

Cas de Chikungunya importés en Métropole avril 2005 - mars 2006 Point au 12 mai 2006

Introduction

L'épidémie actuelle de Chikungunya à la Réunion a touché au 7 mai 2006 près de 248 000 personnes¹ depuis mars 2005. Depuis début 2006, le virus circule également dans d'autres îles de l'Océan Indien : Seychelles, Maurice, Madagascar, Comores. Le virus est réapparu en Inde où plus de 150 000 cas de fièvre avec arthralgies ont été notifiés dans 4 états indiens depuis le début de l'année, tout comme en Malaisie où 200 cas ont été signalés.

La situation géographique et climatique de la Réunion n'est pas comparable à celle de la métropole. Néanmoins, le principal vecteur du virus à la Réunion, *Aedes albopictus*, a déjà été retrouvé dans divers départements métropolitains notamment le long de la côte entre Menton et Nice, et dans certains sites de dépôt de pneus². Alors que chaque année, près de 300 000 touristes métropolitains se rendent à la Réunion³, la quantification des cas importés de Chikungunya est un élément nécessaire à l'évaluation de risque potentiel de transmission autochtone en métropole. Cette évaluation de risque dépend par ailleurs d'autres paramètres, notamment en termes de données entomologiques et climatiques.

Méthodes

La détection d'IgM anti-chikungunya dans le sérum, réalisée dans un contexte clinique évocateur, est le reflet d'une infection récente, lorsque la sérologie est réalisée à partir du 5^e jour après l'apparition des premiers symptômes, sans que cet élément puisse présumer de l'existence ou non d'une virémie.

Les sérologies sont réalisées pour la grande majorité d'entre elles par les laboratoires privés Pasteur-Cerba et Marcel-Mérieux, grâce à la fourniture de réactifs par le Centre national de référence (CNR) des Arboviroses. Des sérologies sont également réalisées dans 2 laboratoires hospitaliers de l'île de la Réunion, à Saint-Denis et à Saint-Pierre, mais essentiellement pour les patients de l'hôpital.

Les PCR et cultures virales sont réalisées en métropole par les deux laboratoires associés du CNR des arboviroses (Institut Pasteur à Lyon et Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées à Marseille).

Une extraction à partir de la base des laboratoires a été réalisée jusqu'au 31/03/2006 avec les variables suivantes : code postal du patient, âge, sexe, code postal du laboratoire, date de prélèvement et lieu probable de contamination (lieu du voyage). La date de début des symptômes n'est pas une variable renseignée.

Un cas importé est défini comme un patient chez qui on identifie des IgM anti-CHIK, avec ou sans IgG, et/ou une PCR positive et/ou une culture virale positive ET ayant été prélevé en métropole (que le domicile principal du patient soit en métropole ou non).

¹ Point épidémiologique hebdomadaire de la Cire Réunion-Mayotte du 12 mai 2006

² Rapport d'étude, Entente interdépartementale pour la démoustication du littoral, mars 2006

³ Ministère du Tourisme, statistiques de 2004

Résultats

Nombre total de cas

Du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006, **376** cas importés de Chikungunya ont été identifiés, à partir des données des laboratoires.

Age moyen et sexe Ratio

L'âge moyen des cas importés est de **47** ans [0 - 81], le sexe ratio H/F est **0,77/1**

Evolution temporelle

Le nombre de cas importés a connu un premier plateau d'avril 2005 à juillet 2005, correspondant à l'épidémie comorienne, au premier pic de l'épidémie réunionnaise et au début des vacances métropolitaines.

De novembre 2005 à février 2006, le nombre de cas importés a augmenté. La croissance a été plus marquée à partir de fin décembre, de façon corrélée à la dynamique de l'épidémie à la Réunion (figure 1).

Le nombre de cas importé diminue en mars, après le pic épidémique réunionnais, qui a eu lieu durant la semaine 5 de 2005.

