

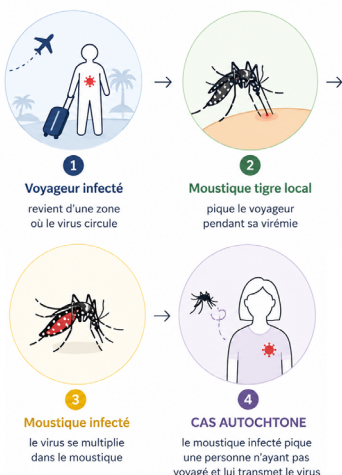
*Aedes albopictus* (moustique tigre)

 Le changement climatique, l'expansion des moustiques vecteurs (notamment *Aedes albopictus*) et l'intensification des voyages internationaux favorisent l'émergence des arboviroses, y compris en Europe.

 Des **transmissions autochtones** de dengue, de chikungunya et de virus West Nile sont désormais régulièrement observées en Europe pendant la saison d'activité des moustiques.

ARBOVIROSES : repères pratiques pour le médecin généraliste

Les arboviroses sont des infections virales transmises par des arthropodes hématophages, principalement les moustiques et les tiques. Elles constituent une menace croissante pour la santé mondiale, favorisée par les échanges internationaux, les modifications environnementales et le changement climatique. Cette newsletter se concentre sur quatre arboviroses d'intérêt en pratique clinique, transmises par les moustiques : **la dengue, le chikungunya, l'infection à virus Zika** et l'infection à **virus West Nile (virus du Nil occidental)**.



En Belgique, les cas diagnostiqués sont, à ce jour, essentiellement importés chez des voyageurs revenant de zones d'endémie. Toutefois, l'expansion des moustiques vecteurs en Europe et la survenue de transmissions autochtones dans plusieurs pays voisins témoignent du caractère émergent de ces infections sur notre continent. L'identification précoce d'un cas importé constitue aussi un **enjeu de santé publique**, car elle permet de limiter le risque de transmission locale.

Cette newsletter rappelle les situations dans lesquelles évoquer une arbovirose chez un voyageur, les examens diagnostiques à réaliser ainsi que les principales mesures de prévention, dont la vaccination lorsqu'elle est indiquée.

1. QUAND ÉVOQUER UNE ARBOVIROSE ?

💡 Devant une fièvre au retour de voyage

1. Exclure d'abord un paludisme

Chez tout patient revenant d'une zone impaludée, un paludisme à *Plasmodium falciparum* doit être exclu en priorité, car il constitue une urgence diagnostique et thérapeutique (Wanda - Institut de Médecine Tropicale d'Anvers).

2. Évoquer une arbovirose si le contexte est compatible

Tout syndrome fébrile (et algique), d'autant plus s'il survient dans les 15 jours suivant le retour d'un séjour en zone de circulation virale ou dans un contexte de transmission locale, doit faire évoquer un diagnostic de dengue, chikungunya ou Zika. Une infection par le virus West Nile doit également être envisagée, notamment en présence de signes neurologiques.

Le raisonnement est avant tout syndromique :

- fièvre + rash ± myalgies ± arthralgies → évoquer principalement **dengue, chikungunya ou Zika**
- méningite, encéphalite ou paralysie flasque aiguë, notamment chez une personne âgée ou immunodéprimée → évoquer une infection à **virus West Nile**.

En Europe, le risque de transmission autochtone est principalement saisonnier (de mai à novembre), période d'activité des moustiques vecteurs (*Aedes albopictus* et *Culex spp.*). En revanche, les cas importés peuvent être observés toute l'année chez les voyageurs revenant de zones d'endémie.

