

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

**DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE**

**DIRECTION DE LA LUTTE
CONTRE LA MALADIE**



BURKINA FASO

Unité – Progrès - Justice

DIRECTIVES NATIONALES DE PRISE EN CHARGE DES CAS DE DENGUE AU BURKINA FASO



Aedes aegypti

Version Juillet 2014

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
AVANT PROPOS	Erreur ! Signet non défini.
I. INTRODUCTION.....	1
II. PROCESSUS D'ELABORATION	2
III. ASPECTS CLINIQUES DE LA MALADIE.....	2
3.1. Dengue classique ou dengue fièvre	2
3.2. Dengue Hémorragique	3
IV. DEFINITION OPERATIONNELLE	4
a. Cas suspect.....	4
b. Cas probable	4
c. Cas confirmé.....	5
V. CLASSIFICATION DES CAS DENGUE	5
Groupe A : Dengue probable (ou confirmée)	5
Groupe B : Dengue probable (ou confirmée) avec « signes d'alerte ».....	5
Groupe C : La dengue sévère.....	6
VI. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE	7
6.1. Le diagnostic direct ou diagnostic précoce de la dengue	7
Détection du virus ou de son génome	8
Détection antigénique: la protéine NS1	8
6.2. Le diagnostic indirect ou diagnostic sérologique	8
a. Cinétique des anticorps dirigés contre DENV	8
b. Les tests immuns enzymatiques (ELISA) ou immun chromatographiques (ICT) 9	
VII. RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE DE LA DENGUE	9
7.1. Étape I – Évaluation globale.....	9

7.2.	Étape II – Diagnostic, évaluation de la phase et de la gravité de la maladie.	
	10	
7.3.	Étape III – Traitement (groupes A à C).....	11
a.	Traitement des patients du Groupe A : dengue probable ou confirmée sans signes d’alerte	11
b.	Traitement des patients du Groupe B : dengue probable ou confirmée AVEC signes d’alerte.....	11
c.	Traitement des patients du Groupe C : dengue sévère.....	12
d.	Critères d’hospitalisation de la dengue.....	14
VIII.	PREVENTION DE LA DENGUE	14
8.1.	Prévention individuelle :.....	14
8.2.	Prévention collective:.....	15
IX.	CONCLUSION.....	16
X.	BIBLIOGRAPHIE.....	17

SIGLES ET ABREVIATIONS

CNRFP : centre national de recherche et de formation sur le paludisme

CNRST : centre national de recherche scientifique et technologique

DLM : direction de la lutte contre la maladie

IgG : Immunoglobulines de type G

IgM : Immunoglobulines de type M

IRSS : institut de recherche en sciences de la santé

MTN : maladie tropicale négligée

NS1 : protéine structurale de type 1

OMS : organisation mondiale de la santé

PCR : polymerase chain reaction (Réaction de polymérisation en chaîne)

PNMTN : programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées

TDR : test de diagnostic rapide

AVANT PROPOS

Le profil épidémiologique du Burkina Faso est marqué par les maladies infectieuses endémo-épidémiques. La dengue est une maladie infectieuse réémergence qui était jusque-là méconnue des prestataires de soins et des populations du Burkina Faso.

La fin de l'année 2013 a été marquée par l'apparition de 33 cas de dengue confirmés dans la ville de Ouagadougou. En plus de ces cas, des études réalisées dans les villes de Ouagadougou, Kaya, et Zorgho ont démontré que la dengue est une réalité au Burkina Faso.

Les directives qui sont mises à la disposition des prestataires, fournissent des informations par rapport aux différents aspects cliniques de la maladie, aux définitions opérationnelles, au diagnostic biologique, aux récentes recommandations de l'OMS relatives à la prise en charge des cas et, enfin aux moyens de protection contre cette maladie.

Ces directives ont été élaborées grâce au concours de différents acteurs et elles constituent le document de référence pour la prise en charge des cas de dengue au Burkina Faso.

J'adresse mes remerciements à tous ceux qui se sont investis pour rendre ce document disponible et j'invite tous les prestataires de soins à tous les niveaux du système de santé à s'y référer.

Le Secrétaire général du ministère de la santé

Dr Amédée Prosper DJIGUEMDE

Officier de l'Ordre National



I. INTRODUCTION

La dengue fait partie de la liste des pathologies classées par l’OMS comme étant des maladies tropicales négligées (MTN). C’est une maladie infectieuse ré-émergente de type grippal due à un virus qui est transmis à l’homme la piqûre de moustiques femelles diurnes du genre *Aedes* principalement *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*.

