Magali DESCHOUVERT
Cadre de santé paramédical
CHU-Hôpitaux de Rouen
magali.deschouvert@chu-rouen.fr

Docteur C. DOLARD
Praticien hospitalier
CHU-Hôpitaux de Rouen
claude.dolard@chu-rouen.fr

Docteur P. LEMERLE
Praticien hospitalier
CHU-Hôpitaux de Rouen
patrick.lemerle@chu-rouen.fr

Docteur V. PELLETIER
Praticien hospitalier
CHU-Hôpitaux de Rouen
Valerie.pelletier@chu-rouen.fr

Recommandations nationales

Sur la prise en charge Chikungunya

Novembre 2014

Synthèse personnelle de lecture

(Magali DESCHOUVERT)

Le Chikungunya (CHIK) est à la fois une arbovirose transmise par les moustiques du genre *Aedes* et une alphavirose arthropode dont les conséquences cliniques ont été révélées en France avec l'épidémie du Sud-Ouest de l'Océan Indien en 2005-2006.
On note une augmentation croissante des sujets infectés et une difficulté de prise en charge de cette maladie émergente biphasique d'où la rédaction par la SPILF de ces recommandation et ceci à la demande de la DGS.

1. Histoire naturelle du CHIK

La transmission du CHIK se fait d'homme à homme par l'intermédiaire de moustiques *Aedes* (également vecteur potentiel de la dengue). Lors d'une piqure, le moustique prélève le virus sur une personne infectée puis le virus se multiplie dans le moustique pendant quelques jours. Et

enfin ce même moustique peut transmettre le virus à une autre personne lors d'une piqure. Chez l'homme, la transmission mère-enfant est possible lors de l'accouchement et par le lait maternel.

La virémie induit une réaction immunitaire aigue qui détermine l'apparition des principales manifestations cliniques inflammatoires générales et locales, notamment articulaires et tendineuses. Le processus inflammatoire s'estompe seul en 2 à 4 semaines mais l'inflammation des articulations peut durer des moins voire des années.

Le CHIK est le plus souvent symptomatique (80% des cas). Il est définit 3 stades cliniques successifs :

- stade aigu (de J1 à J21),
- stade post-aigu (de J21 à la fin du 3ème mois)
- stade chronique (au-delà de 3 mois)

Ce découpage prend en compte les différences pathogéniques, cliniques et thérapeutiques.

Le taux de mortalité du CHIK est comparable à celui de la grippe saisonnière et il est en lien avec le décès des personnes âgées de plus de 75 ans et/ou en raison de co-morbidité chroniques.

2. Le stade aigu

Du fait du contexte, surtout en phase épidémique, le médecin généraliste reste l'acteur de santé privilégié.

2.1 Manifestations cliniques

Après une incubation silencieuse de 4 à 7 jours en moyenne, le stade aigu dure entre 5 à 10 jours (période virémique). Les infections asymptomatiques sont possibles.

Dans la forme commune, une fièvre élevée apparait brutalement accompagnée d'arthrite et d'arthralgies inflammatoires pouvant être intense, touchant principalement les extrémités. D'autres signes peuvent être aussi présents : myalgie, céphalées, rachialgies, œdème facial et

des extrémités. Des hémorragies bénignes sont possibles chez les enfants. Une asthénie, parfois intense et une anorexie sont communes après régression des signes aigus.

Des formes atypiques sont observées principalement chez les sujets vulnérables. Il s'agit de formes hyperalgiques, de manifestations digestives ou neurologique, de malaises. Le CHIK peut induire directement des formes atypiques graves et peut aussi provoquer des décompensations de pathologies chroniques.

Le CHIK peut être transmission par voie materno-néonatale chez les femmes virémique au moment de l'accouchement. Les nouveau-nés sont infectés une fois sur 2 lorsqu'ils naissent dans les 5 jours qui suivent ou le jour qui précède les premiers signes cliniques de la mère. Les nouveau-nés présentent un tableau clinique univoque, constant, survenant après une incubation médiane de 4 jours : fièvre /difficultés à téter/douleurs. Des formes graves arrivent 1 fois sur 4 avec un tableau clinique de sepsis sévère. Le taux de mortalité des formes graves est de l'ordre de 50%, le risque de séquelles psychomotrices post-encéphalite est important.

