

La lettre d'information du diplôme et de la capacité de médecine tropicale des pays de l'océan indien

N° 44 – Juillet 2015

La lettre d'information n° 44 du 30 juin 2016 est consacrée aux épidémies en 2015 et pendant le premier semestre 2016.

La maladie à virus Ebola et la maladie à virus Zika, que nous avons traités dans la lettre d'information n° 43 du 31 mars 2016, ont quelque peu « occulté » les autres épidémies survenues pendant l'année 2015 et au premier semestre 2016. Or, ces maladies épidémiques peuvent représenter une menace pour la santé publique mondiale.

Depuis fin 2015, la République Démocratique du Congo (RDC) a notifié une flambée de **choléra** qui a causé au 10 juin 2016, soit au 6^{ème} mois d'évolution, 9 361 cas et 159 décès. Elle s'est propagée le long du fleuve Congo et a atteint la capitale, Kinshasa. La République Unie de Tanzanie est elle aussi confrontée à une importante flambée de choléra depuis août 2015, qui a fait 338 victimes parmi les 21 590 cas recensés. Les pays limitrophes (Kenya, Malawi, Mozambique, Zambie) ont signalés également des flambées de choléra.

Rappelons que le choléra a fait officiellement en 2014 au total 190 549 cas, dont 2 231 décès dans le monde, mais on pense que le nombre annuel de cas pourrait être beaucoup plus élevé, entre 1 et 4 millions.

On peut actuellement « contenir » le choléra, grâce aux vaccins anticholériques, mais la stratégie la plus efficace de lutte contre le choléra consiste à protéger les sources d'eau des contaminations par les excréta humains.

Depuis qu'a débuté en 2010 la vaccination contre le méningocoque du sérogroupe A dans les pays d'Afrique subsaharienne, le nombre de cas de méningites dus à *Neisseria meningitidis* du groupe A (*NmA*) a baissé très fortement. Dans le même temps, on a continué à détecter des flambées dues à d'autres sérogroupe de méningocoque (*Nm W*, *Nm X*, *NmC*). En 2015, une épidémie sans précédent de **méningite à Nm C** est apparue au Niger et au Nigeria, donnant environ 11 000 cas et 800 décès. Des cas de *Nm C* ont aussi été signalés au Bénin, au Burkina-Faso, au Mali et en Côte d'Ivoire.

Une flambée de grande amplitude de méningite a été signalée au Ghana entre décembre 2015 et avril 2016. Il s'est agi d'une **méningite à pneumocoque**.

Rappelons qu'en 2014, sur 14 317 cas de méningite notifiés en Afrique avec une mortalité de 9,1%, 3 387 échantillons de LCR ont été prélevés, que 860 ont été positifs, dont 231 *NmW135*, 5 *NmA*, 12 *NmC*, 505 pneumocoques, 22 *Hib*. On assiste donc depuis 2010 à un changement dans les germes en cause dans les méningites en Afrique, contemporain de l'introduction du vaccin contre *NmA*.

Depuis le 5 décembre 2015, l'Angola est confronté à la flambée de **fièvre jaune** la plus importante depuis 30 ans, avec des cas exportés aux pays voisins et même au-delà du continent africain. Cette flambée est inhabituelle par son ampleur, mais aussi parce qu'elle sévit principalement en milieu urbain, notamment à Luanda, la capitale. Au 17 juin 2016, 3 294 cas présumés ont été notifiés et 347 décès.

La fièvre jaune s'est propagée en RDC (59 cas importés, 1 106 cas notifiés, 75 décès). Le Kenya a déclaré 2 cas importés. Hors d'Afrique, la Chine a confirmé 11 cas chez des Chinois travailleurs expatriés de retour d'Angola. On trouve des moustiques du genre *Aedes* dans certaines régions du Sud de la Chine, mais aucune transmission locale de la fièvre jaune n'y a été signalée, ni dans aucune autre région d'Asie où les *Aedes* sont également présents.

Six pays sont actuellement en état de flambées de fièvre jaune : le Brésil, la Colombie, le Ghana, l'Ouganda, le Pérou et le Tchad.

La fièvre jaune n'est pas la seule maladie due à un *flavivirus* et transmise par les moustiques du genre *Aedes* qui constitue actuellement une menace. L'épidémie actuelle de **maladie à virus Zika** est le signe d'un risque accru d'épidémies à transmission vectorielle imputable à une plus grande densité des *Aedes* vecteurs, *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*, particulièrement en milieu urbain. L'urbanisation toujours plus grande et certains phénomènes climatiques (El Nino et le réchauffement climatique) sont à l'origine d'environnements plus chauds et plus humides, favorisant l'augmentation du nombre des moustiques.