Elle est due à un virus ayant 4 sérotypes: DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. La guérison entraîne une immunité à vie contre le sérotype à l’origine de l’infection.

Elle est bénigne et touche tous les âges de la vie. Cependant sa sévérité (hémorragies, problèmes neurologiques etc ...) dépendra de nombreux facteurs comme l’âge, les antécédents de fragilité capillaire, les antécédents de contagement antérieur avec le virus.

Dans le monde, la dengue sévit dans les régions tropicales et subtropicales. Selon l’OMS, il y aurait entre 50 à 100 millions de cas de dengue chaque année [6].

La maladie est désormais endémique dans plus de 100 pays d’Afrique, des Amériques, de la Méditerranée orientale, de l’Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. [7]

Au Burkina Faso, la dengue est une réalité qui était jusque-là très peu connue de la population et des prestataires de soins. Des cas ont été rapportés pour la première fois au cours des mois de septembre à décembre 1982 à Ouagadougou chez 29 expatriés européens et 1 voltaïque [1]. Plus récemment, de 2006 à 2008 quatre (4) touristes rentrant en France en provenance du Burkina Faso ont été diagnostiqués positifs à la dengue. [2].

Enfin, au cours des mois d’octobre à novembre 2013, cent onze (111) cas suspects ont été testés avec trente-trois (33 cas) positifs dans la ville de Ouagadougou [3]. Une enquête populationnelle réalisée par l’IRSS /CNRST en septembre 2013 dans les villes de Kaya et de Zorgho à partir d’un échantillon de 264 enfants a révélé 18 cas positifs de dengue dont 10 cas de coïnfection avec le paludisme.

Quant au virus responsable de la maladie au Burkina Faso, des études antérieures ont fait état du sérotype DEN-2 [8,9]. L'enquête réalisée en septembre 2013 par l'équipe IRSS/CNRST a révélé la présence de DEN-2 mais également de DEN-4. [3]

La situation dans les autres régions sanitaires n'est pas connue.

L'objectif des présentes directives est d'informer les prestataires de soins à tous les niveaux et d'apporter des orientations standardisées sur la prise en charge des cas de dengue en l'absence de traitement spécifique de cette maladie;

II. PROCESSUS D'ELABORATION

Le processus d'élaboration de ces directives a commencé par l'élaboration d'un draft en interne au sein du programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées avec la précieuse contribution du service de surveillance épidémiologique de la DLM, du Programme national de lutte contre le paludisme, de la Direction générale de la pharmacie du médicament et des laboratoires, et du service des maladies infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, de la Direction régionale de la santé du Centre.

Le draft ainsi obtenu a été validé lors d'un atelier qui a connu la participation de personnes ressources des structures centrales, du Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo et du Centre hospitalier universitaire Charles de Gaulles.

III. ASPECTS CLINIQUES DE LA MALADIE

Les virus de la dengue provoquent une infection symptomatique ou asymptomatique. L'infection symptomatique est une maladie systémique et dynamique qui évolue en général sous deux modes : la dengue classique ou dengue fièvre et la dengue hémorragique.

3.1. Dengue classique ou dengue fièvre

La maladie débute avec l'apparition brutale d'une forte fièvre. Cette phase fébrile aiguë dure habituellement 2 à 7 jours et s'accompagne souvent de rougeurs du visage, d'un érythème, de douleurs corporelles généralisées, de myalgie, d'arthralgie, de douleurs oculaires rétro-orbitaires, de photophobie, d'un exanthème

rubéoliforme ou de céphalées. L'anorexie, les nausées et les vomissements peuvent être observés.

Au début cette phase de fièvre, il peut être difficile de distinguer cliniquement la dengue des maladies fébriles. La positivité du signe du lacet ou du test du tourniquet pendant cette phase augmente la probabilité que la maladie présente soit la dengue. Les malades qui n'auront pas subi d'augmentation de leur perméabilité capillaire verront leur état s'améliorer sans passer par la phase critique.

3.2. Dengue Hémorragique

Elle peut être accompagnée ou pas de signe de choc.

