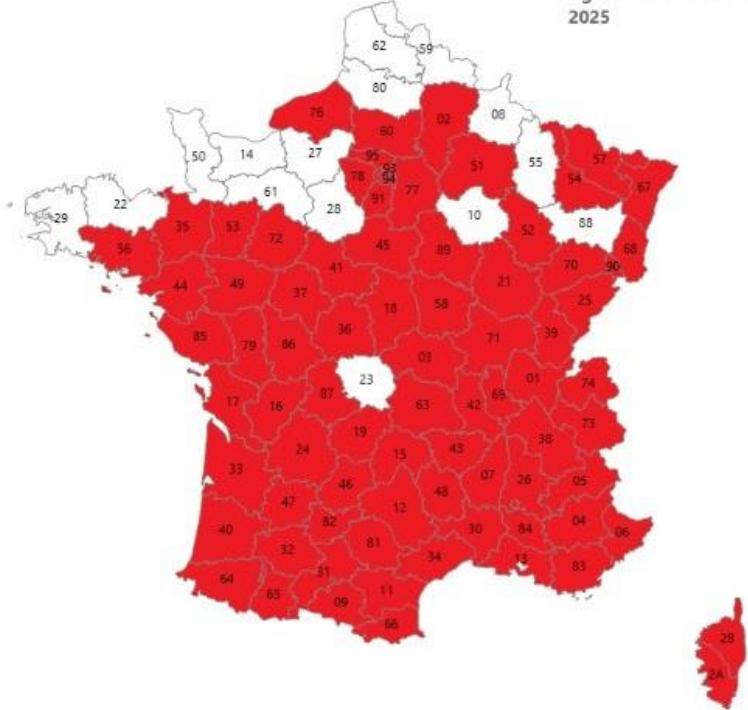
Y



- Moustique-tigre
- zones urbaines
- Pond dans les eaux stagnantes et gîtes créés par l'homme (vases, soucoupes de pots de fleurs, gouttières...)
- Transport vieux pneus = arrivée en Europe
- Espèce agressive : pique de jour avec un pic au lever du jour et un autre au crépuscule (moustique de l'apéro).
- Peu bruyant, piqûres multiples, vol long
- Origine : Asie du Sud-Est et Océan Indien
- Forte expansion en zone non-tropicale.

- Moustique « commun » ou « domestique »
- Pond dans eaux chaudes et stagnantes : piscines mal entretenues, flaques d'eau de pluie
- Eaux riches en matières organiques (fosses septiques, étangs, pièges à sable des bouches d'égouts).
- Nocturne (moustique de la chambre à coucher), pique le soir ou la nuit
- Plus bruyant, vol court
- Partout dans le monde (ou presque ...)

# *Aedes albopictus* en 2025



# Arboviroses autochtones : état des lieux entre 01/01/2025 et 06/10/2025

Santé publique France / Surveillance sanitaire / Bulletin hebdomadaire / Semaine 41-2025  
Edition Nationale / Publication : 08 octobre 2025 / p. 10

- 87 foyers de chikungunya totalisant 737 cas (1 à 128 cas par épisode)
  - ✓ Foyers les plus actifs : # 1 Antibes (06), # 2 Bergerac (24), # 3 Fréjus (83), # 4 Vitrolles (13),
  - ✓ Foyers en ARA # 5 Eybens (38), Grand Est (Dijon, Strasbourg), en Ile de France...
- 12 foyers de dengue totalisant 28 cas (1 à 8 cas par épisode)
- 44 cas d'infection par le virus West-Nile dont 13 encéphalites
  - ✓ Foyers « habituels » : PACA, Occitanie
  - ✓ 1er foyer en Ile de France (10 cas dont 3 encéphalites), dans le Puy de Dôme, en Haute-Garonne...

