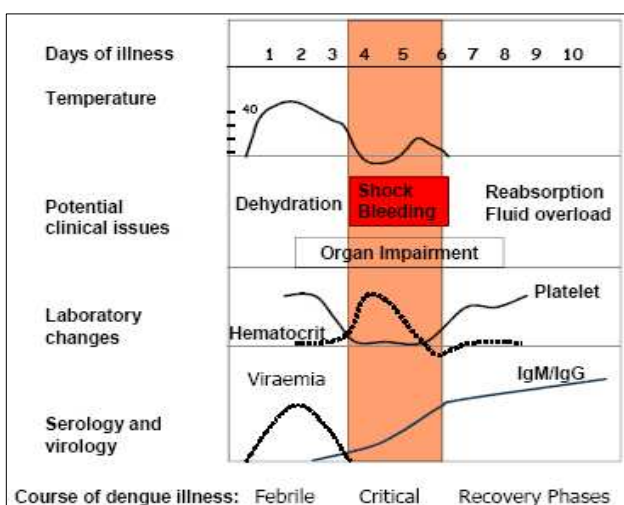


Signes et symptômes de la dengue : conduites à tenir en période épidémique

Document basé sur les recommandations de l'OMS (2009)
et du Comité d'Experts des Maladies Infectieuses et Emergentes de Martinique

1. Symptômes et évolution de la dengue

Figure 1. Phases évolutives de la dengue
(source OMS)



1. Phase fébrile aiguë

La dengue se présente comme une maladie fébrile aiguë de début brutal, associant une fièvre supérieure à 38,5°C des céphalées et des myalgies. La fièvre dure de 3 à 5 jours (extrêmes de 2 à 7 jours). La plupart des patients présentent aussi une asthénie intense les confinant au lit et des signes digestifs avec inappétence, nausées et quelques vomissements.

Pendant les 3 premiers jours de fièvre, rien ne permet de distinguer la dengue des autres fièvres aiguës d'origine virale. En période épidémique, la survenue d'un rash cutané caractéristique après 3 ou 4 jours de fièvre confirme le diagnostic. Plus de 95% des patients ne présenteront aucun signe de gravité et guériront sans complication en moins de 7 jours.

2. Phase critique

Cependant, 2 à 4% des patients développent un **syndrome de fuite plasmatisque** de gravité variable, survenant entre les 4^{ème} et 6^{ème} jours de la maladie (extrêmes de 2 à 7 jours), d'une durée brève (2 à 3 jours) mais qui peut être brutal et intense et responsable d'un état de choc. Cette phase de la maladie est appelée « phase critique ». Elle survient typiquement (mais non obligatoirement) au moment de la défervescence thermique.

Le plus souvent, elle est annoncée par des **signes d'alerte**. Ce sont : une fièvre >39°C après le 5^{ème} jour, l'apparition de douleurs abdominales ou thoraciques crescendo, de vomissements incoercibles avec refus total d'alimentation et réhydratation orale impossible, un malaise pré syncopal ou syncopal avec ou sans hypotension orthostatique, l'apparition d'hémorragie muqueuse ne cédant pas spontanément (les règles abondantes n'en font pas partie), une toux significative, une diarrhée persistante, une agitation ou une somnolence, et biologiquement une hémococoncentration (cf. § examens complémentaires).

Rarement, certains patients présentent des **signes de gravité immédiate**. Ce sont des : troubles de conscience, des convulsions, une hypotension artérielle avec ou sans autres signes de choc, une hémorragie viscérale, une dyspnée sine materiae, une insuffisance respiratoire aiguë avec ou sans râles crépitants, des épanchements séreux abondants (plèvre, péricarde, ascite).

3. La phase de convalescence

Elle est annoncée par une apyrexie depuis plus de 2 jours, une reprise de l'appétit et une sensation générale de mieux-être même si l'asthénie peut être plus longue à régresser.

2. Conduites à tenir (patients sans pathologie associée)

1. Patients vus pendant la phase fébrile aiguë

Une information claire doit être délivrée au malade et à son entourage pour les sensibiliser sur l'importance de la reconnaissance des signes d'alertes dont la survenue nécessite une consultation médicale immédiate (cf. document d'information aux patients).