Figure 1- Evolution mensuelle du nombre de cas de Chikungunya en métropole, avril 2005 - mars 2006

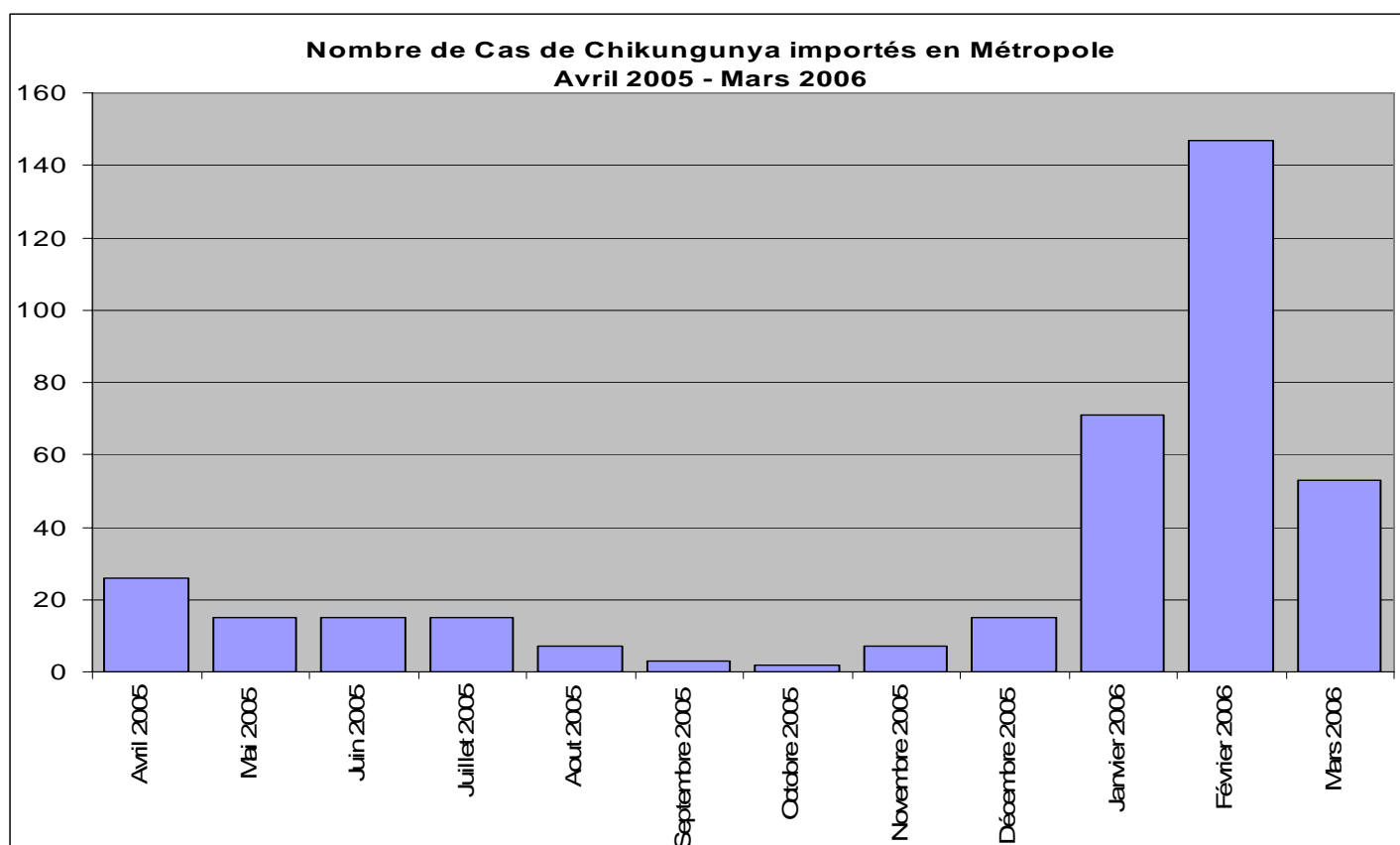
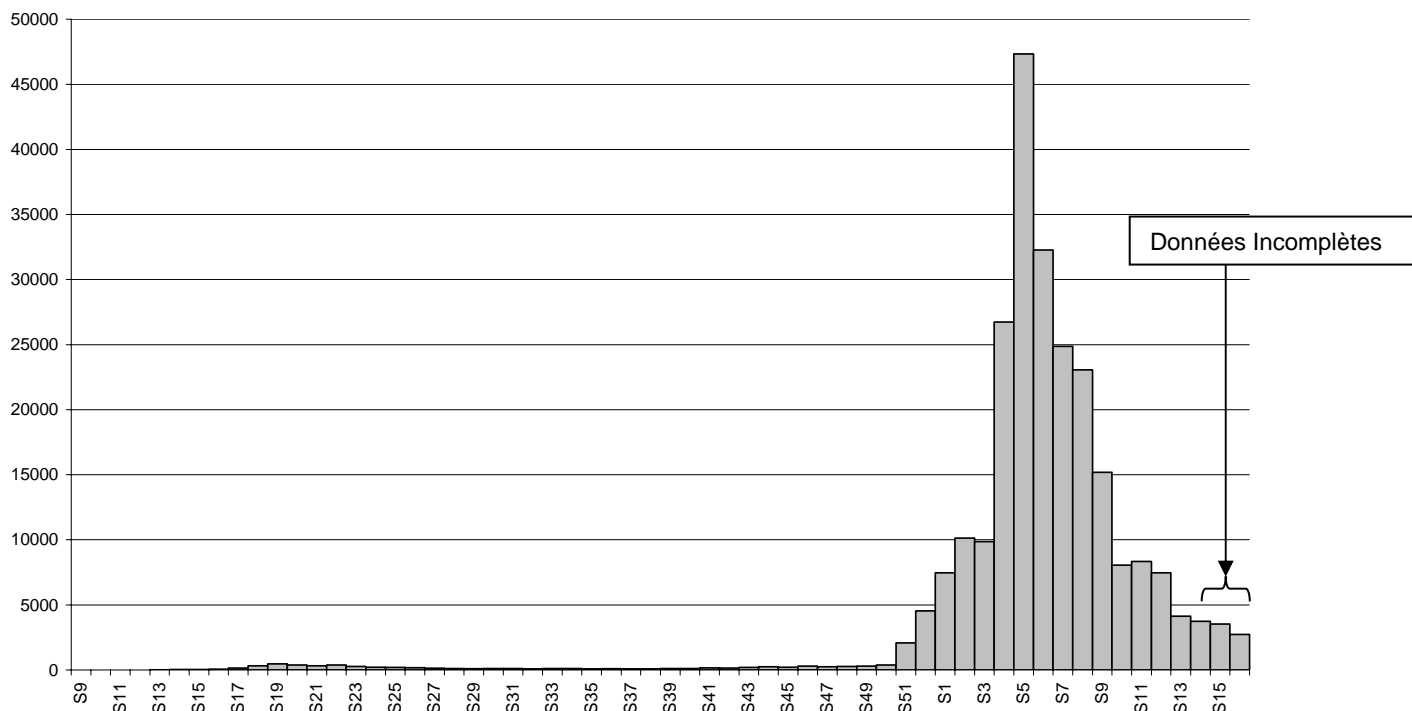