➤ Dengue hémorragique sans signe de choc ou phase critique

Elle est caractérisée par les éléments de la dengue classique associés à des signes d'alerte. Au lieu de progresser vers un rétablissement avec la baisse de la fièvre, les malades dont la perméabilité capillaire a augmenté pourront présenter des signes d'alerte qui résulteront principalement d'une fuite plasmatique (épanchement pleural, péritonéal, péricardique.....).

Les signes d'alerte (résumés dans le tableau suivant) marquent le début de la phase critique.

Signes d'alerte

Clinique	Douleurs abdominales ou sensibilité à la palpation Vomissements persistants Léthargie ou agitation Saignement des muqueuses (épistaxis, gingivorragies.....) Hépatomégalie >2 cm ou foie hypertrophié sensible à la palpation Accumulation clinique de liquides
Laboratoire	Augmentation de l'hématocrite parallèlement à une baisse rapide de la numération plaquettaire

➤ Dengue hémorragique avec signe de choc

C'est la forme sévère de la dengue dont le pronostic vital est réservé.

Elle est caractérisée par les signes précédemment décrits avec un ou plusieurs des signes de choc ci-dessous cités :

- fuite plasmatique sévère conduisant à un état de choc (état de choc dû à la dengue) et/ou accumulation liquidienne accompagnée d'une détresse respiratoire ;
- hémorragie sévère ;
- défaillance organique sévère (anurie, hépatite...).

➤ **Phase de convalescence**

Lorsque le malade survit aux 24-48 heures que dure la phase critique, une réabsorption progressive des liquides présents dans le milieu extravasculaire se produit dans les 48-72 heures suivantes. Le bien-être général s'améliore, l'appétit revient, les symptômes gastro-intestinaux régressent, l'état hémodynamique se stabilise et on note une reprise de la diurèse.

IV. DEFINITION OPERATIONNELLE

a. Cas suspect

Toute personne présentant une **maladie fébrile (>39°C) aiguë** d'une durée comprise entre 2 et 7 jours, et s'accompagnant **d'au moins 2 des symptômes suivants** :

- céphalées,
- douleur rétro-orbitale,
- myalgies, arthralgies,
- éruption cutanée,
- **manifestations hémorragiques,**
- **syndrome de choc.**

b. Cas probable

Il s'agit d'un cas suspect avec un test de diagnostic rapide (TDR) positif. Un TDR dengue positif = sérologie positive des IgM et des IgG + Ag NS1 positif.

NB: les IgM persistent 2 à 3 mois dans l'organisme.

c. Cas confirmé

Il s'agit d'un cas probable chez lequel le génome du virus a été détecté par la PCR (polymerase chain reaction).

V. CLASSIFICATION DES CAS DENGUE

La dengue comprend une grande variété de formes cliniques avec une évolution souvent imprévisible. En fonction de la gravité de la maladie, l'OMS a adopté une nouvelle classification en 2013 des patients en 3 groupes : groupe A, groupe B, groupe C [4].

Groupe A : Dengue probable (ou confirmée)

Elles représentent 50 à 90% des cas de dengue. Ce sont des formes sans symptômes ou avec des symptômes discrets. Il y a une notion de vie/séjour lors d'un voyage dans une zone d'endémie de la dengue. On retrouve la présence de **fièvre** et de **2 des critères** suivants :

- nausées, vomissements
- éruptions cutanées
- douleurs
- signe du lacet positif
- leucopénie

Groupe B : Dengue probable (ou confirmée) avec « signes d'alerte »

Les signes d'alerte sont les suivants :

- Douleur ou sensibilité à la palpation au niveau abdominal
- Vomissements persistants
- Accumulation liquidienne clinique
- Saignements au niveau des muqueuses
- Léthargie, anxiété
- Hépatomégalie > 2 cm
- élévation de l'hématocrite et diminution rapide de la numération plaquettaire

Groupe C : La dengue sévère

C'est la forme sévère de la dengue avec des complications potentiellement mortelles. Environ 2,5% des patient meurent ; et sans traitement adapté, le taux de létalité de la dengue hémorragique peut dépasser 20%.

Les critères en faveur d'une dengue sévère sont :

1. Fuite plasmatique sévère entraînant :

- Etat de choc
- Accumulation liquidienne avec détresse respiratoire

2. Saignements sévères

Selon l'évaluation du clinicien.