Au plan thérapeutique, l'essentiel est de prévenir la **dés-hydratation et la perte de sel**. En effet, une réhydratation conduite uniquement avec de l'eau pure chez un patient par ailleurs anorexique entraînera un déséquilibre hydro-électrolytique et une hyponatrémie, responsables d'une hypotension orthostatique symptomatique survenant vers le 4^{ème} jour de la maladie. La prévention de cette complication repose sur des mesures diététiques (cf. fiche diététique à délivrer aux patients) et/ou sur la prescription de solutés de réhydratation orale.

Les douleurs et la fièvre seront traitées par du paracétamol. **Respecter l'intervalle minimal de 6 heures entre les prises de 15 mg/Kg, sans dépasser 60 mg/Kg/ jour chez l'enfant et 3 g/ jour chez l'adulte.** L'aspirine, l'ibuprofène et autres AINS sont strictement interdits.

Examens complémentaires

A ce stade de la maladie, rien ne justifie la demande d'un test diagnostique de la Dengue. Le test NS1 manque de sensibilité (40% de faux négatifs) et peut passer à côté de formes graves. Le sérodiagnostic ne se positive qu'après le 6^{ème} jour, alors que la majorité des patients sont guéris. La vérification systématique de la bandelette urinaire est conseillée en présence du moindre signe urinaire.

En fait, en l'absence de pathologie associée ou de facteurs de risque, la pratique d'examen complémentaires ou un avis spécialisé ne seront justifiés que lorsqu'il existe un doute sur le diagnostic (Tableau 1). Au 4^{ème} jour de fièvre, une NFS pourra être réalisée chez les patients présentant toujours des symptômes invalidants. A ce stade, la NFS a un double intérêt, d'une part elle montre typiquement une leucopénie <4000 /mL et un chiffre de plaquettes < 150000/mL (en période épidémique, en présence d'un patient présentant un syndrome fébrile indifférencié, la VPP pour une dengue sera alors >95% et >98% s'il y a un rash) ; d'autre part elle permet de dépister le début éventuel d'un syndrome de fuite plasmatique par l'élévation de l'hématocrite et du taux d'hémoglobine (se référer à la limite supérieure des valeurs théoriques pour l'âge et le sexe). La constatation d'une élévation de l'hématocrite (hémococoncentration) associée à une thrombopénie <100000/mL constitue un signe d'alerte pathognomonique de la phase critique de la dengue.

2. Patients avec signes d'alerte

Les signes cliniques d'alerte doivent être systématiquement recherchés. **Une pratique efficace est d'assurer un suivi téléphonique des patients.**

L'apparition de signes d'alerte nécessite un bilan immédiat en milieu hospitalier.

Les signes précoces de choc doivent être recherchés dans tous les cas : temps de recoloration unguéal > 2 secondes, pression artérielle différentielle pincée (< 20 mmHg), respiration évoquant une acidose métabolique (type Kussmaul), râles crépitants des bases.

3. Patients vus à la phase de convalescence

La majorité des patients entrent en phase de convalescence vers J6 – J7. Si une NFS est pratiquée à cette période, elle montre souvent une thrombopénie < 50000 / mL qui se corrigera spontanément dans les 48 heures suivantes. Il n'y a donc pas lieu d'hospitaliser ces patients dès lors que l'évolution des symptômes suggère l'entrée en phase de convalescence.

4. Patients à risque

Ces patients justifient au minimum une surveillance ambulatoire, en général en milieu spécialisé. Ce sont :

1. Enfants < 2 ans ou grand âge
2. Femmes enceintes, surtout au 3^{ème} trimestre et proches du terme.
3. Drépanocytaires SS, SC ou S beta thalassémiques
4. Maladies chroniques / traitements associés (insuline, anticoagulants, anti agrégants plaquetaires) : conséquences variables à évaluer au cas par cas
5. Immunodéprimés, chimiothérapie en cours
6. Hémophilie, thrombocytopathies

7. Intoxications au paracétamol, prise d'aspirine ou d'AINS
8. Chirurgie récente, traumatismes récents (crânien surtout), AVC récent.
9. RREURS DE DIAGNOSTIC : facteur de risque majeur au cours des épidémies (décès), notamment, pyélonéphrite aiguë, paludisme, méningites, pneumonies bactériennes, péritonite, hémorragie méningée, infarctus du myocarde, Kawasaki chez l'enfant.

