

Emergence du virus Zika aux Antilles Guyane

Situation épidémiologique

Point épidémiologique du 21 janvier - N°3 / 2016

En décembre 2015, les premiers cas de Zika ont été identifiés en Guyane et en Martinique dans le cadre d'une surveillance renforcée

mise en place suite à la circulation active du virus au Brésil.

Synthèse épidémiologique par territoire jusqu'au 17 janvier

	Cas cliniquement évocateurs		Cas confirmés biologiquement		Situations épidémiologiques
	Cas cumulés	Nouveaux cas S-02	Cas cumulés	Nouveaux cas S-02	
Guadeloupe	0	0	1	1 (S-03)	Emergence d'un cas
Guyane	164	114	45	15	Poursuite de la circulation sur le territoire
Martinique	1255	652	102	55 *	Epidémie
St Barthélemy	0	0	0	0	Pas de cas identifiés
St Martin	0	0	1	0	Emergence d'un cas

*données à consolider

Surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique des cas cliniquement évocateurs repose sur un réseau de médecins généralistes sentinelles déclarant le nombre de patients correspondant à la définition de cas suivante.

| Définition de cas |

Un cas cliniquement suspect d'infection par le virus Zika est défini comme :

Une personne présentant depuis moins de 7 jours :

- **Exanthème maculo-papuleux avec ou sans fièvre**
- **Et au moins deux signes parmi les suivants :**
 - ✦ hyperhémie conjonctivale
 - ✦ arthralgies
 - ✦ myalgies

en l'absence d'autres étiologies.

Un cas confirmé est un cas suspect chez lequel le génome viral du zika a été mis en évidence sur le sang ou l'urine par RT-PCR.

| Recherche diagnostique |

Compte tenu de la circulation de la dengue et du chikungunya aux Antilles-Guyane, tout cas suspect doit faire l'objet d'une **recherche diagnostique des 3 virus** selon le schéma suivant :

- de J1 à J5 après la date de début des signes: RT-PCR zika sur sang et urine ;
- de J6 à J10 : RT-PCR Zika sur urines ;
- de J1 à J7 : NS1,RT-PCR dengue et chikungunya sur sang ;
- à partir de J5, sérologies dengue et chikungunya : détection des IgM et des IgG.

Cependant, du fait de la brièveté de la virémie, un résultat négatif de la PCR n'infirme pas le diagnostic de Zika.

Le CNR des arbovirus peut compléter ce schéma diagnostique par une recherche sérologique suivie ou non d'une séroneutralisation dans certains cas (mise en évidence de la circulation virale dans une zone indemne ou surveillance de populations particulières...).

Rappels sur la maladie

Les symptômes se caractérisent par une éruption cutanée (exanthème maculo-papuleux) avec ou sans fièvre. D'autres signes ont été décrits tels que : fatigue, douleurs musculaires et articulaires, conjonctivite, maux de tête et douleurs rétro-orbitaires.

Un grand nombre de personnes infectées ne vont présenter aucun symptôme (de l'ordre de 80 %). Le traitement est symptomatique et la guérison intervient au bout de quelques jours dans la grande majorité des cas. Cependant,

des complications neurologiques peuvent apparaître notamment le syndrome de Guillain-Barré, maladie caractérisée par une atteinte des nerfs périphériques, qui a été décrit au Brésil et en Polynésie française.

Dans ces territoires, des microcéphalies et des anomalies du développement cérébral intra-utérin ont également été observées chez des fœtus et des nouveaux nés de mères enceintes pendant la période épidémique.

Surveillance des cas biologiquement confirmés

La surveillance des cas biologiquement confirmés est menée en étroite collaboration avec les Laboratoires de biologie médicale de ville, le laboratoire de virologie du CHU de Martinique et le laboratoire du Centre national de référence (CNR) des arbovirus (Institut de Recherche Biomédicale des Armées).

A ce jour, 102 cas confirmés ont été enregistrés, selon leur date de début des signes entre le 23 novembre 2016 et 20 janvier 2016 (Figure 1).

La situation étant en constante évolution, les dernières données sont susceptibles d'évoluer.