L'OMS estime que de 3 à 4 millions de personnes devraient être infectées par le virus *Zika* d'ici 2017. Un consensus scientifique s'est établi pour dire que le virus *Zika* est à l'origine de cas de microcéphalie et de syndrome de Guillain-Barré. Avec la poursuite de l'épidémie, d'autres complications ont été rapportées, en particulier des anomalies ophtalmologiques souvent bilatérales. Le diagnostic est toujours difficile. La virémie semble brève, d'environ 3 jours après le début de la symptomatologie clinique. Le virus peut alors être détecté par PCR réalisable à partir du sérum ou du plasma, de la salive, du sperme, du liquide amniotique. Le diagnostic sérologique repose sur le dosage des IgM et des IgG spécifiques en phase aiguë, puis de convalescence. Il y a un haut degré de réaction croisée avec les autres flavivirus.

La transmission du virus *Zika* se fait par la piqûre du moustique, la protection contre les piqûres de moustiques est une mesure essentielle pour la prévention. La transmission par voie sexuelle est avérée avec transmission du virus *Zika* au sein de couples lors de relations intimes. Du virus infectieux a été mis en évidence dans du sperme d'hommes (certains étaient asymptomatiques) et du génome viral a été retrouvé dans le sperme jusqu'à trois mois après le retour d'une zone de circulation active du virus.

Le 29 juin 2016, le Haut Conseil de la santé publique vient d'actualiser ses recommandations en raison de la confirmation d'éléments concernant la transmission sexuelle du virus Zika. Il convient pour les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse, de vérifier que l'homme ne risque pas de transmettre le virus par le sperme. Ainsi, " Après une situation de contact possible avec le virus (fin de circulation active ou retour d'une zone de circulation active), il est recommandé de réaliser un examen sérologique chez l'homme et si cette sérologie est positive d'effectuer une recherche de virus dans le sperme. Une grossesse pourra être envisagée si cette recherche est négative à deux reprises."

Afin de réduire le risque et les complications potentielles dues au virus *Zika* chez la femme enceinte, les partenaires sexuels des femmes enceintes doivent avoir des pratiques sexuelles à moindre risque ou envisager l'abstinence pendant au moins 6 mois. Les couples prévoyant une grossesse doivent attendre au moins 8 semaines avant d'essayer de concevoir en l'absence de symptômes ou 6 mois si l'un ou les deux membres du couple ont des symptômes. Les demandes d'avortements ont doublé au Brésil depuis le début de l'épidémie de maladie à virus *Zika*.

La **dengue**, due aussi à un flavivirus, et dont le principal vecteur est *Aedes aegypti*, voit son incidence continuer de progresser dans le monde. La dengue est endémique dans plus de 100 pays en Afrique, dans les Amériques, en Méditerranée orientale, en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique occidental, ces deux régions étant les plus touchées. L'année 2015 a été caractérisée par des flambées épidémiques majeures dans le monde entier. Des flambées ont été signalées aux Philippines, en Malaisie, au Brésil, en Inde, à Hawaï, dans les îles du Pacifique. La Région des Amériques a signalé à elle seule 2,35 millions des cas, dont 10 200 cas de dengue sévère et 1 181 décès. La menace d'une flambée existe désormais en Europe, où une transmission locale a été rapportée.

Une flambée épidémique due au virus **Oropouche** a été notifiée par le Pérou en mai 2016. Une mission sur le terrain a découvert une flambée mixte impliquant le virus de la dengue (DEN-2) et le virus *Oropouche*. 120 cas ont été confirmés. Ce virus est un bunyavirus du bassin amazonien qui cause un syndrome dengue-like. De grandes épidémies sont rapportées en saison pluvieuse. Le réservoir de virus est inconnu, le vecteur est un moucheron de l'espèce *Culicoïdes paraensis*. Vu son tableau clinique, le fièvre à virus *Oropouche* est incluse dans le diagnostic clinique différentiel d'autres arboviroses courantes, comme la dengue, le Chikungunya, la fièvre jaune, la maladie à virus *Zika*.

Bien connu dans l'océan Indien, un alphavirus, le virus **Chikungunya** (CHKV) a poursuivi sa progression dans les Amériques en 2015. On rappelle qu'en décembre 2013, l'Organisation panaméricaine de la Santé a émis une alerte régionale annonçant la transmission autochtone du CHKV dans les Amériques après la confirmation de cas à l'île de Saint-Martin. Le CHKV s'est propagé en 2014-2015 dans 44 pays et territoires des Amériques. Fin août 2015, 1,7 million de cas

était identifié. En mai 2015, une consultation d'experts sur les cas atypiques et chroniques de Chikungunya s'est tenue à Managua au Venezuela.