Chez les nourrissons et l'enfant le tableau est souvent proche de celui de l'adulte mais des formes atypiques ou compliquées ont été rapportées.

2.2 Evaluation clinique et morphologique

Un cas suspect de CHIK aigu est défini par l'association d'une fièvre ≥ 38,5 d'apparition brutale et de douleurs articulaires invalidantes. La prudence diagnostique est recommandée dans les zones tropicales où co-circulent la dengue, les méningites, le paludisme et la leptospirose.

L'étape clinique permet d'identifier la présence de signes cliniques de gravité avérée de formes atypiques et/ou compliquées et l'existence d'un terrain à risque de formes graves.

Les formes atypiques ou compliquées chez l'enfant (hyperalgie non soulagée par les antalgiques, éruption cutanée bulleuse excessive, déshydratation) doivent être pris en charge aux urgences hospitalières.

Chez une femme enceinte toute suspicion de CKIK impose la recherche de signes de gravité. En cas de présence, un transfert urgent en secteur hospitalier d'impose. Pour une forme commune il convient de confirmer le CHIK et d'éliminer d'une autre cause de fièvre potentiellement grave.

L'isolement social est également pris en compte pour organiser les soins, en raison d'un risque élevé et rapide de perte d'autonomie chez les sujets les plus fragiles.

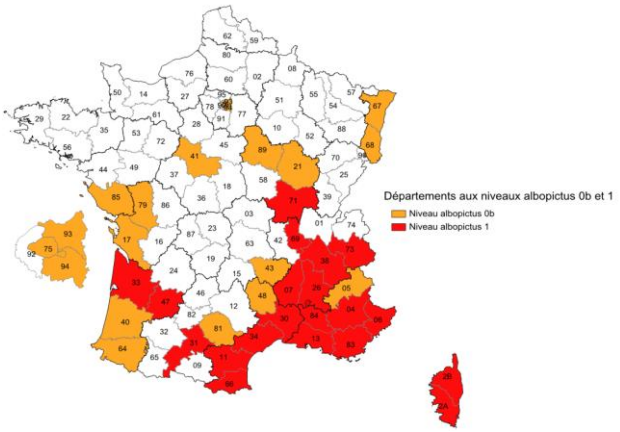
2.3 Examens biologiques

Le recours aux examens biologiques dépend de la situation. Les principaux diagnostics différentiels sont les sepsis, la dengue, le paludisme, les autres infections virales. La nécessité de confirmation du CHIK dépend du niveau de certitude clinique, du terrain à risque et du contexte épidémique. La preuve diagnostique est biologique par la mise en évidence du virus et/ou de la réaction des anticorps spécifiques. Le prélèvement sanguin est effectué par le laboratoire qui adresse l'échantillon à un laboratoire d'analyses spécialisées sur les arbovirus.

Les IgM anti-CHIK sont identifiés en moyenne à partir du 5ème jour après les 1ers signes cliniques, les IgG se positivent entre le 7ème et 10ème jour et atteignent leur maximun au 15ème jour. En résumé, les examens sont réalisés comme suit : RT-PCR entre J0 et J5, RT-PCR et sérologie entre J5 et J7, sérologie seule au-delà de J7.

EN zone épidémique, au stade aigu la confirmation diagnostic n'est pas recommandée pour les cas typiques sans terrain à risque de forme grave.

Dans les 18 départements métropolitains déclarés colonisés en 2014, de mai à novembre, tous cas suspect de CHIK importé doit être signalé immédiatement à l'ARS et ceci sans attendre la confirmation biologique. Ceci permet d'évaluer le risque de dissémination et de mettre en place rapidement des actions anti-vectorielle.