3. Atteintes organiques sévères

- Taux d'AST ou d'ALT hépatiques ≥ 1000
- Système nerveux central : altération de l'état de conscience
- Cœur et autres organes

Classification des cas de dengue par gravité



Figure 1 : Classification des cas de dengue par gravité

Source (guide pour la PEC clinique de la dengue OMS 2013)

NB : Il convient de garder à l'esprit que même une dengue sans signe d'alerte (groupe A) est susceptible d'évoluer vers une dengue sévère (Groupe C).

VI. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

6.1. Le diagnostic direct ou diagnostic précoce de la dengue

Le diagnostic direct ou diagnostic précoce repose sur la détection du virus entier ou la caractérisation de son génome par des techniques de biologies moléculaires ou la détection de l'antigène NS1. [5].

Détection du virus ou de son génome

A partir de sérums obtenus entre le 1er et le 7ème jour de maladie, la détection du virus peut être effectuée soit par culture virale ou par détection du génome au moyen de technique de biologie moléculaire (ex : RT-PCR en temps réel). Cette technique est donc réservée aux centres nationaux de référence ou aux laboratoires de recherche ou hospitaliers équipés d'une infrastructure ayant une sécurité particulière.

Détection antigénique: la protéine NS1

La protéine NS1 (protéine non structurale 1) est spécifique du virus de la dengue. Elle est présente dans le sérum des patients dès l'apparition des premiers signes cliniques et permet ainsi un diagnostic précoce de l'infection.

6.2. Le diagnostic indirect ou diagnostic sérologique

Le diagnostic sérologique de la dengue repose sur la détection d'IgM et d'IgG spécifiques au moyen de test immuno-enzymatiques (ELISA) ou immuno-chromatographiques (ICT).

a. Cinétique des anticorps dirigés contre DENV

Au cours d'une infection primaire, les **IgM** apparaissent au bout de **cinq à six jours** et les **IgG sept à dix jours** après les premiers signes cliniques et atteignent leur maximum en deux à trois semaines. Les IgM atteignent leur pic de sécrétion deux semaines après le début de la maladie.

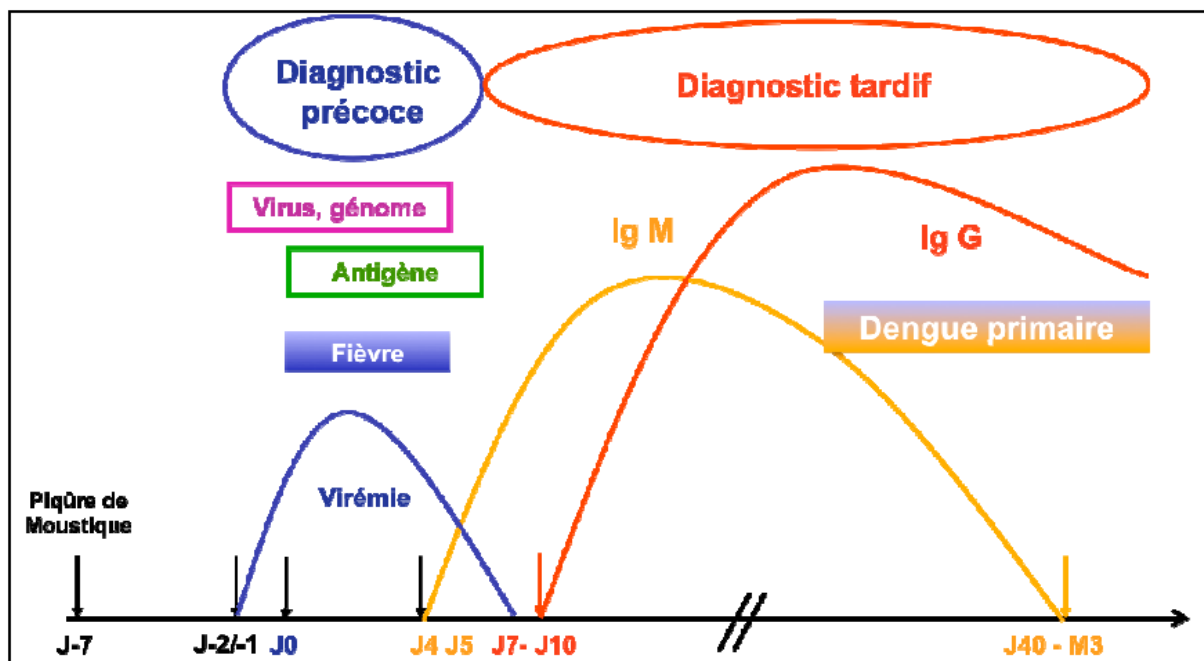


Figure 2 : cinétique de la virémie, de l'antigénémie NS1 et des anticorps anti dengue lors d'une infection primaire.

b. Les tests immuns enzymatiques (ELISA) ou immun chromatographiques (ICT)

Il en existe 2 types : les tests à visée diagnostique et les tests permettant de différencier une dengue primaire d'une dengue secondaire.

