

SITUATION INTERNATIONALE

Chikungunya – Dengue – Zika Fièvre jaune

COPIL ARBOVIROSES DU 1^{ER} JUIN 2017

FLORIAN FRANKE

CIRE PACA-CORSE

PARTIE 1

SITUATION INTERNATIONALE CHIKUNGUNYA – DENGUE – ZIKA

CHIKUNGUNYA – 2017



- **Amérique et Caraïbes**

- 50000 cas rapportés par la Pan American Health Organization (PAHO)
- Pays les plus touchés : Brésil (43000), Bolivie (1300), Pérou (800), Paraguay (700), Panama (700) – En forte augmentation
- Transmission sporadique dans les TFA

- **Asie**

- Inde (100 cas)
- Pakistan (3100 cas) – En forte augmentation
- Bangladesh (Dhaka) – Info ProMed

- **Amérique et Caraïbes**

- 203000 cas rapportés par la PAHO
- Pays les plus touchés : Brésil (113000), Pérou (28000)
- Transmission sporadique dans les TFA

- **Asie**

- Pays les plus touchés : Sri Lanka (45000), Viêt-Nam (32000), Malaisie (31000), Thaïlande (5000)
- Circulation dans toute l'Asie

- **Australie, Pacifique**

- Australie (400), Iles Salomon (12000), Vanuatu (3000), Fiji (1000)
- Nouvelle-Calédonie (4000)

- **Afrique, Océan Indien**

- Côte d'Ivoire (34), Kenya (119)
- La Réunion (24 cas)

ZIKA - Pays et zones à risque (nouvelle classification)

