

Tick-borne encephalitis (TBE) in Europe: a brief update on epidemiology, diagnosis, prevention, and treatment.

Riccardi, N., European Journal of Internal Medicine

Encéphalite à tique en Europe : mise à jour des connaissances en termes d'épidémiologie, de diagnostic, de prévention et de traitement

Actualisation des connaissances sur la prise en charge des méningo-encéphalites à tique dont la morbidité se majore en Europe en raison de facteurs socio-économique (majoration du tourisme dans les zones d'endémie), climatiques, environnementaux (liens plus étroits entre les réservoirs du virus et l'hôte humain accidentel)

Épidémiologie :

TBE est endémique en Europe centrale, dans les Balkans et en Asie de l'est.

Transmission humaine par piqûre de tique Ixodes infectée à partir d'un réservoir animal (rongeurs, taupes, hérissons) - pas de transmission verticale - ou plus rarement par la consommation de produits laitiers non pasteurisés, exceptionnellement par transfusion, greffe d'organe solide, allaitement, contamination du personnel de laboratoire.

Pic de contamination entre la fin du printemps et le début de l'automne.

Populations à risque de forme sévère : pathologie chronique, patients sous traitement immunosuppresseur, notamment anti CD 20.

Présentation clinique :

Durée d'incubation de 4 à 28j.

33% des sujets infectés sont symptomatiques

1ère phase : symptômes généraux et fièvre de résolution spontanée en 1 semaine dans la majorité des cas, possible recrudescence des symptômes après 2 à 8 j en moyenne.

2ème phase : méningite aseptique (50%), méningo-encéphalite (40%), pseudo-poliomyélite avec paralysie faciale, polyradiculonévrite. L'atteinte neurologique est plus fréquente chez l'enfant et évolue le plus souvent vers une guérison spontanée, la présentation neurologique est plus sévère chez les sujets âgés et les immunodéprimés.

Diagnostic :

1ère phase : PCR TBEV dans le sérum

2ème phase: PCR TBEV dans le LCR (sensibilité faible >50 copies/mL) et PCR TBE dans le sérum, sérologie TBEV dans le sérum +/- LCR (positivité plus tardive) ;

Autres : kit ELISA en attente de commercialisation dans les zones endémiques avec une meilleure sensibilité (94,1%) et spécificité (98,1%) ; **test d'avidité des Ig G anti TBE** indiqué si TBEV Ig M négatif ou au seuil de positivité avec forte suspicion clinique ou positivité conjointe des Ig M et Ig G pour exclure une réaction croisée due à l'activation polyclonale des Ig M ; **anticorps anti TBE neutralisant** permettent de distinguer TBE des autres flavivirus en zone endémique et de différencier les sujets vaccinés contre TBE des infectés.

IRM cérébrale : lésion aspécifique apparaissant 10 j après le début des symptômes avec atteinte préférentielle des ganglions de la base et du thalamus.

IRM médullaire : atteinte de la corne antérieure de la moelle.

Prévention et traitement :

Pas de traitement antiviral spécifique, traitement symptomatique.

Vaccin à proposer aux voyageurs, sujets immunodéprimés ou professions à risque en zone endémique.

CCL : Du fait des changements environnementaux, l'encéphalite à tique est une pathologie émergente en Europe, sa recherche doit faire partie du bilan étiologique des encéphalites. La vaccination est à proposer aux voyageurs des zones rurales ou boisées des régions endémiques du printemps à l'automne.

Pfeizer (Ticovac®)/GSK (Encepur®) avec schéma standard M0, M1-3, M12 ou accéléré : J0, J14 puis M12 ou J0, J7, J14 et M12

ABDEL FATTAH Manal, PHC service de médecine interne et maladies infectieuses, Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, site de Vannes

TBE, Diagnostic et présentation clinique :