2.4 Prise en charge thérapeutique

2.4.1 Situation générale

En l'absence de traitement antiviral efficace, le traitement reste symptomatique. Adapté à la situation clinique et au terrain médical, il apour buts de controler la fièvre, les douleurs, corriger la déshydratation, traiter d'éventueklles défaillances.

Le traitement antalgique s'appuie sur le paracétamol de palier 1 en 1ère intention, tout en étant vigilant sur les doses ingérées. Du fait d'un risque de complication hémorragique du à la dengue induit par l'aspirine, l'usage des AINS et des salicylées est déconseillé dans les 14 jours suivant le début des signes cliniques en l'absence d'élimination formelle de ce diagnostic.

Le recours aux antalgiques palier 2 (morphiniques faibles) est nécessaires en cas d'efficacité du paracétamol.

La prescription d'une corticothérapie générale est déconseillée car elle favorise le rebond clinique sévère des arthrites et tenosynovites.

Par contre, il est conseillé de lutter contre la déshydratation.

Des mesures physiques peuvent compléter la prise en charge : kiné, glacage et ou immobilisation relative aux arthrites.

2.4.2 Forme grave

Strictement hospitalière la prise en charge s'appuie sur les mesures de réanimation médicale ainsi que le recours aux immunoglobulines polyvalentes en cas de polyradiculonévrite due au CHIK..

2.4.3 Femmes enceintes

Le traitement symptomatique recommandé est le paracétamol. Tous les AINS sont contre-indiqués à partir de 24SA.

Dans le cadre particulier de la mère infectée au terme de la grossesse, un avis spécialisé en obstétrique s'impose aux urgences pour le diagnostic, l'évaluation du retentissement sur l'enfant ainsi que pour une éventuelle décision obstétricale.

2.4.4 Nouveau-nés, enfants

Une surveillance néonatale durant 7 jours du nouveau-né est mise en place en cas de contexte évocateurs chez la mère. Les éléments à surveiller chez le nouveau-né sont la température, la qualité des tétées, la douleur, l'état cutané et l'état d'hydratation.
Les formes classiques chez l'enfant sont traitées comme chez l'adulte

2.5 Prévention de la dissémination à l'entourage

L'application de mesures de protection anti-vectorielles individuelles : moustiquaires, répulsif, climatisation, est recommandée afin d'interrompre la chaine de transmission en compléments des actions dirigées contre les gîtes larvaires des moustiques.

3. Le stade post-aigu (de la 4ème semaine à la fin du 3ème mois)

La persistance des douleurs articulaires concerne à ce stade la moitié des patients avec une incidence accrue après 40 ans et chez la femme. L'évolution peut être continue depuis le début ou par poussées entre coupées de périodes sans symptôme.

3.1 Manifestations cliniques

Ce stade se caractérise par des atteintes polymorphes et associées. Elles sont dominées par la persistance de manifestations inflammatoires initiales notamment arthralgie inflammatoires, arthrite. L'évolution se fait sur un mode continue ou poussées inflammatoires volontiers favorisée par le froid. Cependant, un repos complet et prolongé peut avoir un effet délétère sur la récupération physique. A ce stade on note aussi une asthénie intense et de possible troubles neuropsychologiques surtout si la douleur est au premier plan.

3.2 Evaluation clinique et morphologique

Il convient notamment de distinguer les douleurs et gênes fonctionnelles dues aux processus inflammatoire persistant, de celles liées aux décompensations d'articulations déjà altérées par

l'arthrose car le choix thérapeutique et son efficacité dépende de ce bilan. L'évaluation initiale et son suivi ainsi que celle du retentissement fonctionnelle guident les décisions thérapeutiques.

3.3 Evaluation biologique

Il est indispensable de confirmer me diagnostic du CHIK par un examen sérologique.

3.4 Prise en charge thérapeutique

Elle a pour but de soulager le patient en luttant contre la douleur et l'inflammation et de limiter les conséquences du processus inflammatoire. Ce traitement est mis en place par le médecin généraliste.

En premier lieu un traitement antalgique sera prescrit ainsi que des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Mais le choix de l'AINS est sont le tableau clinique et du terrain du patient.

