Infection à virus West-Nile (WNV)

Repérer et prendre en charge un patient suspect

Rappel épidémiologique (sources ECDC, Santé publique France) : Le virus West Nile (*Flavivirus* transmis par piqûre de moustique commun genre *Culex*) affecte chaque année l'Europe centrale et le bassin méditerranéen, de début juin à novembre (période d'activité du moustique). Une circulation active du virus a été observée au sein de l'avifaune, les oiseaux étant le réservoir principal du virus, l'homme, comme d'autres mammifères (équidés…), est un hôte accidentel**.**

A date : Depuis le début de l'année 2025, et au 6 août, **6 pays européens ont signalé des cas humains d'infection à virus West Nile** : Bulgarie, France, Grèce, Hongrie, Italie et Roumanie. **Près de 200 cas ont été confirmés** (pas encore de total définitif).

Au 13 août 2025, **4 cas autochtones d'infection à virus West Nile** ont été identifiés en France hexagonale (PACA et Ile de France).

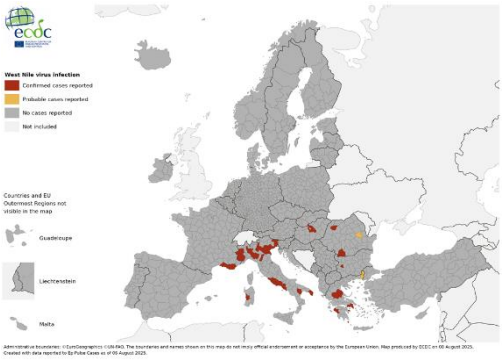

Figure 1 : Répartition des infections à WNV contractées localement en 2025, au 6 août https://www.ecdc.europa.eu/en/west-nile-fever/surveillance-and-disease-data/disease-data-ecdc

Dépister et diagnostiquer https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-transmission-vectorielle/west-nile-virus/notre-action/#tabs)

L'infection est le plus souvent asymptomatique ou pauci- symptomatique

Formes sévères plus fréquentes chez les patients âgés > 60 ans, et/ou avec co-morbidités (cancer, diabète, HTA, insuffisants rénaux, greffés…)

- **Patient suspect :** clinique peu spécifique, polymorphe : syndrome pseudo-grippal estival ou tableau neurologique à type de méningite, encéphalite, méningo-encéphalite, paralysie flasque ou syndrome de Guillain Barré. Ponction lombaire à liquide cérébro-spinal (LCS) clair volontiers lymphocytaire.
- **Cas Possible :** Signes cliniques compatibles + séjour en zone d'endémo-épidémie dans les 3 semaines précédentes (incubation 2-6 jours, 21 jours chez l'immunodéprimé) : régions PACA, Occitanie et Nouvelle aquitaine ou autres zones (figure 1), en période d'activité vectorielle (de mai à novembre).
- **Diagnostic virologique** : (i) PCR West Nile (sang EDTA), si forme neurologique sur LCS < J7 du début des signes cliniques ; jusqu'à < J14 si immunodéprimé ; (ii) la sérologie IgM sur tube sec (à partir de J5 du début des signes), en seconde ligne : PCR sur urines et sérologie IgG (recherche de séroconversion).

Ces signes cliniques avec IgM positives et PCR négative sur un prélèvement précoce doit faire rechercher le virus Usutu.

Protéger

- Pas de transmission interhumaine de l'infection (hormis une contamination possible par transfusion sanguine ou transplantation d'organes solides).
- La prévention repose largement sur la protection individuelle anti vectorielle (vêtements couvrants, répulsifs, moustiquaires imprégnées). Pas de vaccin contre le WNV pour l'homme.
- Information et vigilance chez les personnes co-exposées.

Prendre en charge :

- Traitement symptomatique adapté à la situation clinique du patient
- Pas de traitement antiviral spécifique
- Dépistage des signes de gravités : formes neurologiques avec prise en charge spécifique

Alerter

- **Maladies à déclaration obligatoire – Signalement à l'ARS des patients cas confirmés ou probables :**

  Cas confirmé : PCR WNV spécifique* positive sur sang ou urines ou LCS si forme neurologique (**certaines PCR ne différencient pas le WNV du virus Usutu).*

  Cas probable : Détection des IgM dans le sang et LCS si forme neurologique ; séroconversion ou multiplication par 4 du taux des IgG confirmés par séroneutralisation.

Contact/Expertise

- **CNR des arbovirus - IHU Méditerranée Infection - Marseille. Tel : 04 13 73 21 81 ; cnr-arbovirus.u1207@inserm.fr**

Consulter le site internet du CNR pour la fiche de renseignements obligatoire et les instructions d'envoi : https://cnr-arbovirus.fr/public/index.php/les-envois-de-prelevements/

- Nom / tél. infectiologue référent : ……