

La dengue : Maladie virale transmise par les moustiques du genre Aedes. On distingue quatre sérotypes différents du virus de la dengue (DEN-1, DEN-2, DEN-3 et DEN-4). L'absence d'immunité croisée entre les sérotypes, permet des infections successives chez un même individu. L'être humain représente à la fois le principal réservoir naturel pour les virus de la dengue et le disséminateur de la maladie. Il n'y a pas de traitement spécifique.

La forme mineure

Forme clinique la + fréquente. Elle est caractérisée par des symptômes identiques mais modérés et mieux tolérés. Cependant, elle n'empêche pas la survenue de symptômes ou de modifications biologiques observées au cours des phases 2 ou 3.

La forme avec signes cutanéo muqueux:

Le + souvent le seul signe cutané est l'apparition d'un rash vers le 5ème ou 6ème jour, annonçant une baisse imminente de la fièvre. Dans certains cas, on peut observer à partir des 3^{ème} ou 4^{ème} jours l'apparition d'un purpura constitué de fines pétéchies, parfois prurigineux et débutant aux pieds et aux jambes et qui peut s'étendre à tout le corps. Dans quelques cas on a pu observer des pétéchies dans la bouche ou un aspect d'inflammation douloureuse des gencives. Parfois il existe des saignements mineurs (nez, gencives, hyperménorrhée, ou vomissements striés de sang).

Ces symptômes semblent indépendants du chiffre des plaquettes.

2 : La phase de défervescence.

A partir du 5ème ou 6ème jour, apyrexie soudaine souvent précédée d'un rash cutané évoquant un coup de soleil, qui peut être généralisé et assez impressionnant, et qui va durer de 1 à 3 jours. Le diagnostic de dengue doit être remis en question si la fièvre dépasse 7 jours.

C'est au cours de cette phase et jusqu'au 8^{ème} jour que la leucopénie et la thrombopénie vont atteindre leur maximum: moins de 2000 leucocytes/ mm³ et très souvent moins de 50000 plaquettes/mm³. Dans certains cas, la thrombopénie peut être plus profonde (< 15000 à 20000/mm³) mais reste isolée avec un temps de saignement non modifié. Elle ne paraît pas être très dangereuse sauf si le sujet a pris de l'aspirine ou un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). Si le chiffre des plaquettes tombe en dessous de 5000 à 10000 /mm³, la prudence recommande cependant de prescrire une transfusion plaquettaire.

Phase 1 La période fébrile

La rhabdomyolyse

Quelques patients peuvent développer à cette phase une élévation importante des CPK (> 20 N) et une insuffisance rénale aiguë.

Le syndrome d'épuisement du 4ème jour

Motif le plus fréquent d'hospitalisation des cas de dengue chez l'adulte en Martinique. Il succède à la sévérité des symptômes et résulte de la conjonction d'une fièvre élevée, des douleurs insupportables et des vomissements avec intolérance alimentaire totale aboutissant à une déshydratation et une hypovolémie. Hospitalisation rendu nécessaire devant un malaise orthostatique pré-syncope, voire syncopal : hypotension artérielle à 80-90 mm Hg, réversible avec une simple expansion volémique et nécessitant une réhydratation. Il impose pour le malade de respecter un repos complet pendant quelques jours (risque d'hypotension orthostatique).

Prise en charge de la Dengue

La forme commune

Elle évolue du 1er au 5^{ème} jour de fièvre. C'est la phase symptomatique la plus riche avec fièvre à 39-40°, frissons, céphalées diffuses et rétro orbitaires, douleurs musculaires et dorsolombaires, douleurs épigastriques, vomissements avec souvent intolérance alimentaire totale, asthénie intense confinant le patient au lit, parfois léger syndrome confusionnel. Il peut y avoir une légère diarrhée. A l'examen on peut trouver une pharyngite et la nuque n'est pas raide, sinon "en fin de course".

Biologiquement, la PCR ne dépasse pas 60 mg/l, la leucocytose est normale ou abaissée, les plaquettes sont peu modifiées (entre 80000 et 150000).

Le Dengue Shock Syndrome (DSS)

Il s'agit syndrome de réaction inflammatoire systémique sévère avec trouble de la perméabilité capillaire. Cliniquement des signes de choc apparaissent :

- hypotension, diminution de la pression différentielle, aspect de vasoconstriction périphérique (retard de la recoloration unguéale, froideur des téguments, marbrures),
- syndrome confusionnel et oligo-anurie.

L'apparition de râles crépitants à l'auscultation pulmonaire peut faire craindre le développement d'un œdème pulmonaire.

A ce stade peut apparaître un épanchement pleural plus ou moins abondant ou une ascite.

Biologie : hypoprotidémie, ↑ marqueurs de l'inflammation, thrombopénie, CIVD, ↑ créatininémie et acidose métabolique.

Ce tableau est celui d'un choc septique nécessitant un traitement spécifique (expansion volémique, amines vasopressives, oxygénothérapie) en même temps que la recherche d'un foyer infectieux bactérien et la mise en route d'une antibiothérapie à large spectre après hémoductures. La surveillance rapprochée en milieu de soins intensifs ou de réanimation s'impose.

• Le DSS peut être réfractaire au traitement et peut évoluer en quelques heures vers un syndrome de défaillance multiviscérale et le décès

La prise d'aspirine ou d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) est contre indiquée et doit être considérée comme un facteur de risque hémorragique.

La forme abdominale pseudo chirurgicale

Douleurs abdominales et vomissements peuvent être au 1^{er} plan. Epigastralgies constantes, douleur abdominale parfois diffuse ou prédominant dans l'hypochondre droit ou la fosse iliaque droite. Evoquer une pancréatite (d'autant que l'amylase peut être trouvée un peu élevée), une cholécystite (aspect de pseudo épaississement de la paroi vésiculaire à l'échographie), une appendicite, une occlusion intestinale.

La forme pseudo encéphalitique

S'observe à la phase d'invasion (J1). Patient brutalement terrassé par la fièvre et les céphalées et présente un syndrome confusionnel.

A l'examen parfois : raideur de la nuque et du rachis, scanner cérébral et ponction lombaire après contrôle des plaquettes vont s'avérer normaux. Ce tableau clinique inquiétant ne persiste pas plus de 24 ou 36 heures.

3: La phase de récupération.

Caractérisée par une asthénie persistante qui peut durer 15 jours, avec tendance à la bradycardie et parfois hypotension orthostatique. Biologiquement : remontée très rapide et parallèle des leucocytes et des plaquettes, plus augmentation des transaminases, parfois assez importante (SGOT entre 500 et 1500) mais qui régresse en quelques jours.

La sérologie est l'examen biologique de routine permettant de confirmer ou non une infection récente chez un patient présentant un tableau clinique évocateur.

Qui et quand faut-il hospitaliser ?

Chez un patient vu à un stade non compliqué, aucun signe clinique ou biologique ne permet actuellement de prédire le développement ultérieur d'un Dengue Shock Syndrome (DSS) ou autre forme grave de dengue.

Hospitalisation indiquée si hypotension, déshydratation, syndrome confusionnel, syncope, thrombopénie profonde (< 20000 / mm³) ou syndrome hémorragique. Dans tous les cas, il faut se méfier d'une intoxication au paracétamol, par automédication excessive (en cas de doute demander une paracétamolémie).

Être vigilant vis-à-vis de certains sujets à risque :

- les nourrissons et dans une moindre mesure les enfants,
- les femmes enceintes, en particulier proches du terme,
- les drépanocytaires doivent être considérés comme sujets à très haut risque,
- les personnes âgées et les patients ayant des antécédents pathologiques lourds.