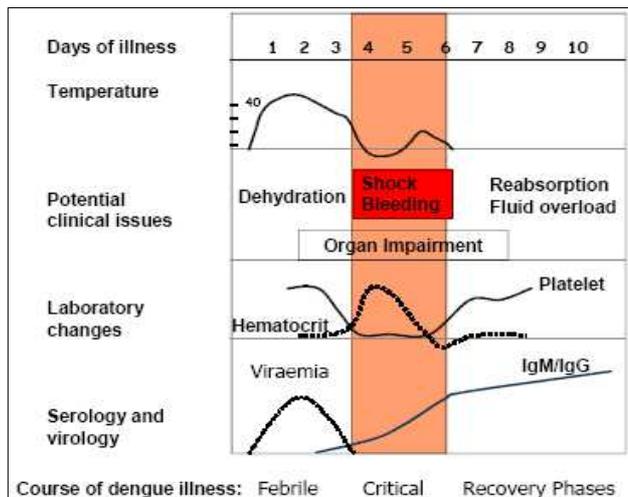


## Signes et symptômes de la dengue : conduites à tenir en période épidémique

Document basé sur les recommandations de l'OMS (2009)  
et du Comité d'Experts des Maladies Infectieuses et Emergentes (CEMIE) de Martinique  
Version 2013

### 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 plasmatique** de gravité variable, survenant entre les 4<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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 sponta-

nément (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 aigue 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<sup>ème</sup> 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 et surtout en situation épidémique, rien ne justifie la demande d'un test diagnostique de la Dengue. Le test NS1 peut manquer de sensibilité en fonction de la date à laquelle est réalisé le prélèvement par rapport à la date de début des signes cliniques, du type d'infection (primaire/secondaire)....

Le sérodiagnostic ne se positive qu'après le 6<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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.

**Tableau 1. Diagnostic différentiel de la dengue**

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

## **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 mm Hg), respiration évoquant une acidose métabolique (type Kussmaul), râles crépitant des bases.

Autres signes d'alerte à prendre en compte :

- Douleur abdominale / thoracique brutale ou crescendo à intenses
- Vomissements incoercibles (+/- diarrhée persistante)
- Refus total alimentation et boisson
- Malaise pré syncopal ou syncope
- Station debout impossible, hypoTA orthostatique
- Signes respiratoires (toux /dyspnée)
- Hépatomégalie > 2 cm (enfants)
- Température >39°C à J5-J6
- Saignement muqueux persistant
- Épanchements séreux (échographie)
- Hémococoncentration (hématocrite)

## **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<sup>ème</sup> trimestre et proches du terme.
3. Drépanocytaires SS, SC ou S beta thalassémiques
4. Maladies chroniques / traitements associés (insuline, anticoagulants, anti agrégants plaquet-taires) : 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. ERREURS 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.

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

0. 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
1. Il n'y a pas de signe d'alerte faisant suspecter le passage en phase critique

2. La réhydratation orale est possible
3. L'environnement social est favorable, le suivi téléphonique est possible
4. 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.
5. 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).