VII. RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE DE LA DENGUE [4]

Étape I – Évaluation globale	
I.1	Antécédents, dont symptômes, passé médical et antécédents familiaux
I.2	Examen physique, incluant une évaluation physique et mentale complète
I.3	Investigations, y compris les analyses de laboratoire de routine et les tests spécifiques de dépistage en laboratoire de la dengue
Étape II – Diagnostic, évaluation de la phase de la maladie et de sa gravité	
Étape III – Traitement	
	En fonction des manifestations cliniques et d'autres circonstances, les malades peuvent : - pris en charge en ambulatoire (groupe A) - être orientés vers une prise en charge dans une formation sanitaire (groupe B) - nécessiter un traitement d'urgence et un transfert immédiat vers un centre de référence (groupe C).

7.1. Étape I – Évaluation globale

Les **antécédents** doivent mentionner :

- la date d'apparition de la fièvre et de la maladie ;
- la quantité d'apport liquidien par voie orale ;
- la présence éventuelle de diarrhée ;
- la diurèse (fréquence, volume et moment de la dernière miction) ;
- l'évaluation des signes d'alerte (Encadré C) ;

- les modifications de l'état mental, les convulsions et les vertiges ;
- d'autres antécédents pertinents importants tels que :
 - l'existence de cas de dengue dans la famille ou le voisinage,
 - les déplacements dans des zones d'endémie de cette maladie,
 - les situations ou affections concomitantes (petite enfance, grossesse, obésité, diabète, hypertension, par exemple),
 - les randonnées dans la forêt ou la nage dans les rivières d'eau (envisager la leptospirose, le typhus ou le paludisme),
 - les rapports non protégés récents ou la consommation abusive de drogue (envisager une primo-infection aiguë avec la séroconversion pour le VIH).

L'examen physique doit comprendre :

- une évaluation de l'état de conscience ;
- une évaluation de l'état d'hydratation ;
- une évaluation de l'état hémodynamique ;
- la recherche d'une tachypnée au repos, d'une respiration acidotique et d'un épanchement pleural ;
- la recherche d'une sensibilité abdominale à la palpation, d'une hépatomégalie et d'une ascite ;
- l'examen des manifestations éruptives ou hémorragiques ;
- le test du tourniquet (à répéter s'il était auparavant négatif ou en l'absence de saignements).

7.2. Étape II – Diagnostic, évaluation de la phase et de la gravité de la maladie.

En se basant sur l'évaluation des antécédents, l'examen physique et/ou la numération-formule sanguine et l'hématocrite, les prestataires de soins devront déterminer si la maladie évaluée est la dengue, dans quelle phase elle se trouve (phase fébrile, critique ou de convalescence), si le malade présente des signes d'alerte, son état hémodynamique et d'hydratation, et s'il faut l'hospitaliser.

7.3. Étape III – Traitement (groupes A à C)

En fonction des manifestations cliniques et d'autres circonstances, les malades sont traités en ambulatoire (groupe A) ou orientés vers une prise en charge hospitalière (groupe B), ou encore doivent bénéficier d'un traitement d'urgence et d'un transfert sans délai vers un établissement spécialisé (groupe C).

a. Traitement des patients du Groupe A : dengue probable ou confirmée sans signes d'alerte

Ces patients peuvent être traités en ambulatoire chez eux. Ce sont les patients qui ne présentent pas de signes d'alerte **ET** qui sont capables de :

- Tolérer des quantités suffisantes de liquides par voie orale
- D'uriner au moins une fois toutes les 6 heures

Conseiller :

- Un repos suffisant au lit
- De boire suffisamment d'eau
- De prendre du paracétamol, (au maximum 4 grammes par jour pour les adulte, posologie à adapter pour les enfants)
- Dormir sous une moustiquaire
- Utiliser des crèmes répulsives

NB : L'utilisation d'acide acétylsalicylique (aspirine par exemple) et de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (Ibuprofen, par exemple) est formellement contre indiquée car ils majoreraient le risque hémorragique.