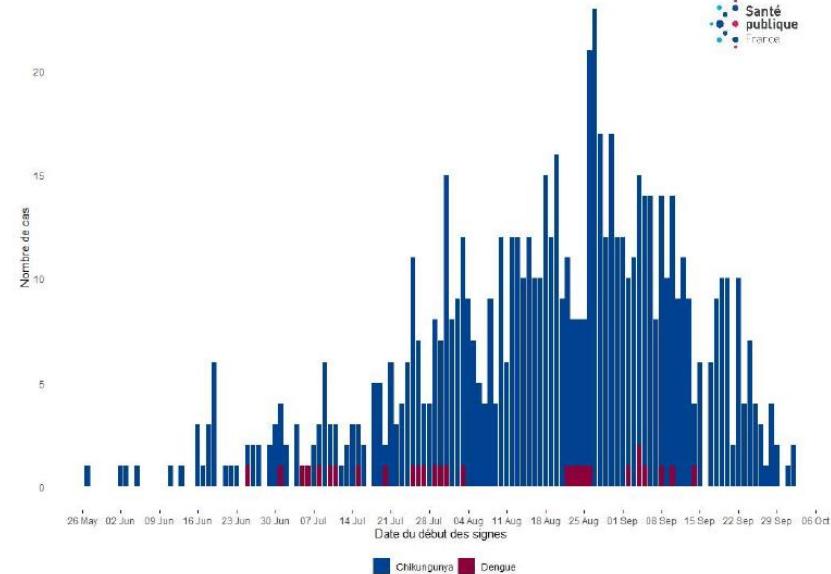
