



Méningo-encéphalite verno-estivale à tiques : bientôt dans toute la Suisse ?

N. Troillet, O. Péter, Institut Central, Hôpital du Valais, Sion

En Europe, le virus de l'encéphalite verno-estivale (MEVE) est véhiculé par la tique *Ixodes ricinus*, également capable de transmettre la borréliose de Lyme. En Suisse, les foyers d'endémie de la MEVE s'étendent vers l'ouest depuis plusieurs années. Après une forte hausse en 2005 et 2006, le nombre de cas rapportés annuellement dans notre pays reste supérieur à ce qu'il était au début des années 2000.

Une étude pilote effectuée dans 5 biotopes valaisans en 2009 a mis en évidence 2 tiques porteuses de virus de la MEVE sur plus de 1500 tiques examinées. Quels que soient les résultats de l'étude de confirmation en cours, une mise à jour sur la MEVE paraît utile.

Epidémiologie

Le réservoir du virus est essentiellement constitué par les petits rongeurs (campagnols, mulots, etc.) à partir desquels les tiques s'infectent lors d'un repas sanguin, avant de transmettre la maladie par leur salive lors d'un prochain repas. Un passage trans-ovarien, de la femelle à ses œufs, peut avoir lieu mais joue un rôle marginal. Hormis une transmission par piqûre de tique, l'humain peut s'infecter par la consommation de produits laitiers non pasteurisés, provenant de troupeaux infectés.

La prévalence des tiques porteuses de MEVE (0.1 à 5%) est notablement plus faible que pour la borréliose, de même que l'extension des zones d'endémie qui consistent habituellement en plusieurs petits foyers disséminés dans une région.

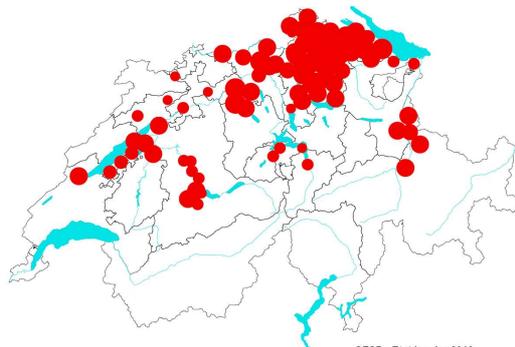


Figure : Foyers d'endémie de MEVE en Suisse (un foyer est défini par la déclaration de ≥3 cas avec indication de piqûre dans cette zone ou par la mise en évidence de virus chez les tiques de cette zone).

Clinique

La période d'incubation médiane après une morsure de tique, souvent non remarquée, est de 8 jours (4-28 jours). L'infection est asymptomatique dans 2 tiers des cas. Lorsqu'elle est apparente, elle évolue usuellement en 2 phases. La première, correspondant à la virémie, dure 2 à 10 jours (médiane: 5 jours) et est accompagnée de fièvre, fatigue, céphalées et myalgies. Une leucopénie, une thrombocytopénie et une discrète élévation des transaminases peuvent s'observer durant cette première phase. Après un intervalle libre médian de 7 jours (1-21 jours), la 2^{ème} phase survient chez 20-30% des patients et résulte de l'atteinte neurologique. Son spectre clinique va de la méningite bénigne à l'encéphalite grave avec ou sans myélite ou paralysie flasque. L'âge constitue un facteur de risque pour des manifestations graves qui sont plus fréquentes à partir de 45-50 ans.

En Europe occidentale la mortalité de la MEVE est de 0.5 à 2%. Des séquelles neurologiques sont présentes dans 10% des cas. Celles-ci prennent des formes variées: troubles cognitifs, céphalées persistantes, ataxie, tremor, hypoacousie, dysphasie, etc.

Diagnostic

Le diagnostic de MEVE est sérologique. Il repose sur la mise en évidence d'IgM et d'IgG dans le premier échantillon sanguin d'un patient présentant un tableau neurologique suggestif avec un LCR habituellement peu inflammatoire (<100 leucocytes/ml dans 2/3 des cas, prédominance de mononucléaires et élévation modérée de la protéinorachie). Une sécrétion intrathécale d'IgM et d'IgG peut également être mise en évidence, mais plus tardivement que dans le sang.