b. Traitement des patients du Groupe B : dengue probable ou confirmée avec signes d'alerte

Ces patients doivent bénéficier d'une prise en charge dans un centre de Santé doté d'un laboratoire (CM, CMA, CHR, CHU). Ils manifestent des signes d'alerte, ou présentent une affection ou un état coexistant rendant la dengue plus dangereuse ou sa prise en charge plus complexe (*grossesse, petite enfance, âge avancé, obésité, diabète, hypertension, insuffisance cardiaque ou rénale, maladies hémolytiques chroniques comme la drépanocytose et maladies auto-immunes*)

Conduite à tenir:

- Encourager le patient à boire,
- S'il ne tolère pas les liquides par voie orale, commencer la perfusion, intraveineuse d'une solution saline à 0,9% ou de lactate de Ringer à un débit d'entretien
- Déterminer un hématicrite de référence avant la perfusion intraveineuse
- Administrer des solutés isotoniques comme une solution saline à 0,9%, du lactate Ringer : commencer par 5-7ml/kg/h pendant 1 à 2 heure puis réduire à 3-5 ml/kg/h pendant 2 à 4 heures puis réduire encore à 2-3ml/kg/h ou moins selon la réponse clinique.

Réévaluer l'état clinique et refaire l'hématocrite

- Si l'hématocrite reste au même niveau ou augmente très peu, continuer à un débit de 2-3ml/kg/h à nouveau pendant 2 à 4 heures.
- En cas d'aggravation des signes vitaux et de hausse rapide de l'hématocrite, augmenter le débit à 5-10ml/kg/h pendant 1 à 2 heures.

Réévaluer l'état clinique et refaire l'hématocrite et revoir la vitesse de perfusion

Diminuer progressivement le remplissage vasculaire intraveineux lorsque la fuite plasmatique régresse à la fin de la phase critique.

Le principal moyen pour prévenir l'évolution vers l'état de choc des patients présentant des signes d'alerte réside dans un remplacement liquidien rapide.

c. Traitement des patients du Groupe C : dengue sévère

Traitement du choc compensé :

- Commencer la réanimation en perfusant en intraveineuse un soluté isotonique de cristalloïdes à un débit de 5-10ml/kg/h pendant 1 heure
- Réévaluer l'état du patient

Si l'état du patient s'améliore :

- Le débit de la perfusion intraveineuse doit être progressivement réduit : 5-7ml/kg/h pendant 1 à 2 heures puis réduire à 3-5 ml/kg/h pendant 2 à 4 heures puis 2-3ml/kg/h pendant 2 à 4 heures Le débit sera ensuite encore diminué en fonction de l'état hémodynamique
- Les perfusions de solutions en IV peuvent continuer pendant 24 à 48 heures

Si l'état du patient reste stable :

- Vérifier l'hématocrite après le premier bolus
- Si l'hématocrite augmente/reste élevé (>50%), administrer un deuxième bolus de soluté de cristalloïdes à raison de 10-20ml/kg/h pendant 1 heure.
- **Si l'état du patient s'améliore** après le second bolus, ramener le débit à 7-10 ml/kg/h pendant 1 à 2 heures, puis poursuivre la baisse du débit comme ci-dessus
- **Si l'hématocrite baisse**, c'est un signe d'hémorragies ; il faut faire les tests de compatibilité et transfuser du sang dès que possible

✚ Traitement du choc hypotensif

- Commencer la réanimation en perfusant un soluté de cristalloïdes ou de colloïdes en bolus intraveineux : 20 ml/kg sur 15 minutes

Si l'état du patient s'améliore

- Administrer un soluté de cristalloïdes/ colloïdes à un débit de 10ml/kg/h sur 1 heure, puis réduire progressivement le débit comme ci-dessus.