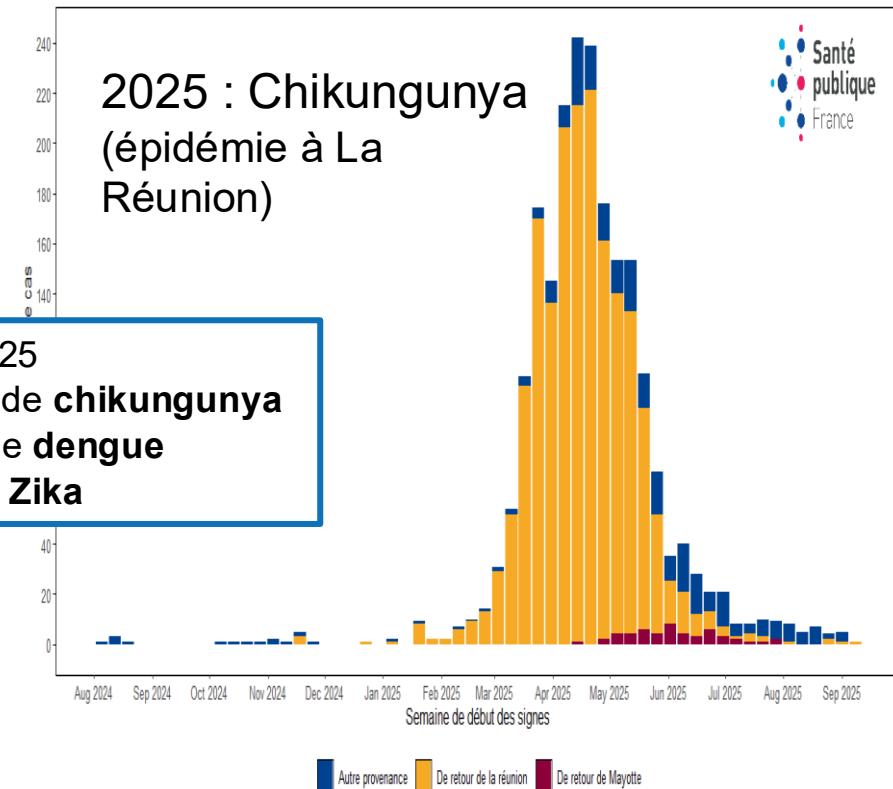
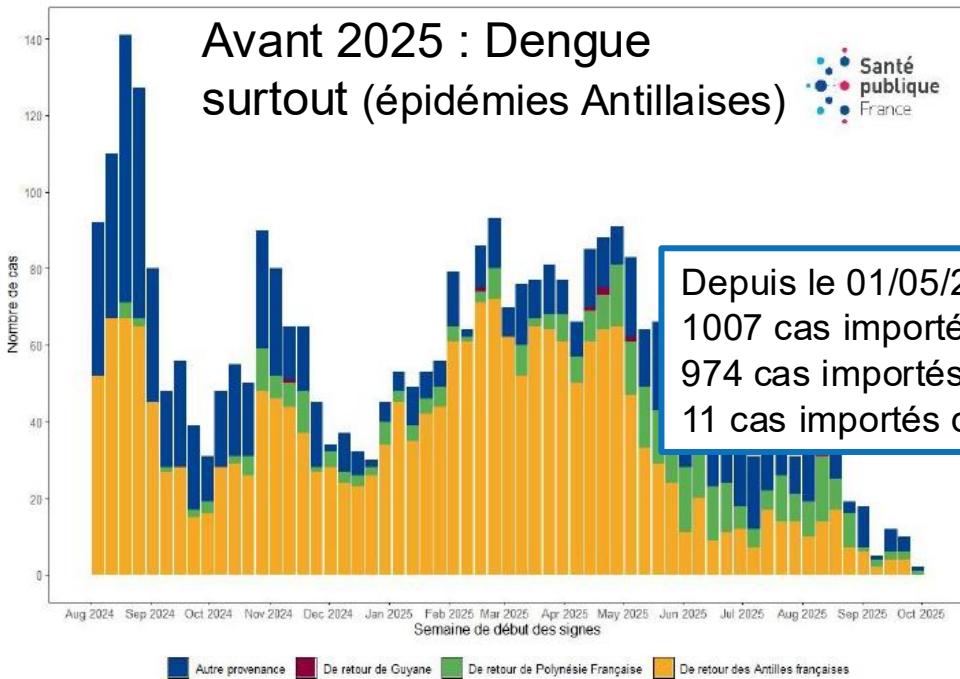