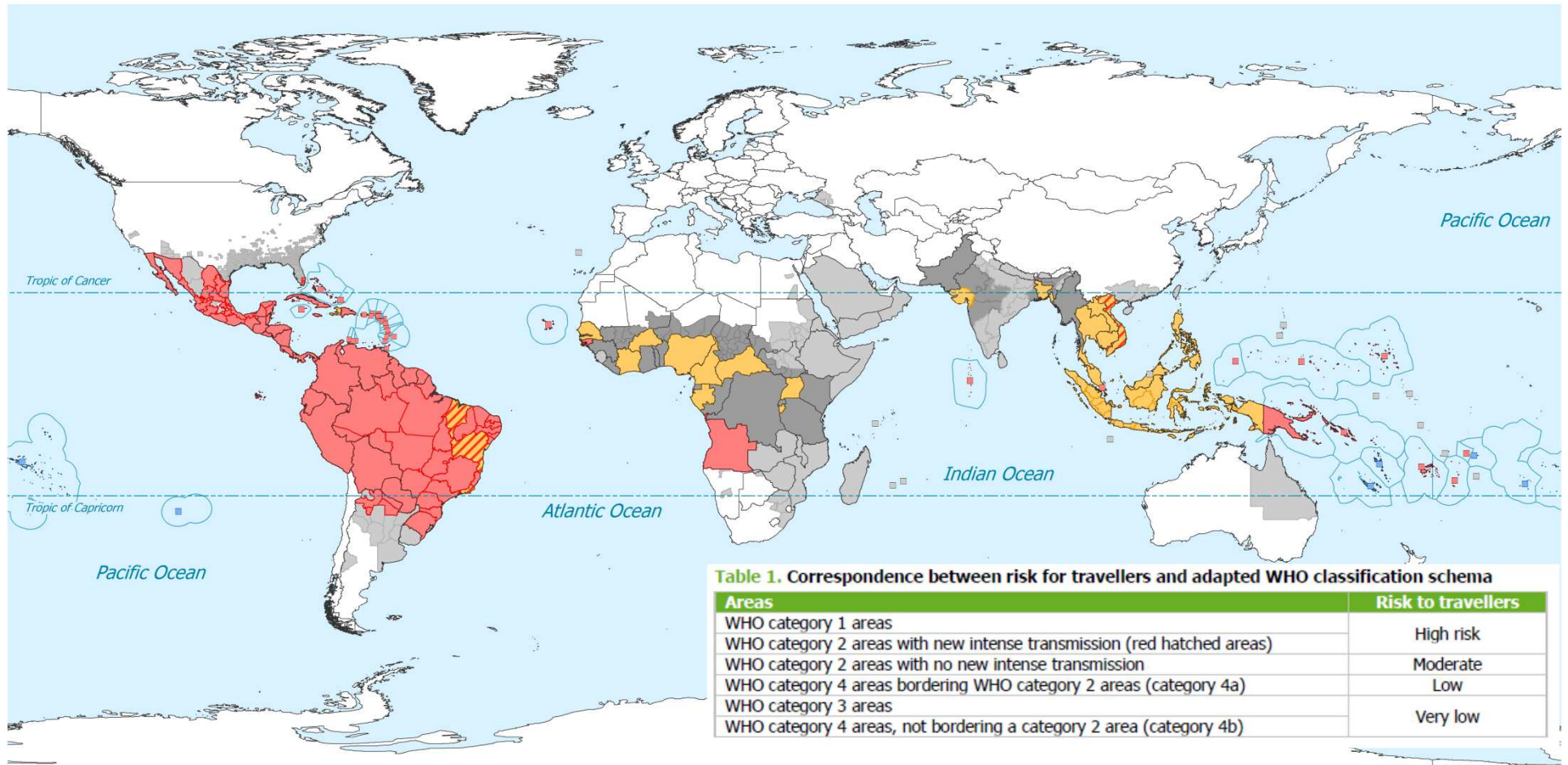


Table 1. Correspondence between risk for travellers and adapted WHO classification schema

Areas	Risk to travellers
WHO category 1 areas	High risk
WHO category 2 areas with new intense transmission (red hatched areas)	Moderate
WHO category 2 areas with no new intense transmission	Low
WHO category 4 areas bordering WHO category 2 areas (category 4a)	Very low
WHO category 3 areas	
WHO category 4 areas, not bordering a category 2 area (category 4b)	

Country classification category (Cat.) for Zika virus transmission

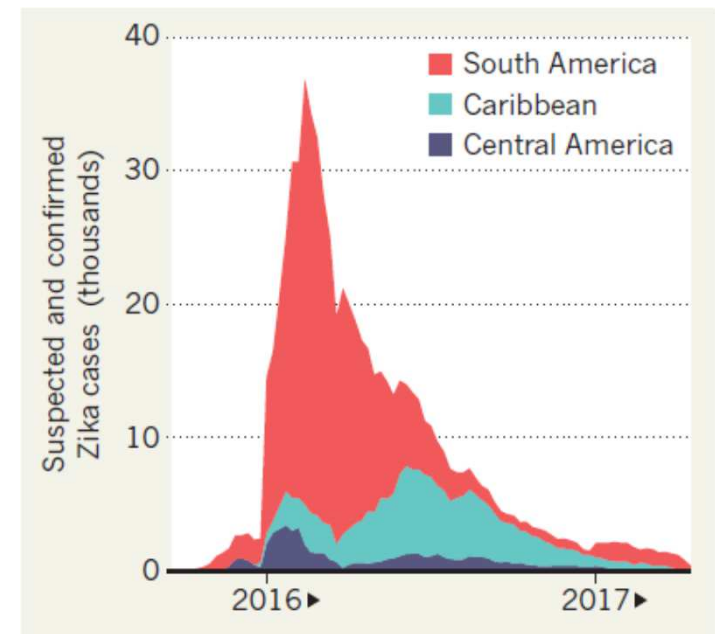
- Areas with virus transmission following virus new/re introduction (WHO Cat. 1)
- Areas with virus transmission following previous virus circulation (WHO Cat. 2)
- WHO Cat. 2 areas with new documented intense transmission
- Areas with interrupted transmission (WHO Cat. 3)

- Areas bordering a WHO Cat. 2 area (sub-category of WHO Cat. 4)
- Areas with potential for transmission (sub-category of WHO Cat. 4)
- Maritime Exclusive Economic Zones for non-visible areas

- **SITUATION REPORT OMS** (10/03/2017)

- Pas de nouveau pays ou territoires contaminé depuis Angola
- Baisse du nombre de cas mais risque toujours présent
- 84 pays ou territoires avec transmissions vectorielles
- 13 ont rapporté des transmissions de personnes à personnes, 31 des microcéphalies ou d'autres malformations congénitales et 23 des SGB en lien avec le zika

*Decline in Zika throws trials into doubt.
Nature – Vol 545 – 25 mai 2017*





PARTIE 2

FIEVRE JAUNE

- **Virus amaril** : genre des flavivirus
- **Fièvre jaune** : zoonose (primates), arbovirose
- **Transmission**
 - Par moustique du genre *Aedes* ou *Haemagogus* & *Sabethes*
 - Cycle urbain : *Aedes*
 - Infection lors d'un repas sanguin (3 premiers jours de la maladie, pendant virémie)
 - Multiplication du virus (12 jours) puis transmission (cycle extrinsèque)
 - Infection asymptomatique toute la vie du moustique
 - Transmission trans-ovarienne chez *Aedes*