	Dengue	Chikungunya	Zika	West Nile
Vecteur principal	<i>Aedes aegypti</i> , <i>A. albopictus</i>	<i>Aedes aegypti</i> , <i>A. albopictus</i>	<i>Aedes aegypti</i> principalement	<i>Culex</i> spp.
Cas autochtones UE/EEE en 2025 ¹ , ECDC	33	1193	0 cas rapporté	1043
Expression clinique	50–80 % asymptomatiques/subcliniques	Majoritairement symptomatique	≈80 % asymptomatiques	≈80 % asymptomatiques
Fièvre	•••	•••	•	••
Arthralgies	••	••••	••	•
Myalgies	•••	••	•	•
Rash	••	••	•••	±
Conjonctivite	•	•	•••	Rare
Signes neurologiques	Rare	Rare	Rare	••••
Thrombopénie	•••	–	–	±
Leucopénie	•••	–	–	±
Hématocrite ↑	•••	–	–	–
Transaminases ↑	••	•	•	•
LCR anormal	–	–	–	••••

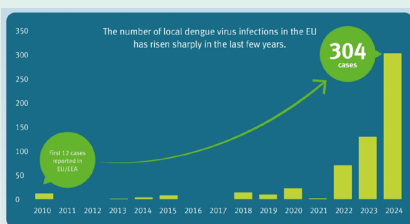
¹ Hors régions ultrapériphériques de l'UE.

• faible, •• modéré, ••• fréquent, •••• très évocateur, ± occasionnel.

Le saviez-vous ?

🌍 La dengue est la cause la plus fréquente de fièvre chez les voyageurs revenant d'Amérique latine ou d'Asie consultant pour une fièvre

🇪🇺 Le nombre de **cas autochtones de dengue** dans l'Union européenne a fortement augmenté au cours des dernières années.



Source : Santé publique France, Bulletin arboviroses, 26 août 2026.

Depuis le début de la surveillance renforcée (1er mai 2026–23 août 2026), la France a recensé 328 cas importés de dengue, 117 de chikungunya et 11 de Zika, ainsi que 5 cas autochtones de dengue (Tarn, Hérault, Dordogne et Bouches-du-Rhône), 33 cas autochtones de chikungunya (Tarn, Lot, Gironde et Val-de-Marne) et 30 cas autochtones d'infection à virus West Nile, répartis dans plusieurs départements de Provence-Alpes-Côte d'Azur, d'Occitanie, d'Île-de-France et d'Auvergne-Rhône-Alpes.

🦋 → 🦋 → 🦋 Le virus West Nile, contrairement aux autres virus, circule principalement entre les oiseaux sauvages et les moustiques du genre *Culex*. L'Homme et le cheval sont des hôtes accidentels. Les cas équin constituent souvent un indicateur précoce de circulation virale.

🔴 West Nile et don de sang

En août 2026, après la détection du virus chez un cheval dans la région de Vilvorde, un dépistage moléculaire préventif a été instauré chez les donneurs de sang exposés dans cette zone afin d'identifier d'éventuelles infections asymptomatiques.

Source : AFMPS, août 2026

2. RECONNAÎTRE LES PRINCIPALES ARBOVIROSES ?

DENGUE - Surveiller la défervescence

Fréquentes
chez le
voyageur

Le signe signature

Fièvre élevée d'apparition brutale, céphalées et myalgies marquées, le plus souvent dans un tableau pseudogrippal sans signes respiratoires. Une éruption cutanée peut apparaître secondairement.

Le piège

La majorité des infections sont asymptomatiques ou paucisymptomatiques. Chez les patients symptomatiques, la disparition de la fièvre ne signifie pas toujours la guérison : la phase critique et les formes sévères surviennent le plus souvent au moment de la défervescence (J4–J6).

À surveiller

Les signes d'alerte de l'OMS : douleurs abdominales persistantes, vomissements répétés, saignements muqueux, épanchements séreux, léthargie ou agitation, hépatomégalie, thrombopénie associée à une hémococoncentration. Le risque de forme sévère est accru notamment chez les femmes enceintes, les jeunes enfants, les personnes âgées et les patients présentant certaines comorbidités.