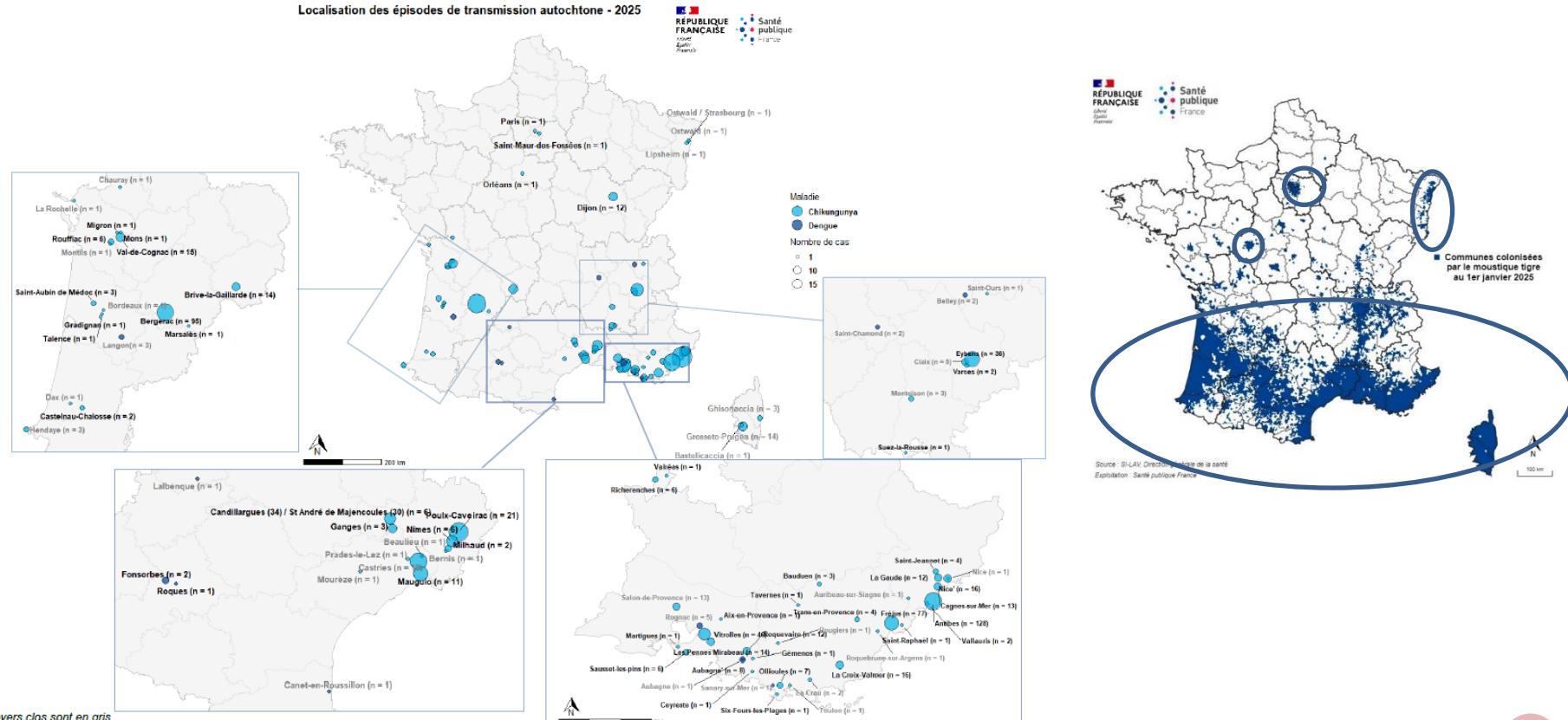


