



\*Claude Chastel

## Chikungunya : Un nouveau visage

**D**epuis le début de l'année 2005, une virose tropicale transmise par des moustiques, le Chikungunya (en swahili : « qui marche plié en deux »), s'est abattue sur les Îles de sud-ouest de l'Océan indien, notamment la Réunion. Là ont été recensés plus de 200 000 infections, dont de nombreuses formes graves, et une centaine de décès imputables directement ou indirectement au virus Chikungunya (CHIK). À la mi-mars 2006, on en reste encore à espérer que l'épidémie qui a généré beaucoup de souffrances, un encombrement hospitalier considérable et des conséquences économiques désastreuses, s'arrêtera sous l'effet d'une démoustication entreprise bien trop tardivement.

Nos connaissances sur cette maladie, avant l'épidémie réunionnaise, n'étaient pas négligeables. Connue en Tanzanie depuis 1952, elle avait ensuite été retrouvée en Afrique tropicale, en Asie du sud-est et en Inde. En Asie, les épidémies sont très souvent imbriquées avec celles de la dengue. D'ailleurs, cliniquement, les deux virus se ressemblent beaucoup, avec toutefois une majoration des arthralgies et leur longue persistance, dans les infections à virus CHIK. Des formes hémorragiques, bien supportées, et des encéphalites exceptionnellement mortelles, avaient aussi été décrites, mais dans l'ensemble, l'évolution était favorable et la maladie réputée bénigne.

Les questions soulevées par l'épidémie de la Réunion sont nombreuses. Tout d'abord, pourquoi a-t-elle pris une telle ampleur ? Ayant débuté en février 2005, en République Islamique des Comores, elle s'est rapidement étendue à Maurice, à Mayotte, aux Seychelles, peut-être à Madagascar et à la Réunion (avril 2005), quelques cas importés étant observés dans la région de Marseille. À la Réunion, véhiculée par le moustique très anthropophile, *Aedes albopictus*, elle a évolué en deux phases : la première relativement limitée (~10 000 cas) jusqu'en octobre 2005, et la seconde, explosive, de la fin 2005 jusqu'à présent. On estime qu'elle a maintenant infecté au moins 25 % de la

population réunionnaise (~800 000 h.).

On a vu alors apparaître des formes cliniques graves : encéphalite, syndrome de Lyell, myocardite, péricardite, nécrose hépatique, insuffisance rénale et plusieurs cas de transmission materno-fœtale.

Quelle est la cause de cette augmentation apparente de virulence ? On peut émettre l'hypothèse que le virus a évolué dans une population immunologiquement vierge, la région n'ayant jamais été infectée par ce virus, et que sa transmission ne s'est jamais arrêtée tout au long de l'année 2005, faute d'une démoustication pendant l'hiver austral. La première étape de détermination d'une éventuelle mutation a démarré avec le séquençage du génome viral au CNR des arboviroses (Lyon).

Une fois la crise passée, si l'on ne s'attache pas à contrôler énergiquement les populations de vecteurs, on peut redouter l'implantation définitive du virus dans la région, soit chez le moustique, par transmission transovariante, soit dans la faune sauvage.

Le climat médiatique actuel amène également nos concitoyens à s'interroger sur la possibilité d'une épidémie en métropole. Si l'on relève aujourd'hui l'importation de plusieurs dizaines de cas dans l'Hexagone, aucun cas de transmission en dehors des zones tropicales n'a encore jamais été évoqué. La présence d'*Aedes albopictus* dans l'hexagone est toutefois avérée et ce moustique prolifère notamment entre Nice et Menton depuis l'année 2005. Si cet élément doit être considéré avec sérieux, des scientifiques, et des politiques, ont souligné dans les médias la quasi-improbabilité du risque d'épidémie.

Arriverons-nous toutefois à tirer les leçons de la crise réunionnaise ? Là réside peut-être la vraie question. Nous avons besoin d'un dialogue constructif entre autorités publiques, professionnels de santé et grand public, un préalable essentiel à la mise en place de stratégie sanitaire et scientifique efficaces.

Pour en savoir plus : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

\*Claude Chastel, Laboratoire de Virologie, Faculté de Médecine, 29 285 Brest Cedex. E-mail : [chastelc@aol.com](mailto:chastelc@aol.com)