Ce traitement doit être poursuivi pendant plusieurs semaines, s'il est toléré, puis d'effectuer un sevrage progressif.

Le recours à la corticothérapie est réservée aux formes poly articulaires très inflammatoire.

L'utilisation de la médecin physique est a réfléchir. Des professionnels de cette prise en charge peuvent y être associés.

4. Le stade chronique (à partir du 4ème mois)

Il est défini par l'absence de retour à l'état de santé antérieur plus de 3 mois après el début du CHIK.

4.1 Manifestations cliniques

Elles sont identiques au stade post-aigu. On note fréquemment des rebonds douloureux sur des articulations très sollicitées par rapport à l'état inflammatoire du CHIK

4.2 Evaluation clinique et morphologique

La prescription d'examens d'imagerie est guidée par la constatation cliniques et l'hypothèse diagnostic qui en découle.

4.3 Evaluation biologique

Après avoir confirmé par la sérologie le CHIK, les autres examens biologiques visent à évaluer le niveau d'inflammation, rechercher des arguments biologiques en faveurs d'un rhumatisme inflammatoire, réaliser un bilan pré-thérapeutiques et de rechercher une co-morbidité.

4.4 Cadre diagnostic

La polyarthrite rhumatoïde représente le rhumatisme inflammatoire chronique post-CHIJ+K le plus fréquent.

Au terme de cette étape diagnostique, le praticien peut qualifier le type de manifestations persistantes post-CHIK et proposer un traitement individualisé en fonction du diagnostic, pronostic fonctionnel et du terrain du patient.

4.5 Prise en charge thérapeutique des rhumatismes inflammatoires chroniques

L'avis du rhumatologue est nécessaire car cette prise en charge doit débuter au cours des premier mois du stade chronique. Les objectifs des traitements sont de limiter l'évolution potentiellement destructive, de réduite le retentissement fonctionnel et psycho-social et d'améliorer la qualité de vie.

Un suivi régulier de la tolérance et de l'efficacité des traitements de donc une réévaluation du rapport bénéfice/risque est indispensable. Il est effectué au mieux conjointement par le rhumatologue et le médecin généraliste. Pour les patients en rémission, l'arrêt du traitement de fon doit être envisagé et évalué après une réponse complète soutenue pendant plusieurs mois.