Six femmes enceintes et un syndrome de Guillain-Barré ont été confirmés infectés par le virus Zika depuis le début de la surveillance.

Aucun décès portant la mention « Zika » n'a été rapporté à ce jour.

Surveillance des cas cliniquement évocateurs par le réseau de médecins sentinelles

Chaque semaine 55 médecins sentinelles répartis sur l'ensemble de l'île transmettent chaque semaine le nombre de consultations pour des patients répondant à la définition de cas de Zika.

Pour les deux premières semaines de janvier, ce sont respectivement 460 et 650 cas cliniquement évocateurs qui ont été vus en consultation marquant une nette progression de la transmission virale (Figure 1). Au 17 janvier, cette progression se poursuit pour atteindre un total de 1255.

Répartition spatiale des cas évocateurs et confirmés

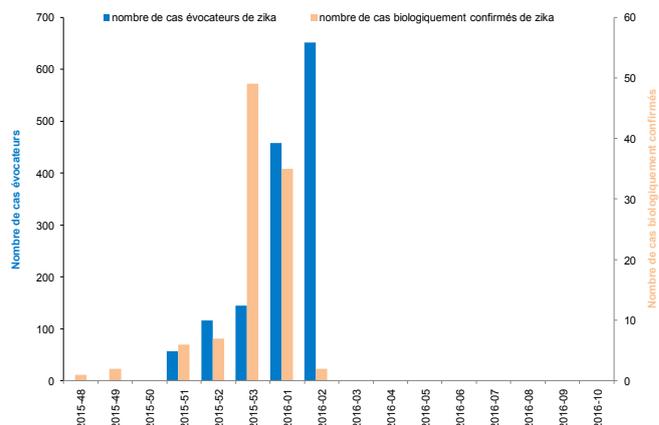
La répartition spatiale des cas cliniquement évocateurs vus par les médecins sentinelles du 28 décembre 2015 au 17 janvier 2016 est présentée sur la Figure 2. Celle-ci montre une rapide progression du nombre de communes impactées par la circulation virale, 22 sur 34 au total.

Au total et jusqu'à ce jour, seules 4 communes en Martinique ne déclarent pas de cas évocateurs et/ou confirmés de Zika : Basse-Pointe, Lorrain, Gros-Morne et Sainte-Anne.

Les 102 cas confirmés se répartissent sur 19 communes du département : Bellefontaine, Carbet, Case-Pilote, Ducos, Font Saint-Denis, Fort de France, François, Le Lamentin, Morne-Rouge, Prêcheur, Rivière-Salée, Robert, Sainte-Luce, Sainte-Marie, Saint-Pierre, Schoelcher, Trinité, Trois-Ilets et le Vauclin.

| Figure 1 |

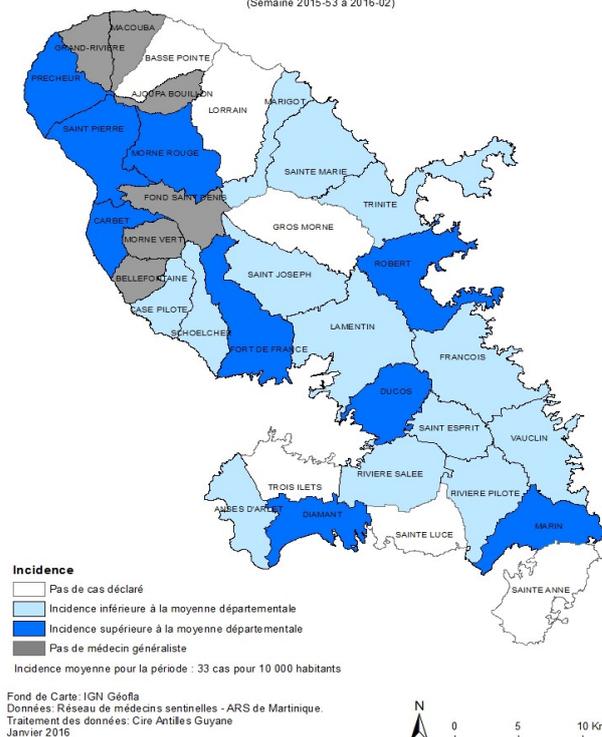
Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés selon la date de début des signes (N=102) et de cas cliniquement évocateurs (N=1255), Martinique, novembre 2015 à janvier 2016.