Des réactions sérologiques croisées sont possibles avec les autres flavivirus (dengue, fièvre jaune, encéphalite japonaise, encéphalite du Nil occidental) secondairement à une infection ou à une vaccination. La vaccination anti-MEVE engendre une sérologie positive.

Le virus est parfois détecté par PCR dans le sang du patient durant la 1^{ère} phase de la maladie. Il est rarement mis en évidence dans le LCR lors de la 2^{ème} phase.

Traitement et prévention

Aucun traitement spécifique n'est disponible pour la MEVE. Selon une grande série allemande, 12% des patients nécessitent les soins intensifs et 5% une ventilation mécanique.

Les mesures générales visant à prévenir les piqûres sont recommandées (pantalons longs et fermés, produits répulsifs, etc.). La prophylaxie post-expositionnelle par administration d'immunoglobulines spécifiques, dont l'utilité était discutée, n'est plus d'actualité suite à l'arrêt de leur production.

Deux vaccins inactivés sont disponibles : FSME-Immun (Baxter, Vienne) et Encepur (Novartis, Bâle). Leur efficacité est estimée supérieure à 95%. Ils s'utilisent selon les principes résumés dans le tableau.

Tableau : Principes de la vaccination contre l'encéphalite à tiques

Indication	Tout adulte ou enfant (généralement >6 ans) vivant ou séjournant temporairement en zone d'endémie (sauf en l'absence d'exposition aux tiques) ¹
Schéma vaccinal	Injections IM
Primo-vaccination	- Schéma standard (à privilégier): - Encepur® ² : 3 doses, mois 0, 1 et 10 - FSME-Immun® ³ : 3 doses, mois 0, 1 et 6 - Schéma rapide (en cas de nécessité): - Encepur® ² : 4 doses, jours 0, 7, 21, puis 12 à 18 mois plus tard - FSME-Immun® ³ : 3 doses, jours 0, 14, puis 5 à 12 mois plus tard
Rappel	Tous les 10 ans selon l'office fédéral de la santé publique. Selon les fabricants, après 3 ans, puis chaque 3 à 5 ans, selon l'âge.
Contre-indications	- Réaction anaphylactique suite à une précédente vaccination ou à l'un des composants du vaccin (y.c. protéines d'œufs de poules) - Reporter à une date ultérieure en cas d'affection fébrile
Grossesse	Absence d'information, évaluation soigneuse des risques et avantages
Effets indésirables	- Réactions fébriles légères ou modérées chez 15-20%, surtout après 1 ^{ère} dose et chez enfants - Très rares effets neurologiques rapportés (névrites)

¹ Pays européens autres que la Suisse concernés par la MEVE: Allemagne (surtout Bade-Wurtemberg et Bavière), Autriche, Slovaquie, Croatie, Hongrie, République tchèque, Pologne, pays baltes, Suède, sud de la Russie.

² Encepur N® dès 12 ans, Encepur N enfants® dès 1 an.

³ FSME-Immun CC® dès 16 ans, FSME-Immun Junior® dès 1 an.

Conclusion

La MEVE est encore relativement rarement observée en Suisse. Une recrudescence des cas a toutefois été enregistrée depuis 2005, parallèlement à la poursuite de l'extension géographique des foyers d'endémie qui pourraient progressivement se retrouver dans l'ensemble du pays. Ceci motivera peut-être un élargissement de l'indication à la vaccination. En attendant, ce diagnostic doit être évoqué et activement recherché en présence d'un tableau neurologique de méningite ou de méningo-encéphalite virale, non seulement lors de séjour antérieur dans une zone d'endémie connue.

Références

[1] Lindquist L, Vapalahti O. Tick-borne encephalitis. Lancet 2008; 371:1861-71.

[2] Office fédéral de la santé publique. Encéphalite à tiques : 2007. Bulletin de l'OFSP 2008: 124-8.

Personnes de contact

Dr Olivier Péter
Prof. Nicolas Troillet

olivier.peter@ichv.ch
nicolas.troillet@ichv.ch