Figure 2 : Courbe épidémique des cas autochtones de chikungunya et de dengue en France hexagonale, saison 2025, à la date du 06/10/2025

# Pour mieux comprendre il faut regarder loin...

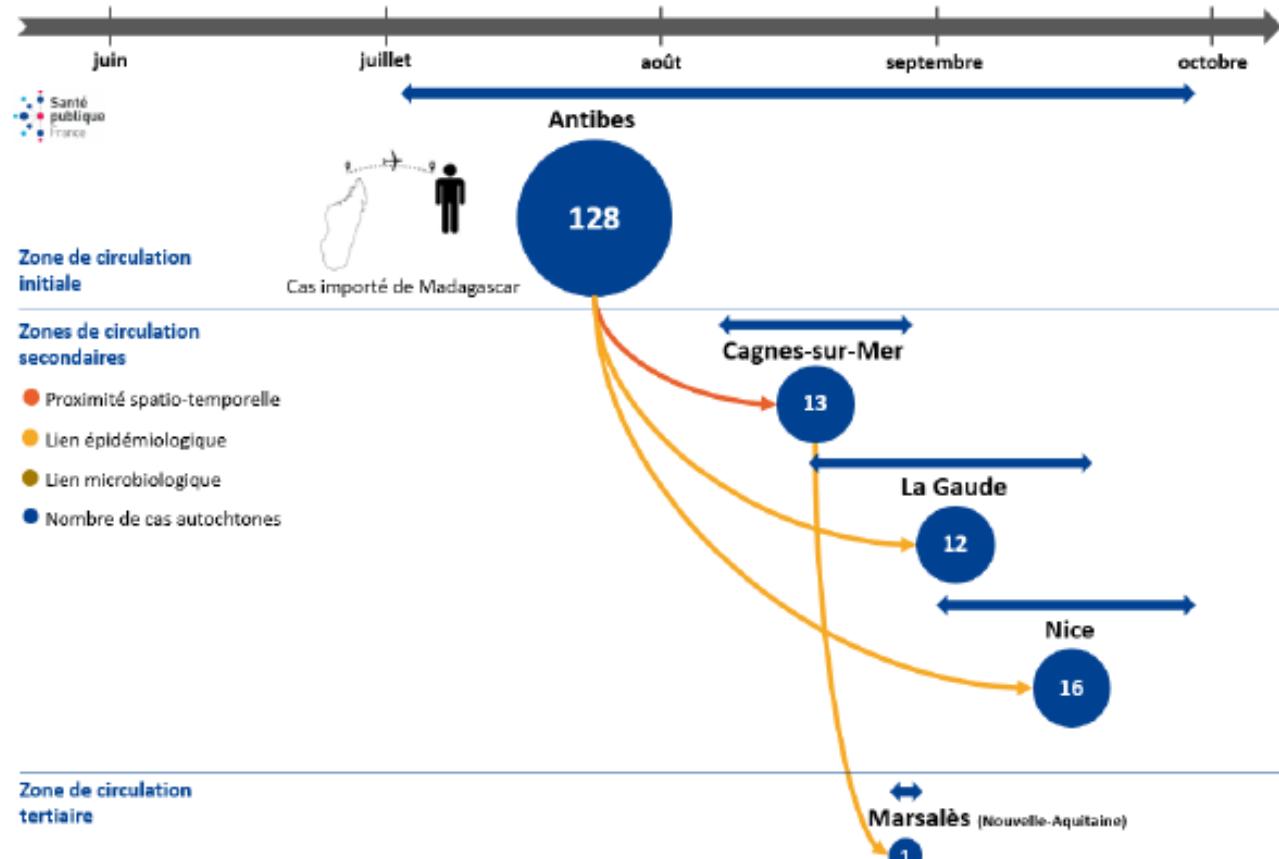


# Répartition des cas autochtones de Dengue et chik. en 2025



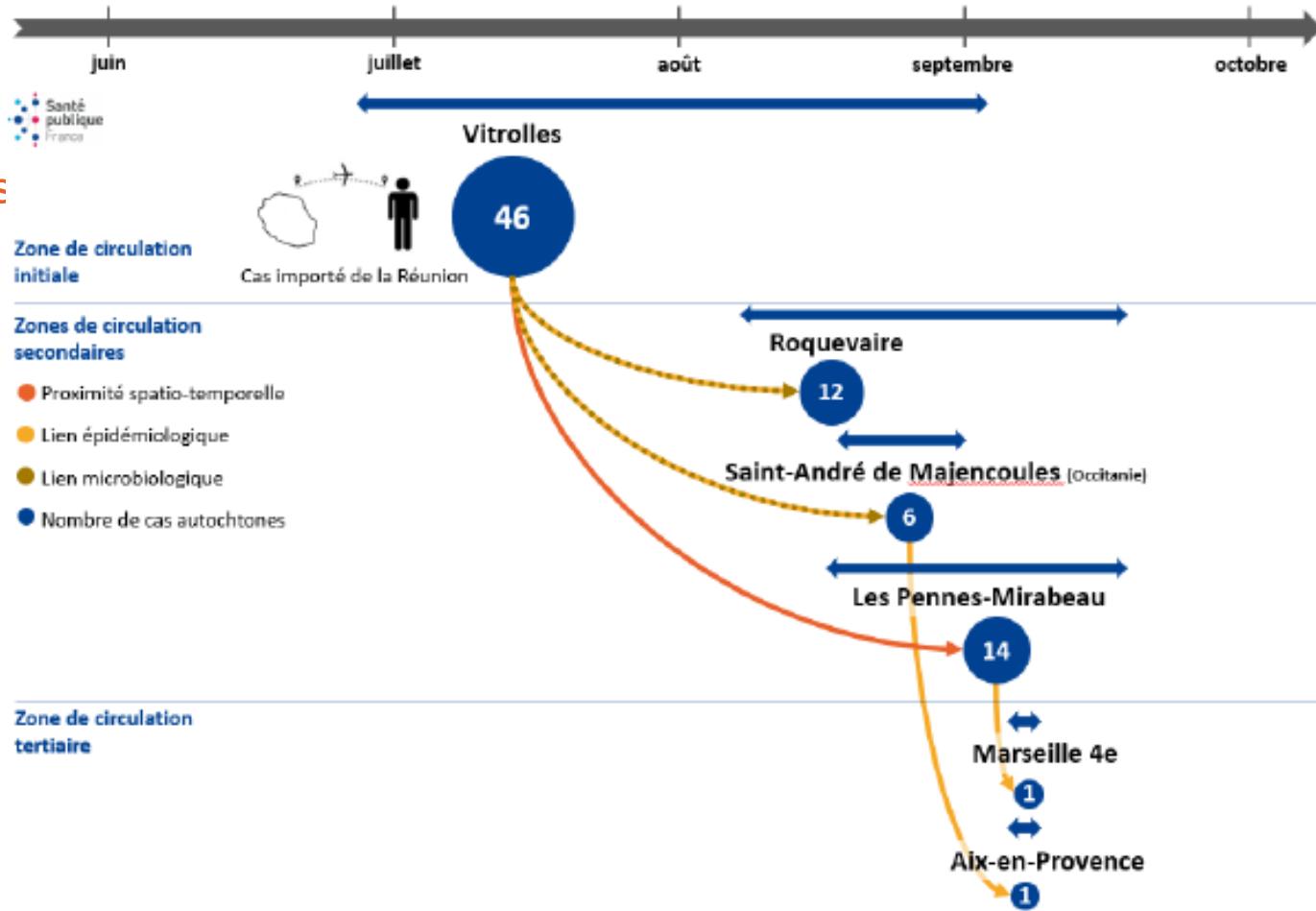
# Vers des foyers autonomes ?

Foyers secondaires  
de chikungunya  
Ex: Antibes



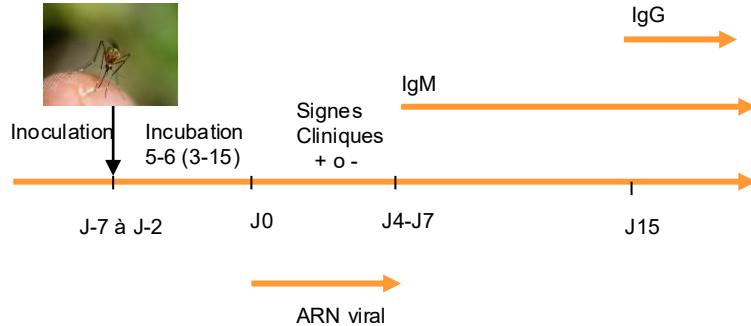
# Vers des foyers autonomes ?

Foyers secondaires  
de chikungunya  
Ex: Vitrolles



# La clinique Dengue/Chik. en une diapo (avec la CAT en prime)

- Clinique (**rien de spécifique**)
  - Formes asymptomatiques fréquentes
  - Fièvre à début brutal, souvent élevée, asthénie
  - Céphalées parfois intenses, rétro-oculaires (dengue)
  - Arthralgies +/- importantes (Chik. > Dengue)
  - Eruption cutanée non spécifique, parfois avec conjonctivite
  - Sd hémorragique : épistaxis, gingivorragie, purpura « mécanique »
- Diagnostic
  - Retour zone d'endémie/épidémie
  - Impossible à distinguer cliniquement  
=> **toujours rechercher les deux**
  - **Avant 7j** d'évolution : PCR sang
  - **Après 10 jours** : sérologie
- Traitement : uniquement **symptomatique**
- **Transmission verticale possible** pendant la grossesse
- **Surveillance renforcée** repose sur le signalement obligatoire de tous les cas documentés biologiquement, importés et autochtones.