| Figure 2 |

Zika à la Martinique

Incidence cumulée des cas cliniquement évocateurs du 28 décembre 2015 au 17 janvier 2016 (Semaine 2015-53 à 2016-02)



Conclusions pour la Martinique

L'ensemble des indicateurs de la surveillance épidémiologique de l'infection par le virus Zika témoignent de la poursuite de la circulation virale sur l'ensemble de la Martinique.

Pour cette raison, le Préfet de la Martinique, sur les recommandations du comité d'experts des maladies infectieuses émergentes, a annoncé le passage en niveau 3a « Phase épidémique appelant des mesures de gestion habituelles » le 20 janvier 2016.

Surveillance des cas biologiquement confirmés

Depuis l'identification du premier cas biologiquement confirmé de Zika en décembre 2015, 45 cas biologiquement confirmés ont été enregistrés. Entre la première et la deuxième semaine de janvier, le nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés a plus que triplé, passant de 4 à 15 (Figure 3).

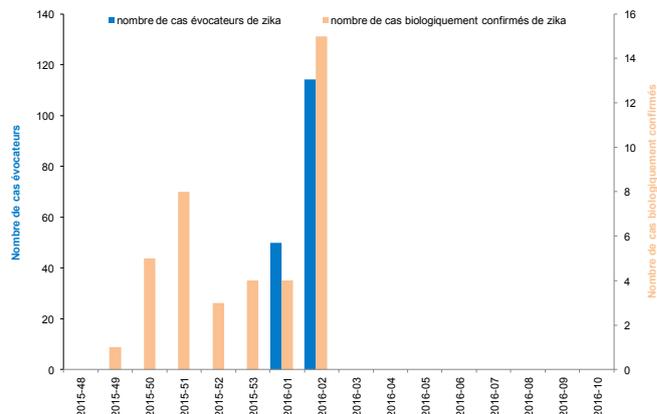
Les communes dans lesquelles des cas biologiquement confirmés de Zika autochtones ont été enregistrés sont Rémire-Montjoly, Matoury, Kourou, Sinnamary, Mana et Saint-Laurent.

Aucune complication liée au Zika n'a été identifiée à ce jour.

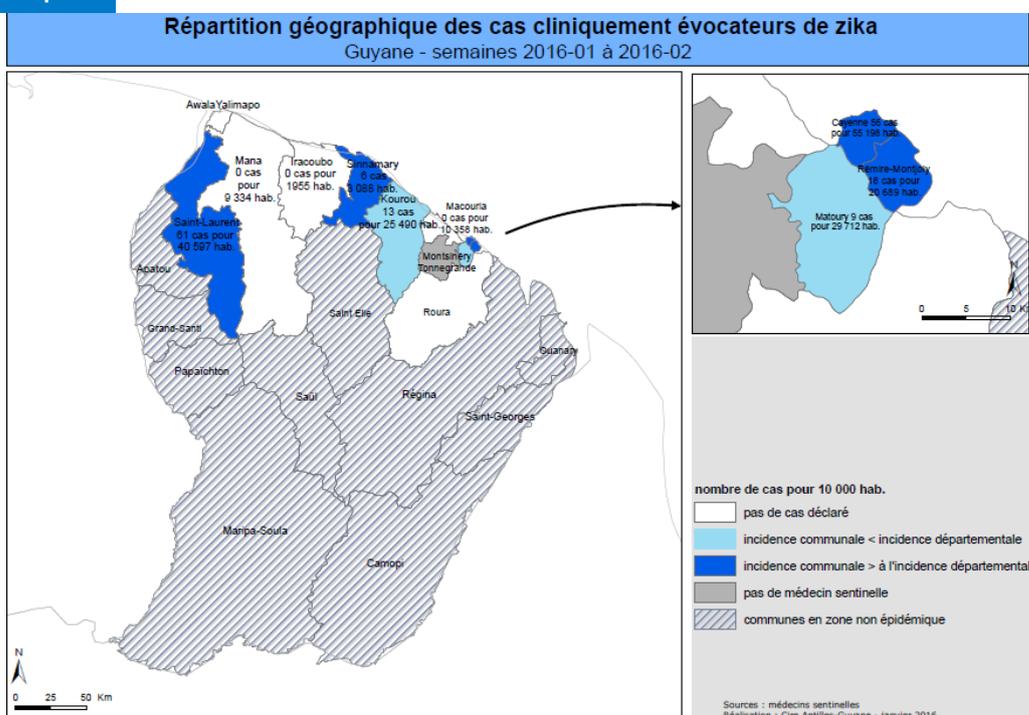
Aucun décès portant la mention « Zika » n'a été rapporté à ce jour.

| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire de cas de Zika confirmés biologiquement selon la date de début des signes (N=45) et de cas cliniquement évocateurs de Zika (N=164), Guyane, novembre 2015 à janvier 2016



| Figure 4 |



Surveillance des cas cliniquement évocateurs par le réseau de médecins sentinelles

Chaque semaine 26 médecins sentinelles répartis sur l'ensemble du département transmettent le nombre de consultations pour des patients répondant à la définition de cas de Zika.

Pour les deux premières semaines de janvier, ce sont respectivement 50 et 114 cas cliniquement évocateurs qui ont été vus en consultation marquant une nette progression de la transmission virale (Figure 3).

Répartition spatiale des cas cliniquement évocateurs

La répartition spatiale des cas cliniquement évocateurs vus par les médecins sentinelles du 4 janvier 2015 au 17 janvier 2016 est présentée sur la Figure 4.

Les médecins sentinelles de Rémire-Montjoly, Matoury, Sinnamary, Kourou et Saint Laurent, ont signalé des consultations pour des cas cliniquement évocateurs de Zika.

Depuis le 4 janvier, les communes de Saint Laurent, Cayenne et Kourou enregistrent les incidences cumulées les plus élevées, respectivement égales à 15, 10 et 5 cas pour 10 000 habitants.

Conclusions pour la Guyane

La situation épidémiologique du Zika en Guyane correspond au niveau 3a du Psage arbovirose émergente : « Phase épidémique appelant des mesures de gestion habituelles ». Ce niveau sera soumis pour validation au comité d'experts des maladies à caractère épidémique et à la cellule de gestion. Les zones impactées identifiées par la surveillance sont l'île de Cayenne, le secteur de Kourou (Kourou et Sinnamary) et l'Ouest Guyanais (Saint Laurent du Maroni et Mana).

Surveillance des cas biologiquement confirmés

Au 20 janvier, un cas de Zika a été biologiquement confirmé en Guadeloupe. Il s'agit donc du premier cas autochtone de Zika confirmé en Guadeloupe.

A Saint-Martin, le premier cas de Zika biologiquement confirmé avait été signalé dans le dernier Point Epidémiologique (2016-02). Il n'y a pas eu de cas confirmé supplémentaire.

A Saint-Barthélemy, aucun cas d'infection par le virus du Zika n'a encore été biologiquement confirmé. Sur ce territoire, l'épidémie de dengue (sérotypage DENV1) a été déclarée en semaine 2016-01 via le Point Epidémiologique.

Ce phénomène rend difficile le repérage clinique de cas éventuels de Zika.

Conclusions pour la Guadeloupe et les Iles du Nord

Après consultation des Comités d'experts des maladies infectieuses et émergentes, en Guadeloupe et dans les Iles du Nord respectivement, ces derniers considèrent que la situation épidémiologique du Zika en Guadeloupe et à Saint-Martin correspondent à la phase 2 du Psage : « circulation virale autochtone débutante ».

Aucune circulation de virus Zika n'est avérée dans la collectivité de Saint Barthélemy.

Conclusions générales

La circulation virale est en nette augmentation sur le territoire de la Martinique où la situation épidémiologique du Zika correspond désormais au niveau 3a du Psage arbovirose émergente : « phase épidémique appelant des mesures de gestion habituelles ». Actuellement, seules quatre communes n'ont pas rapporté de cas cliniquement évocateurs ou confirmés de Zika.