Si l'état du patient reste instable

- Réexaminer l'hématocrite déterminé avant le premier bolus
- **Si l'hématocrite était faible** (<40% chez l'enfant et la femme adulte ; < 45% chez l'homme adulte) c'est un signe d'hémorragie ; il faut faire des tests de compatibilité et transfuser du sang
- **Si l'hématocrite était élevé** par rapport à la valeur initiale, passer à un soluté de colloïdes, administré en IV sous forme de second bolus de 10-20ml/kg sur une heure ; réévaluer l'état après ce second bolus

- **Si l'état du patient s'améliore**, ramener le débit à 7-10ml/kg/h pendant 1 à 2 heures, puis revenir à un soluté de cristalloïdes en IV et réduire le débit comme ci-dessus
- **Si l'état reste instable**, refaire l'hématocrite après le second bolus
- **Si l'hématocrite baisse**, c'est un signe d'hémorragie, voir ci-dessus
- **Si l'hématocrite augmente/reste élevé (> 50%)**, continuer la perfusion de colloïdes et réduire le débit comme ci-dessus

NB : pour les patients du groupe B et C isoler les malades sous une moustiquaire.

Traitement des complications hémorragiques

Administrer 5-10ml/kg de concentré plaquettaire ou concentré érythrocytaire frais ou 10-20ml/kg de sang total frais

d. Critères d'hospitalisation de la dengue

S'il n'y a pas de manifestations hémorragiques et de signe de déshydratation : le traitement se fera en ambulatoire.

Si présence de signes hémorragiques, ou de déshydratation, ou de choc : hospitalisation et réanimation dans un centre de référence.

NB : en zone épidémique, protection antivectorielle autour du patient : moustiquaire pendant la période fébrile.

VIII. PREVENTION DE LA DENGUE

8.1. Prévention individuelle :

Eviter les piqûres du moustique vecteur de la dengue en :

- Dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides
- Utilisant des crèmes répulsives surtout le jour
- Utilisant des insecticides
- Portant des vêtements longs

8.2. Prévention collective:

Limiter la population de moustiques par :

- L'Assainissement de l'environnement :
- L'Éliminer les gîtes larvaires : réserves d'eaux stagnantes et chaudes (bidons, bouteilles, canettes, pneus....)
- Couvrir les récipients de stockage de l'eau
- Pulvérisation spatiale intra et extra domiciliaire

IX. CONCLUSION

Les présentes directives se veulent être un document de référence pour la prise en charge standardisée des cas de dengue à tous les niveaux du système de santé au Burkina Faso. Elles s'inspirent fortement des nouvelles recommandations proposées par l'OMS en 2013.

La prise en charge de la dengue est relativement simple et peu onéreuse et permet avec une grande efficacité de sauver des vies, à condition que des mesures appropriées aient été prises en temps utile **[4]**

Il n'y a pas de traitement spécifique ni de vaccin commercialisé contre la dengue donc la principale arme reste la lutte antivectorielle.

X. BIBLIOGRAPHIE

1. Gonzalez JP, Du Saussay C, Gautun JC, McCormick JB, Mouchet J. [Dengue in Burkina Faso (ex-Upper Volta): seasonal epidemics in the urban area of Ouagadougou]. Bull Soc Pathol Exot Filiales. 1985;78(1):7-14. French. PubMed PMID: 3886182.
2. Etude prospective de l'épidémiologie et de la transmission de la dengue au Burkina Faso (Projet EPITRADE-BF), CNRFP Burkina Faso, Protocole approuvé en juin 2014
3. Rapport d'investigation des cas suspects de dengue dans la région sanitaire du centre. Service de surveillance épidémiologique de la direction de la lutte contre la maladie ; Novembre 2013
4. Guide pour la prise en charge clinique de la dengue OMS/TDR 2013
5. Stratégie de diagnostic biologique de la dengue ; Rapport du groupe de travail ; Janvier 2011. Haut conseil de la santé. Ministère du travail de l'emploi et de la sante. FRANCE
6. OMS/ Dengue et dengue hémorragique ; Aide-mémoire N°117 Mars 2014 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/fr/index.html>
7. OMS/ Dengue et dengue hémorragique ; Aide-mémoire N°117. Révisé Avril 2002 http://www.lestransmetteurs.fr/IMG/pdf/OMS_Dengue.pdf
8. JP H: Circulation du virus dengue 2 dans plusieurs milieux boisés des savanes soudaniennes de la région de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Entomologie Medicale et Parasitologie 1985, 22:135-143.
- 9 : Robert V, Lhuillier M, Meunier D, Sarthou JL, Monteny N, Digoutte JP, Cornet M, Germain M, Cordellier R. Yellow fever virus, dengue 2 and other arboviruses isolated from mosquitos, in Burkina Faso, from 1983 to 1986. Entomological and epidemiological considerations. Bull Soc Pathol Exot. 1993;86(2):90-100. French. PubMed PMID: 8102567