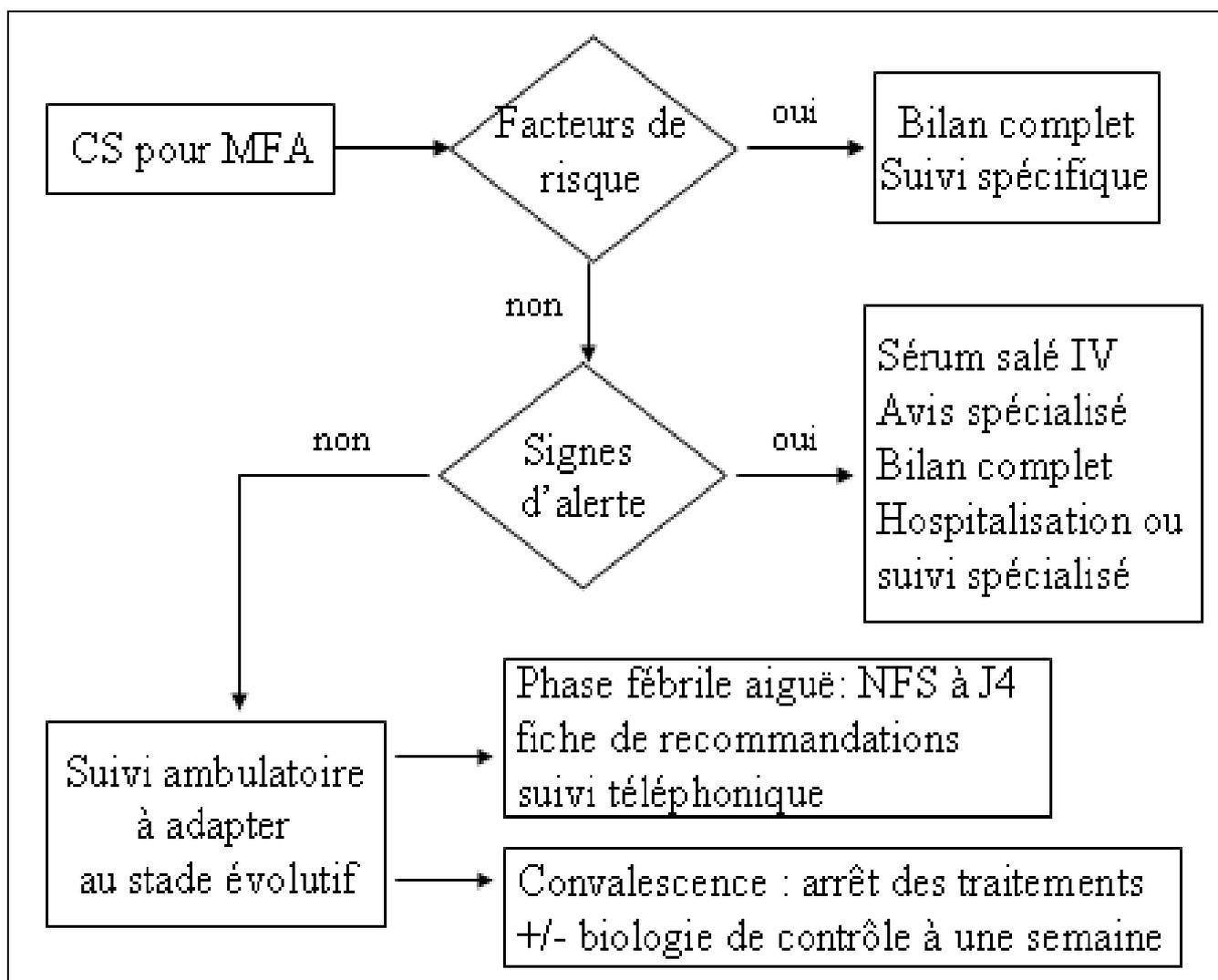
ence of the dengue serotype, previous dengue infection, and plasma viral load on clinical presentation and outcome during a dengue-2 and dengue-4 co-epidemic . *Am J Trop Med Hyg* 78: 990 – 998

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

### 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 . *Influ-*

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



## Régime diététique à conseiller aux patients adultes pendant la phase fébrile aiguë de la dengue

*Document établi par le Comité de Liaison pour l'Alimentation et la Nutrition (CLAN) du CHU de Fort de France et validé par le Comité d'Experts des Maladies Infectieuses et Emergentes de Martinique*

### A prendre au minimum 4 fois par jour :

Un bol de soupe de légumes variés, environ 30 cl  
(soupe prête à l'emploi en vente dans les commerces ou recette maison)

Un verre de jus de fruit, environ 15 cl (fruit à choisir selon le goût du patient)

Un verre d'eau gazeuse minéralisée (de type Didier, Badoit, Rozana...), environ 15 cl

*Ces 3 éléments devront être pris à la suite pour favoriser l'absorption du sel.*

*Ce régime apportera environ 2,5 litres par jour de liquide et environ 8 à 9 g de sel par jour. Le patient pourra par ailleurs boire à sa guise de l'eau gazeuse minéralisée (éviter les eaux sans sodium)*

### Idée de recette pour 1 litre de soupe



- 150 g de pommes de terre
- 100 g de carottes
- 200 g de légumes variés (giraumon, céleri, oignon, haricots verts, poireaux, choux...)

Ajouter 500 ml d'eau du robinet (compléter si besoin afin d'obtenir 1 litre de soupe)

Ajouter une cuillerée à dessert bien pleine de sel fin de cuisine (environ 10 g de sel)

Cuisiner selon vos habitudes.

**Prendre conseil auprès du médecin traitant en cas de régime sans sel  
Reprendre une alimentation normale à la fin de la fièvre.**