La situation épidémiologique du Zika en Guyane correspond au niveau 3a du Psage arbovirose émergente : « phase épidémique appelant des mesures de gestion habituelles ». Ce niveau sera soumis pour validation au comité d'experts des maladies à caractère épidémique et à la cellule de gestion. Les zones impactées connues sont l'île de Cayenne, le secteur de Kourou (Kourou et Sinnamary) et l'Ouest Guyanais (Saint Laurent du Maroni et Mana).

La situation épidémiologique du Zika dans la collectivité de Saint Barthélemy correspond au niveau 1c du Psage arbovirose émergente : « pas de circulation virale autochtone avérée avec circulation virale dans les autres DFA ».

A Saint Martin et en Guadeloupe, la situation épidémiologique du Zika correspond au niveau 2 du Psage « circulation virale autochtone ».

| Figure 5 |

Circulation autochtone du virus Zika dans la Zone Amériques au 21 janvier 2016

Countries and territories with confirmed cases of Zika virus (autochthonous transmission) in the Americas, 2015-2016.



Depuis l'émergence du virus Zika au Brésil, 20 pays et territoires ont enregistré des cas autochtones de Zika entre les semaines 2015-17 et 2016-02 :

Barbados, Bolivie, Brésil, Colombie, Equateur, Haïti, Salvador, Guyane, Guadeloupe, Guatemala, Guyane, Honduras, Saint Martin, Martinique, Mexique, Panama, Paraguay, Puerto Rico, Suriname, Venezuela.

Source données: OPS/OMS

Le point épidémiologique Virus Zika

Les points clés

Martinique

Passage en niveau 3a : Epidémie appelant des mesures de gestion habituelles

Guyane

Poursuite de la circulation virale

Saint Martin

1 cas autochtone confirmé

Guadeloupe

1 cas autochtone confirmé

Saint Barthélemy

Pas de circulation avérée

Liens utiles

● Site de l'InVS :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Zika>

● Le Haut Conseil de Santé Publique :

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=517>

● OPS/OMS:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=427&Itemid=41484

Directeur de la publication : François Bourdillon
Directeur Général de l'InVS

Rédacteur en chef : Martine Ledrans, Responsable scientifique de la Cire AG

Maquettiste
Claudine Suivant

Comité de rédaction

Audrey Andrieu, Vanessa Ardillon, Luisiane Carvalho, Sylvie Cassadou, Elise Daudens-Vaysse, Frédérique Dorléans, Noëlle Gay, Mathilde Melin, Marion Petit-Sinturel, Laurent Filleul

Diffusion

Cire Antilles Guyane
Centre d'Affaires AGORA
Pointe des Grives. CS 80656
97263 Fort-de-France
Tél. : 596 (0)596 39 43 54
Fax : 596 (0)596 39 44 14
<http://www.ars.martinique.sante.fr>
<http://www.ars.guadeloupe.sante.fr>
<http://www.ars.guyane.sante.fr>

La protection contre les moustiques est la clé de la lutte contre le Zika :

Protection collective : lutte contre les gîtes larvaires c'est-à-dire suppression de toute eau stagnante au domicile et autour.

Protection individuelle contre les piqûres :

- Privilégier le port de vêtements longs et clairs
- Utiliser des répulsifs
- Renforcer la protection des femmes enceintes et des malades du Zika.

Pour la Guadeloupe, Saint Martin et Saint-Barthélemy

Tout médecin (clinicien ou biologiste) doit signaler sans délai

TOUT CAS SUSPECT
à l'Agence de Santé Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Tél : 0590 410 200
Fax : 0590 994 924
ARS971-ALERTE@ars.sante.fr

Remerciements à nos partenaires : les Cellules de Veille Sanitaire des ARS de Guadeloupe, de Guyane et de Martinique, aux Services de démoustication, aux réseaux de médecins généralistes sentinelles, aux services hospitaliers (urgences, laboratoires, services d'hospitalisation), aux CNR de l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées et de l'Institut Pasteur de Guyane, aux LABM, à l'EFS ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance épidémiologique.