4.6 Prise en charge thérapeutique des autres troubles musculo-squelettiques

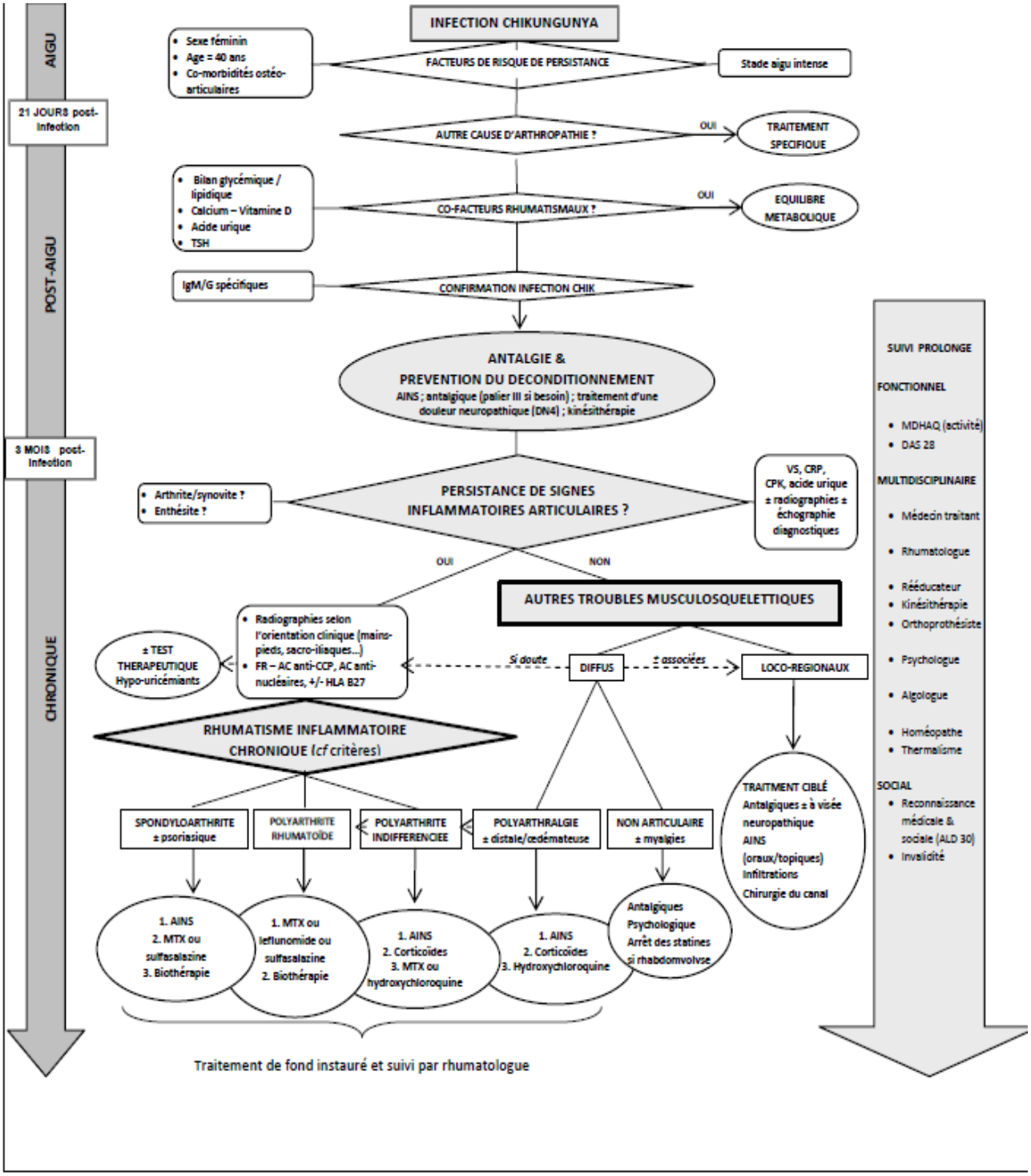
La prise en charge de ces troubles repose sur les mêmes principes que la prise en charge des formes post-aigues : lutter contre l'inflammation, la douleur.

5. Tableau synoptique des traitement selon les stades cliniques

		Stade aigu (J1-J21)	Stade post-aigu (S4-S12)	Stade chronique (M4-...)
Antalgiques	Paracétamol *(<4 g/j adulte)*	+	+	+
	Antalgiques de palier 2 *(codéine déconseillée chez l'enfant)*	+	+	+
	Antalgiques ciblant les douleurs neurogènes	-	±	+
	Antalgiques de palier 3 *(avis d'algologue si besoin)*	+	+	+
Anti-inflammatoires	AINS oral, dont aspirine	- avant J14 *(si risque de dengue)* + après J14	+	+
	AINS en topique	-	+	+
	Corticothérapie orale	-	±[1]	+[1]
	Corticothérapie infiltration	-	+	+[1]
Traitement de fond Sur avis spécialisé Jamais avant 8 semaines d'évolution	Méthotrexate	-	±[1,2]	+[2]
	Hydroxychloroquine	-	±[1,2]	±[2]
	Sulfasalazine	-	±[1,2]	+[2]
	Leflunomide	-	±[1,2]	+[2]
	Biothérapie	-	-	+[2,3]
Traitements physiques		+	+	+

- : non indiquée; ± : indication restreinte; + : possible; 1 : échec des AINS; 2 : en cas de rhumatisme inflammatoire chronique avéré et sur avis spécialisé ; 3 : en 2ème ou 3ème ligne thérapeutique

6. Algorithme synthétique de prise en charge



1. En première intention ; 2. En deuxième intention ; 3. En troisième intention.