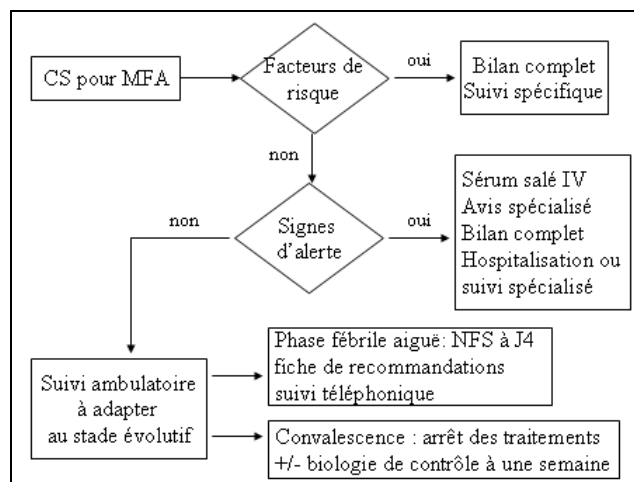
Tableau 1. Diagnostic différentiel de la dengue

Diagnostic différentiel à la phase fébrile aiguë	
Fièvre, céphalée, myalgies	grippe, rougeole, chikungunya, mononucléose infectieuse, séroconversion HIV, pyélonéphrite, méningite, paludisme
Fièvre avec rash	Kawasaki, Rubéole, rougeole, scarlatine, infection à méningocoque, chikungunya, réactions médicamenteuses, séroconversion HIV
Diarrhées aiguës	Rotavirus et autres infections intestinales
Fièvre avec manifestations neurologiques	Meningo/encephalites Convulsions hyperthermiques
Diagnostic différentiel à la phase critique de la dengue	
Maladies infectieuses	Gastroentérites aiguës, paludisme, leptospirose, typhoïde, typhus, hépatite virale, séroconversion HIV, pyélonéphrite, septicémie, choc septique, legionellose
Affections malignes	Leucémies aiguës, complications de chimiothérapie
Autres situations cliniques	Abdomen aigu <ul style="list-style-type: none">• Appendicite aiguë• Cholecystite aiguë• Colites aiguës Acidocétose diabétique Acidose lactique Lupus érythémateux systémique Diathèses hémorragiques Kawasaki Syndrome de Stoke Adams etc...

3. Critères permettant, après une première visite, le maintien à domicile

1. Les signes et symptômes constatés permettent clairement de situer le stade évolutif de la maladie à la phase fébrile aiguë ou à la phase de convalescence (figure 1) et éliminent un diagnostic différentiel
2. Il n'y a pas de signe d'alerte faisant suspecter le passage en phase critique
3. La réhydratation orale est possible
4. L'environnement social est favorable, le suivi téléphonique est possible
5. Le traitement à suivre, le protocole de réhydratation orale et la fiche des recommandations pour la surveillance ont été bien compris par l'entourage et le malade.
6. La conduite à tenir en cas de signe d'alerte est clairement indiquée : numéro de téléphone à composer pendant les heures ouvrables, sinon accessible H24 (Centre 15).

Figure 2. Arbre décisionnel basé sur les facteurs de risque et les signes d'alerte.



Références bibliographiques

1. World Health Organization , 2009 . *Dengue. Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control* . Third edition . Geneva : World Health Organization (accessible internet)
2. Thomas L , Verlaeten O , Cabié A , Kaidomar S , Moravie V , Martial J , Najioullah F , Plumelle Y , Fonteau C , Dussart P , Césaire R , 2008 . Influence of the dengue serotype, previous dengue infection, and plasma viral load on clinical presentation and outcome during a dengue-2 and dengue-4 co-epidemic . *Am J Trop Med Hyg* 78: 990 – 998
3. Thomas L, Brouste Y, Najioullah F, Hochedez P, Moravie V, Kaidomar S, et al. Prospective and descriptive study of adult dengue cases admitted to an emergency department in Martinique. *Med Mal Infect* 2009, doi:10.1016/j.medmal.2009.10.001, internet access November 30.
4. Laurent Thomas, Yannick Brouste, Fatiha Najioullah, Patrick Hochedez, Yves Hatchuel, Victor Moravie, Stéphane Kaidomar, Francois Besnier, Sylvie Abel, Jacques Rosine, Philippe Quenel, Raymond Césaire, f, André Cabié. Predictors of severe manifestations in a cohort of adult dengue patients. *Journal of Clinical Virology* 48 (2010) 96–99