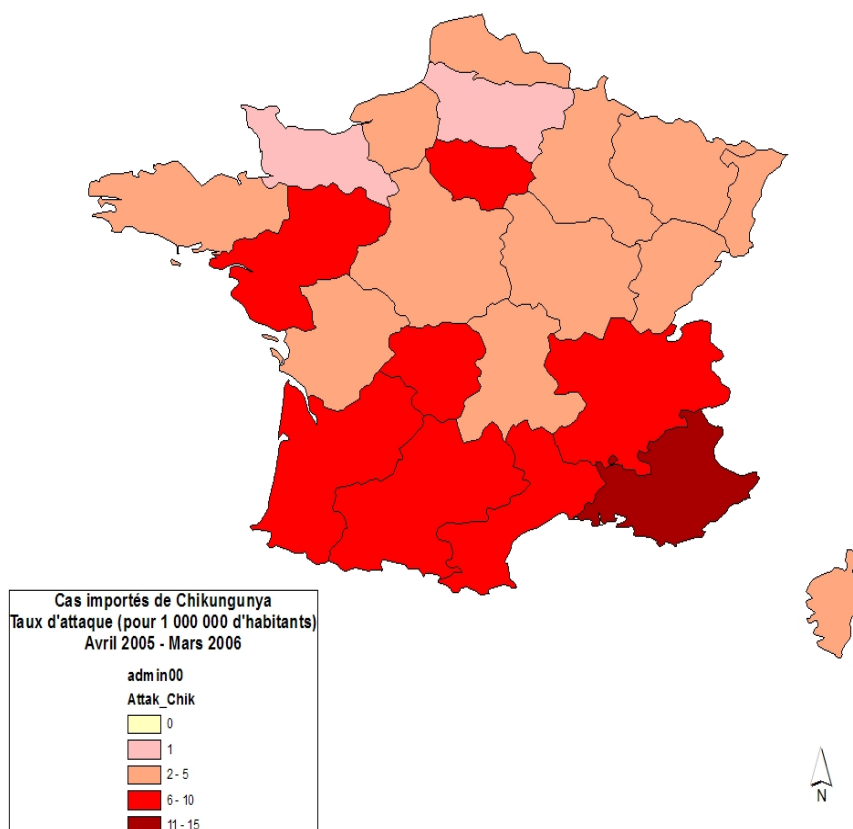
Figure 2 - Courbe épidémique à La Réunion, mars 2005 - avril 2006