En pratique

Éviter l'acide acétylsalicylique et les AINS tant qu'une dengue n'est pas exclue. Une surveillance clinique et biologique est importante à la défervescence.

 **Endémie importante** : Asie du Sud et du Sud-Est, Océanie, Amérique latine et Caraïbes, Afrique tropicale

Transmission autochtone récente : sud de la France, Espagne, Italie, Croatie, Portugal (Madère)

[Mars 2025 - fév 2026, ECDC](#)

CHIKUNGUNYA Des arthralgies au premier plan

Epidémies
récentes

Le signe signature

Fièvre d'apparition brutale accompagnée d'arthralgies intenses, souvent bilatérales et symétriques, prédominant aux poignets, chevilles, mains et pieds. Le chikungunya est symptomatique dans environ 80 % des cas.

Le piège

La phase aiguë régresse généralement en quelques jours, mais les douleurs peuvent persister ou récidiver pendant plusieurs mois, voire davantage, avec un retentissement parfois important sur la qualité de vie.

À surveiller

Nouveau-nés, personnes âgées et patients présentant des comorbidités cardiovasculaires ou métaboliques. Une évolution vers des arthralgies chroniques est observée chez une proportion non négligeable de patients.

En pratique

Une limitation fonctionnelle importante ou des douleurs articulaires disproportionnées par rapport aux autres symptômes doivent fortement orienter vers le chikungunya. Une éruption maculopapuleuse, des céphalées, des myalgies ou des troubles digestifs peuvent également être présents.

 **Epidémies récentes** : forte recrudescence mondiale en 2025, avec des foyers majeurs dans l'océan Indien, les Amériques et l'Asie, ainsi que des transmissions autochtones en France et en Italie, [ECDC](#)

ZIKA Penser grossesse et transmission sexuelle

Actuellement
moins
diagnostiqué

Le signe signature

Éruption maculopapuleuse souvent prurigineuse, conjonctivite non purulente, arthralgies et fièvre modérée ou absente. Le tableau clinique est généralement bénin et 50 à 80 % des infections sont asymptomatiques.

Le piège

L'absence de symptômes n'exclut pas une infection. Chez la femme enceinte, une infection maternelle, même asymptomatique, peut entraîner des complications fœtales sévères, en particulier après une infection au 1er ou au 2e trimestre.

À surveiller

Toute exposition pendant une grossesse ou chez un couple ayant un projet de grossesse. Plus rarement, des complications neurologiques, notamment un syndrome de Guillain-Barré, peuvent survenir.

En pratique

Toujours documenter précisément le pays visité, les dates du séjour, la date de début des symptômes et le statut de grossesse. Ne pas oublier la possibilité d'une transmission sexuelle, qui doit être prise en compte dans le conseil aux patients.

 **Régions tropicales et subtropicales** des Amériques, d'Asie, d'Océanie et d'Afrique. Après l'épidémie majeure de 2015–2016, la circulation est aujourd'hui plus sporadique et probablement sous-détectée. Aucune transmission vectorielle autochtone rapportée en Europe.

VIRUS WEST NILE Penser aux formes neuro-invasives

En
expansion
en Europe

Le signe signature

Une méningite, une encéphalite ou une paralysie flasque aiguë survenant pendant la saison d'activité des moustiques, notamment chez une personne âgée ou immunodéprimée.

Le piège

La majorité des infections sont **asymptomatiques** (≈ 80 %). Lorsqu'elle est symptomatique, l'infection se limite le plus souvent à un syndrome fébrile non spécifique ; les formes neuro-invasives sont rares (<1%), mais concentrent l'essentiel de la gravité.

À surveiller

Personnes âgées, immunodéprimées et patients présentant une faiblesse musculaire aiguë, des troubles de la conscience ou d'autres signes neurologiques. Le risque de forme sévère augmente avec l'âge.