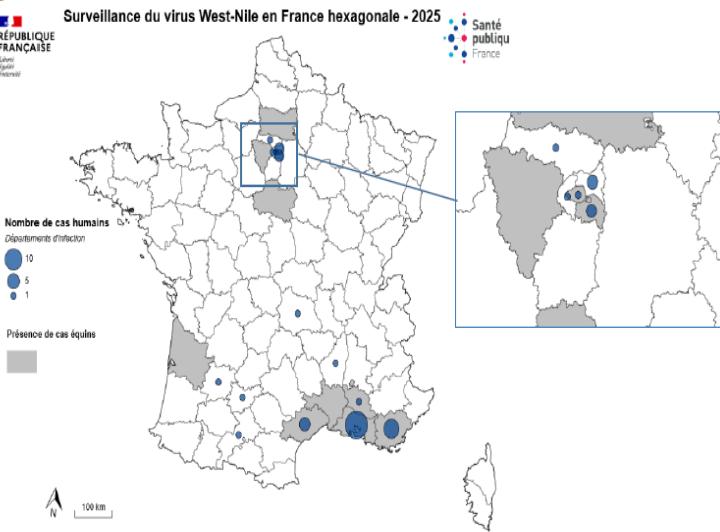
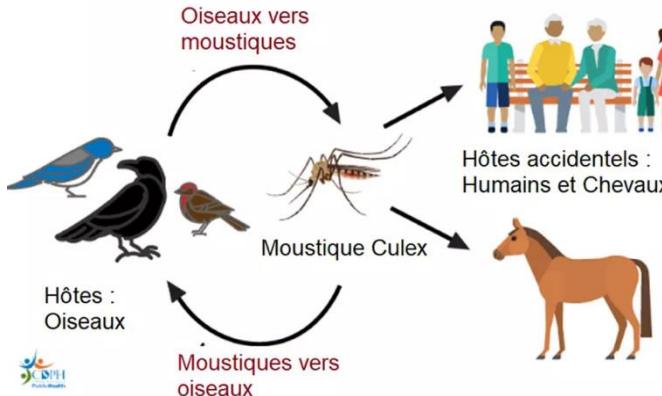
# Et le West-Nile alors...

## Des points communs et des différences



- Points communs
  - ARthropod BOrn VIROSE
  - Augmente régulièrement, vers le nord
  - Clinique peu spécifique, pas de tt
- Différences
  - Vecteur implanté depuis longtemps
  - Encéphalites+++
  - Réservoir = oiseaux migrateurs
  - Evolution épidémio. moins « prévisible » car peut être plus liée au réservoir qu'au vecteur

### TRANSMISSION DU VIRUS DU NIL



# Pensaments et mesatge a tornar à l'ouestau

- Arboviroses autochtones : phénomène de plus en plus commun dans le Sud de la France et qui tend à s'étendre et aucune raison de penser que ce phénomène ne s'inverse, au contraire ...
- Ces diagnostics devront être évoqués et sur un territoire de plus en plus vaste : la CAT mérite d'être connue au Nord de Valence...
- Maladies à déclaration obligatoire à l'ARS dès qu'un cas suspect ou confirmé est testé, qu'il soit importé ou autochtone.
- Surveillance renforcée du 1er mai au 30 novembre
- Et demain ?
  - ➡ Les risques d'importation de cas, de cas autochtones voire l'émergence de foyers « autonomes » en métropole devraient être pris en compte lors des réflexions de politique vaccinale pour l'outre-mer.
  - ➡ De même, une vaccination ciblée dans certaine zone pourrait être un moyen d'éteindre un foyer avant qu'il ne s'autonomise (avec les techniques de lutte contre le vecteur)



# Quel est le seul pays au monde qui résiste encore et toujours aux moustiques ?