Répartition géographique

Les cas importés se situent en grande partie dans le quart Sud-Est de la France, en Ile-de-France et dans l'Ouest (figures 3).

Figure 3 - Répartition géographique des cas importés en métropole, avril 2005-mars 2006



Origine géographique des cas importés

Sur les 140 fiches pour lesquelles la provenance des voyageurs était précisée, 97 concernaient des personnes ayant récemment voyagé à la Réunion, 28 aux Comores, 5 à Mayotte, 5 à l'île Maurice, 2 de Madagascar, 2 des Seychelles et 1 du Cameroun.

Discussion

Le nombre le plus important de cas importés est observé en Ile de France et dans les Bouches-du-Rhône. Ceci s'explique en partie par le fait que l'île-de-France est la région la plus peuplée de métropole. Quant aux Bouches-du-Rhône, plus précisément à Marseille, il existe une importante communauté comorienne qui continue d'entretenir des rapports étroits avec les Comores, elles mêmes touchées en début 2005 par une épidémie de Chikungunya (plus de 5000 cas entre janvier et mai 2005).

La surveillance actuelle basée sur les résultats biologiques permet de repérer avec le plus d'exhaustivité possible les cas importés. Cependant, il est probable que quelques patients n'ont pas bénéficié de diagnostic biologique, ce d'autant qu'il existe des infections à Chikungunya peu symptomatiques voire asymptomatiques.

Par ailleurs, dans la mesure où les IgM pourraient persister plusieurs semaines voire plusieurs mois après l'infection, l'interprétation des sérologies est d'autant plus difficile qu'elles n'ont pas été réalisées dans un contexte clinique évocateur récent. De même, certaines sérologies douteuses ont été prises en compte et ce n'est qu'après discussion et investigation du dossier que le statut de cas importé peut être porté de façon certaine.

A ce jour aucune forme grave de cas importé en métropole n'a été rapportée.

Il est recommandé que les personnes se rendant à l'île de la Réunion et les autres îles de l'Océan Indien, respectent les mesures de prévention individuelles : voir le lien

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/chikungunya/default.htm>

Nous remercions les laboratoires Pasteur-Cerba et Marcel Mérieux, les deux laboratoires du CNR pour leur contribution à ce travail qui nécessite d'être poursuivi.