En pratique

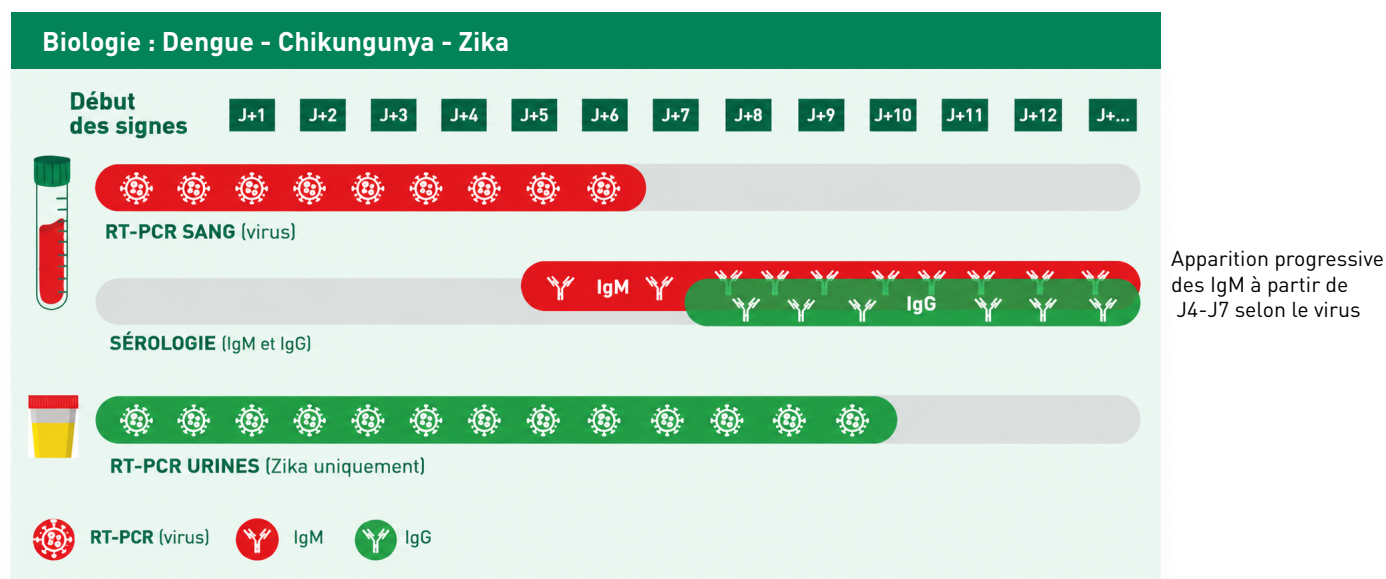
En cas de suspicion de forme neuro-invasive, demander une recherche d'IgM sur le sérum et le liquide cébrospinal. Documenter la date de début des symptômes, la saison, le lieu d'exposition et l'existence d'une circulation locale du virus.

 **Zone de circulation** : Afrique, Moyen-Orient, Asie occidentale, Amérique du Nord et Europe, où la transmission est surtout saisonnière et concerne notamment le bassin méditerranéen ainsi que l'Europe centrale et orientale

[Surveillance Europe : juin 2026, ECDC](#)

3. DIAGNOSTIC

Le choix des examens dépend principalement du délai entre le début des symptômes et le prélèvement. Les techniques de détection directe (RT-PCR et, pour la dengue, antigène NS1) sont les plus performantes durant les premiers jours de la maladie. À partir de la fin de la première semaine, la réponse immunitaire devient détectable et la sérologie (IgM puis IgG) prend le relais.



En raison du chevauchement important des manifestations cliniques au stade aigu, la dengue, le chikungunya et le Zika doivent être recherchés simultanément, en adaptant les examens biologiques au délai depuis le début des symptômes.

Virus West Nile : la majorité des infections sont asymptomatiques. En l'absence de signes de gravité ou de manifestations neurologiques, une confirmation diagnostique n'est généralement pas nécessaire. La recherche diagnostique est surtout indiquée en cas de suspicion de forme neuro-invasive ou dans un contexte épidémiologique particulier.