FIEVRE JAUNE – ZONE D'ENDEMICITE

- **Zone d'endémicité**
 - Amérique latine et Afrique
 - +/- 900 millions de personnes exposées



13 pays endémiques ou avec au moins 1 région endémique

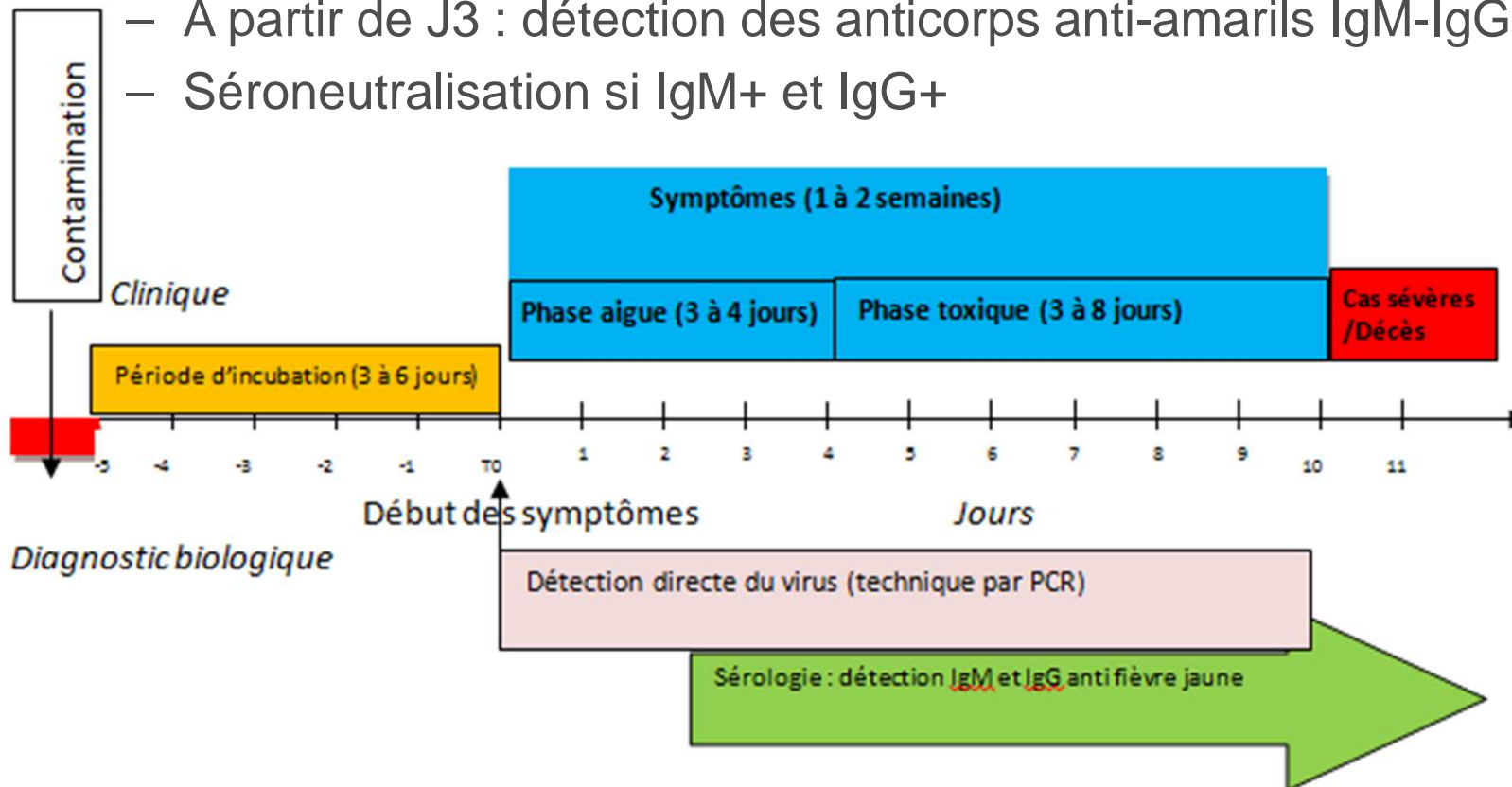
34 pays endémiques ou avec au moins 1 région endémique



- **Incubation : 3 à 6 jours**
- **50 % d'asymptomatiques / Gravité variable**
- **Symptômes : 1 à 2 semaines, 1 ou 2 phases**
- **Phase aiguë ou phase rouge (3-4 jours)**
 - Fièvre, myalgies, céphalées, congestion de la face, urines foncées
 - Évolution favorable : 85%
- **Phase toxique ou phase jaune (à J5-J6 de DDS)**
 - 15% des malades
 - Reprise de la fièvre, ictère, vomissements de sang (vomito negro), hémorragies, insuffisance rénale
 - 50 % décès au bout de 10-14J
- **Immunité acquise durable**

Diagnostic (CNR arbo)

- J0-J10 : détection du virus dans le sang par PCR
- A partir de J3 : détection des anticorps anti-amarils IgM-IgG
- Séroneutralisation si IgM+ et IgG+



Peut-être confondue avec un paludisme sévère, une leptospirose, une hépatite virale...