Depuis novembre 2015, une fièvre hémorragique virale, la **fièvre de Lassa**, due à un arenavirus, sévit en Afrique de l'Ouest. Le Bénin, le Libéria, le Nigeria, la Sierra Leone et le Togo ont notifiés plus de 300 cas de fièvre de Lassa avec 167 décès. Le Nigeria a signalé le plus de cas : 273 cas et 149 décès, suivi par le Bénin : 54 cas, 28 décès. Des cas ont été exportés en Europe (Allemagne : 1 cas ; Suède : 1 cas). Le virus de Lassa se transmet le plus souvent du rat à l'homme (dans 85-95% des cas) par contact avec les déjections ou les urines des rongeurs. La transmission interhumaine est observée dans les hôpitaux ou les morgues. Dix agents de santé ont été infectés au Nigeria par le virus Lassa et deux d'entre eux sont décédés. Quatre de ces dix cas étaient d'origine nosocomiale. Les flambées plus importantes et plus étendues de fièvre de Lassa observées actuellement en Afrique de l'Ouest pourraient être dues à l'urbanisation accrue et aux conditions climatiques favorables au rat : précipitations abondantes ce qui a permis de bons rendements des cultures et a donné de la nourriture en abondance aux rats.

L'épidémie d'**Ebola** semble en voie d'extinction en Afrique de l'Ouest. L'urgence de santé publique de portée internationale liée au virus *Ebola* a été déclarée terminée le 29 mars 2016. Au total, 28 616 cas confirmés, probables et suspects ont été notifiés en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, dont 11 310 décès. Le délai de 42 jours (2 fois la période d'incubation) qui doit s'écouler avant de pouvoir déclarer la fin de la flambée épidémique au Libéria a pris fin le 9 juin. La Guinée a déclaré la fin de la transmission du virus *Ebola* le 1^{er} juin. La Sierra Leone a contenu la dernière flambée d'*Ebola* en mars 2016 ; elle maintient une surveillance soutenue en réalisant des écouvillonnages et des tests sur toutes les personnes dont le décès a été signalé, et en procédant sans délai à l'investigation et au dépistage de tous les cas suspects. La politique d'écouvillonnage sera revue le 30 juin.

Le risque de nouvelles flambées épidémiques dues à l'exposition à des liquides biologiques infectés de survivants d'*Ebola* persiste et requiert des efforts soutenus pour le réduire, à travers des activités de conseil en matière de pratiques sexuelles protégées et d'analyses de liquides biologiques.

Toutes les maladies infectieuses représentant une menace en 2016 n'ont pas été évoquées. Le syndrome respiratoire du Moyen-Orient dû à un coronavirus (MERS-CoV) a été caractérisé en 2015 par une plus grande fréquence des flambées dans les hôpitaux en Arabie saoudite. Après la première pandémie grippale du XXI^e siècle due au virus H1N1, les virus aviaires H5N1, H7N9 sont à fort potentiel pandémique.

En définitive, on note que les épidémies actuelles sont essentiellement dues à des maladies virales. D'où l'importance, après la mise au point du vaccin contre la dengue (Dengvaxia®), des recherches vaccinales en cours contre le Chikungunya, l'Ebola et le Zika.

Références

- OMS. Relevé épidémiologique hebdomadaire 2015, n° 20 (MERS-CoV), 33 (Chikungunya), 45 (Zika), 47 (Méningite, séro-groupe C).
- OMS. Relevé épidémiologique hebdomadaire 2016 n° 22 (Grippe), 21 (Fièvre de Lassa), 19 (Infections à flavivirus), 17. (Fièvre jaune).
- OMS. Centre des médias. Dengue et dengue sévère, avril 2016.
- OMS. Bulletin d'information sur les flambées épidémiques. Fièvre de Lassa – Nigeria. 27 mai 2016.
- OMS. Rapport de situation OMS. Rapport de situation. Maladie à virus Ebola. 2 juin 2016.
- OMS. Bulletin d'information sur les flambées épidémiques. Maladie à virus Oropouche. 3 juin 2016.
- OMS. Rapport de situation. Fièvre jaune, 23 juin 2016.

Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère. Texte écrit le 30 juin 2016.

E-mail : aubry.pierre@wanadoo.fr