Points clés pour l'interprétation

1. Choisir le bon examen selon le délai

Première semaine : privilégier les techniques directes (RT-PCR ; antigène NS1 pour la dengue).
À partir de J5-J7 : la sérologie (IgM puis IgG) devient plus contributive.

2. Quelques particularités par virus

- **Dengue** : la détection de l'antigène NS1 est particulièrement utile durant les premiers jours de la maladie, en complément de la RT-PCR. Il existe quatre sérotypes du virus de la dengue. L'immunité acquise est durable principalement vis-à-vis du sérotype infectant ; une protection croisée temporaire contre les autres sérotypes peut survenir. Une personne peut donc présenter plusieurs épisodes de dengue au cours de sa vie.
- **Chikungunya** : les IgM peuvent persister plusieurs mois, notamment chez les patients présentant des arthralgies prolongées.
- **Zika** : la RT-PCR peut être réalisée sur le sérum et les urines. La RT-PCR sur urines peut être réalisée jusqu'à 10 jours après le début des symptômes.
- **Virus West Nile** : le diagnostic repose principalement sur la sérologie (IgM), réalisée sur le sérum et, en cas de suspicion de forme neuro-invasive, sur le liquide céphalo-rachidien. La RT-PCR (LCR et sang) est surtout utile en phase très précoce ou chez les patients immunodéprimés.

3. Pièges d'interprétation

Attention à l'interprétation des sérologies : des réactions croisées peuvent survenir entre les flavivirus (dengue, Zika, West Nile, Usutu, encéphalite à tiques, fièvre jaune...).

Arbovirose	Analyses disponibles au LHUB-ULB	Délai de réponse
Dengue	Antigène, IgM et IgG (test rapide sur sérum)	1 jour ouvrable
Chikungunya	IgM et IgG (sérum) septembre 2026	1- 2 jours ouvrables
Zika	IgM et IgG (sérum) septembre 2026	1- 2 jours ouvrables
Virus West Nile	IgM et IgG (sérum) septembre 2026	1- 2 jours ouvrables

- Analyses réalisées tous les jours du lundi au samedi.
- Les échantillons nécessitant une confirmation sont transmis au CNR.
- Pour les demandes de PCR : utiliser le [formulaire de demande du CNR](#)

En cas de sérologie positive nécessitant une confirmation par le CNR, le biologiste contacte le prescripteur afin de compléter les informations cliniques et épidémiologiques requises

4. PRÉVENTION : VACCINATION



■ Dengue

Le vaccin **Qdenga®** est disponible en Belgique. Il est recommandé chez les personnes ≥ 6 ans ayant présenté une dengue il y a au moins 6 mois et qui prévoient un séjour prolongé (> 4 semaines) ou des voyages fréquents dans une zone à haut risque. Schéma : 2 doses à 3 mois d'intervalle.

Vaccin vivant contre-indiqué pendant la grossesse, l'allaitement et en cas d'immunodépression.

[Wanda - Institut de Médecine Tropicale d'Anvers. Dengue - vaccination.](#)

[Mise à jour : 25 mars 2026.](#)

■ Chikungunya

2 vaccins (**Ixchiq®** et **Vimkunya®**) sont disponibles pour les personnes ≥ 12 ans.

Le Conseil Supérieur de la Santé recommande la vaccination des voyageurs se rendant dans une zone à haut risque (épidémie en cours). Pour les zones à risque modéré, la vaccination est envisagée au cas par cas.

Le vaccin doit être administré au moins 14 jours avant le départ.

[Conseil Supérieur de la Santé \(Belgique\). Vaccination contre le chikungunya \[révision 2026\]. Avis n° 9905, 2026.](#)

■ Zika et virus West Nile

Aucun vaccin n'est actuellement disponible. La prévention repose sur la protection contre les piqûres de moustiques.



Le saviez-vous ?