FIEVRE JAUNE – VACCIN AMARIL



- **Vaccins « vivants » atténués**
- **Protection à vie (une seule dose exigée)**
- **Problème potentiel d’approvisionnement en cas de campagne de masse**
- **Vaccination dans un centre de vaccination anti-amarile**

- **En Afrique**

- Janvier-juin 2016
- Epidémie en Angola (4347 cas dont 884 confirmés / 14% de décès)
- Epidémie en RDC (2987 cas dont 78 confirmés / 21% de décès)
- Transmission essentiellement urbaine

- **Au Brésil**

- Alternances de périodes avec des cas sporadiques (sujets non vaccinés) et des périodes épidémiques avec des foyers survenant dans des zones de faible couverture vaccinale
- Cycles épidémiques : intervalles de 3 à 7 ans
- Dernières épidémies : 2007 et 2009 (< 100 cas)
- Situation retrouvée dans d'autres pays d'Amérique du Sud

- **Epidémie actuelle au Brésil**

- Depuis décembre 2016
- Epidémie selvatique
- Aucun cas de transmission urbaine pour l'instant
- La plus importante de ces dernières années
- Plusieurs provinces touchées
- 1392 cas dont 294 décès
- Autres pays : Bolivie, Colombie, Equateur, Pérou et Surinam. Mais très peu de cas
- Danger +++ si l'épidémie devient urbaine !

FIEVRE JAUNE – CONTEXTE INTERNATIONAL 3




Confirmed cases of locally-acquired yellow fever, as of 26 April 2017

 Municipalities with confirmed locally-acquired cases since 6 January 2017

 Area at risk for yellow fever transmission

 Area considered at no risk for yellow fever transmission

 Federal state  State capital city



ECDC. Map produced on: 04 May 2017
ECDC map maker: <https://emma.ecdc.europa.eu>

Source : ECDC

- **Dernier cas importé en 1978**
- **4 cas en Europe en 20 ans**
- **Risque de transmission autochtone ?**
 - Pas de preuve que *Ae. Albopictus* soit impliqué dans la transmission du virus sur le terrain (capacité vectorielle ?)
 - Peu de contacts entre l'*Ae. Albopictus* et le virus amaril
 - Compétence vectorielle confirmée en laboratoire (< à celle de l'*Ae. Aegypti*)
 - Risque de transmission très théorique
 - [Avis du HCSP](#) : risque très faible

- **Déclaration obligatoire**
 - A utiliser devant tout cas suspect de fièvre jaune
 - « toute personne non vaccinée en provenance d'une zone de circulation de la fièvre jaune depuis moins de 6 jours avant l'apparition des premiers symptômes, présentant un tableau clinique évocateur de FJ »
- **Dans le cadre de la surveillance renforcée CDZ**
 - Vigilance particulière si cas signalés correspondant à la définition
 - Mener un interrogatoire un peu plus détaillé sur le voyage (zones visitées, type de voyage)
 - Selon informations récupérées :
 - Sensibiliser le médecin généraliste afin que le patient bénéficie d'une prise en charge hospitalière plus rapidement en cas d'aggravation de l'état clinique
 - Transférer le prélèvement vers le CNR en cas de résultats chik-dengue-zika négatifs

- **Signalement dans la phase aiguë**
 - Clinique proche de celle des autres maladies surveillées
 - Signalement dans le cadre de la surveillance renforcée
 - Vigilance ARS/Cire
- **Signalement dans la phase toxique**
 - Patient hospitalisé
 - DO
 - Envoi direct des prélèvements vers le CNR

- **Cas importé**
 - LAV dès suspicion
 - Idem chik-dengue-zika
- **Cas autochtone (après confirmation)**
 - LAV
 - Vaccination ciblée :
 - dans le 72h
 - personnes non-immunisées
 - 200m autour lieu(x) visité(s) entre J-2 et J30 de la fièvre
 - Avis CAD si cas groupés
- **Confirmation CNR systématique**
 - Alerte internationale



**MERCI
POUR VOTRE
ATTENTION**