

A propos d'un cas d'encéphalite à virus West Nile chez une patiente de retour de Madagascar : quel risque d'émergence pour la Réunion ?

S. Larrieu (1), E. Cardinale (2,3), Ocquidant (4), M. Roger (2,3), R. Lepec (5), H Delattre (6), G. Camuset (7), Philippe Desprès (8), E. Brottet (1), P.C. Charlin (9), A. Michault (10)

1. Cellule interrégionale d'épidémiologie océan Indien (Cire OI), Institut de veille sanitaire, Saint Denis, La Réunion, France
2. CIRAD UMR, Contrôle des maladies animales exotiques et émergentes, Saint Denis, La Réunion, France
3. Centre de recherche et de veille de l'océan Indien (CRVOI), Saint Denis, La Réunion, France
4. Service de réanimation neurologique groupe hospitalier Sud Réunion (GHSR), Centre hospitalier réunion (CHR), Saint Pierre, La Réunion, France
5. Commission de l'océan Indien (COI), Quatre Bornes, Mauritius
6. Institut de recherche et de développement (IRD), Marseille, France
7. Service maladies infectieuses, groupe hospitalier Sud Réunion (GHSR), Centre hospitalier réunion (CHR), Saint Pierre, La Réunion, France
8. Centre national de référence des arbovirus, Institut Pasteur, Paris, France
9. Service de Neurologie groupe hospitalier Sud Réunion (GHSR), Centre hospitalier réunion (CHR), Saint Pierre, La Réunion, France
10. Laboratoire de bactériologie-parasitologie-virologie-hygiène, groupe hospitalier Sud Réunion (GHSR), Centre hospitalier réunion (CHR), Saint Pierre, La Réunion, France

Introduction : Le West Nile est une des arboviroses les plus répandues dans le monde. Dans la zone OI, une circulation active a déjà été montrée en Afrique de l'Est (Djibouti, Éthiopie, Kenya, Ouganda et Soudan) et à Madagascar. Des épidémies ont également été documentées en Afrique du Sud (1974) et au Soudan (2002).

Présentation du cas : Fin mai 2010, une femme de 58 ans de retour de Madagascar est admise aux urgences avec une fièvre élevée et une paralysie du bras droit. Les premières analyses révèlent une encéphalite et suggèrent une origine virale. Seuls des IgM anti-west nile sont retrouvés dans le LCR et le sérum. Aggravation des symptômes neurologiques, transfert en réanimation et l'intubation de la patiente, amélioration secondaire progressive puis décès brutal. Les prélèvements effectués la veille du décès confirment la présence d'IgM anti-West Nile ainsi qu'une séroconversion, avec de faibles titres d'IgG et une faible activité neutralisante.

Investigations épidémiologiques et vétérinaires : L'investigation a révélé que la patiente avait voyagé dans une zone de Madagascar où la présence du virus WN avait déjà été identifiée. Une étude menée dans le cadre du projet Animal Risk a montré dans cette zone une séroprévalence de 28,7 % chez les volailles adultes (intervalle à 95 % : [21,1-36,3]), confirmant cette information. Le réseau de surveillance épidémiologique et gestion des alertes dans l'océan Indien (SEGA) a été activé, mais aucun autre cas suspect n'a été rapporté par les épidémiologistes de Madagascar.

Discussion : La patiente a présenté une forme sévère « classique » d'infection à West Nile. Son seul facteur de risque connu était une hypertension artérielle, qui a déjà été montrée comme associée à un risque accru de développer une forme grave de la maladie. La sévérité de ce cas pourrait également être liée à la faible réponse immunitaire observée chez la patiente, puisque ses titres en IgM et IgG anti-West Nile étaient très faibles même un mois après l'infection. La survenue de ce cas confirme la circulation du virus West Nile à Madagascar dans une zone où celle-ci avait déjà été documentée. Elle rappelle le risque constant d'émergence du WN ou d'autres pathologies sur l'île de La Réunion. En effet, la proximité de zones endémiques couplée à un environnement propice (densité vectorielle importante, températures élevées, alternance de forte humidité et de sécheresse) et à une immunité probablement très basse de la population rendent possible l'introduction et la dissémination du virus.