DENGUE

Le risque de dengue sévère est plus élevé lors d'une deuxième infection par un sérotype différent. C'est notamment pourquoi la vaccination est recommandée en Belgique chez certains voyageurs ayant déjà présenté une dengue et qui seront à nouveau fortement exposés.

CHIKUNGUNYA

Contrairement à d'autres arboviroses, le chikungunya est le **plus souvent symptomatique** : seules 3 à 28 % des infections restent asymptomatiques. Les arthralgies, souvent intenses et invalidantes à la phase aiguë, peuvent persister pendant plusieurs mois, voire plusieurs années.

En 2026, le chikungunya reste particulièrement sous surveillance en Europe : des foyers de transmission autochtone persistent en France, dans un contexte de forte circulation internationale du virus.

🇧🇪 En Belgique, le nombre de cas importés de chikungunya a fortement augmenté en 2025 : 130 cas ont été rapportés, contre 15 en 2024. Cette hausse reflète la recrudescence internationale du chikungunya, notamment les épidémies survenues à La Réunion, à Cuba et au Sri Lanka.



Deux vaccins sont désormais disponibles à partir de 12 ans ; leur indication dépend notamment du niveau de risque à destination et du profil du voyageur.

A RETENIR

- ✓ Devant toute fièvre au retour d'une zone impaludée, exclure en priorité un paludisme à *Plasmodium falciparum*.
- ✓ Évoquer une arbovirose devant un syndrome fébrile compatible survenant au retour **récent** d'un séjour en zone de circulation, en particulier dans les 15 jours suivant le retour, ou en cas de transmission autochtone.
- ✓ Adapter le choix des examens au délai depuis le début des symptômes : RT-PCR, avec antigène NS1 pour la dengue, en phase précoce, puis sérologie.
- ✓ Utiliser le formulaire du CNR afin de transmettre les informations cliniques et épidémiologiques nécessaires.
- ✓ **Déclaration obligatoire** (Dengue, chikungunya, Zika, virus West Nile)
 - Wallonie (AViQ) : déclarer les cas confirmés acquis sur le territoire européen.
 - Bruxelles (Vivalis) : déclarer tous les cas confirmés (importés, autochtones ou origine inconnue).
 - Flandre (Departement Zorg) : déclarer tous les cas confirmés.
- ✓ La prévention repose sur la protection contre les piqûres de moustiques et, dans certaines situations, sur la vaccination

Le diagnostic d'une arbovirose n'est pas seulement utile pour le patient ; il constitue également un enjeu de santé publique, car l'identification précoce d'un cas importé permet de prévenir une transmission locale.

Ressources utiles



Diagnostic et confirmation

Centre National de Référence (CNR) Arbovirus : [formulaire de demande du CNR](#)



Conseils aux voyageurs

- Wanda (Institut de Médecine Tropicale d'Anvers) : [recommandations sanitaires par destination](#).
- CDC Travelers' Health ou Fit for Travel : [informations complémentaires selon les destinations](#).



Surveillance

- SurveillanceMoustiques.be - Signaler un moustique tigre : [plateforme de signalement citoyen en Belgique](#).
- SurveillanceMoustiques.be - [Carte des signalements d'Aedes albopictus en Belgique](#)



Références et recommandations

ECDC : [\(European Centre for Disease Prevention and Control\)](#)



Santé publique France

[Bulletin de surveillance renforcée des arboviroses, 26 août 2026.](#)

Contacts LHUB-ULB

Prof. Marie-Luce DELFORGE

02 435 21 12

marie-luce.delforge3@lhub-ulb.be

Dr Sigi VANDENWIJNGAERT

02 435 20 60

sigi.vandenwijngaert@lhub-ulb.be

Routine sérologie infectieuse

02 435 20 98



Nos actualités
scientifiques :
[lhub-ulb.be/
fr/actualites-
professionnels](http://lhub-ulb.be/fr/actualites-professionnels)



Rédaction : Dr Nathalie GILLOT
Editeur responsable : Dr Olivier DENIS