



Version mise à jour (16/01/2018 – UM) voir: www.medecinedesvoyages.be

ENCEPHALITE JAPONAISE

Carte: www.who.int/ith → disease distribution maps.

L'encéphalite japonaise est une infection virale grave, limitée à l'Asie. Il s'agit d'un état grippal qui, après quelques jours, peut se compliquer d'une inflammation cérébrale (troubles de la conscience, coma). La durée d'incubation habituelle est de 5 à 15 jours. La proportion entre les infections symptomatiques et asymptomatiques varie entre 1 sur 50 et 1 sur 1.000. La mortalité des cas symptomatiques est d'environ 25%. Parmi les survivants, le risque de séquelles neurologiques et/ou psychiatriques s'élève à 30%. Il n'existe pas de traitement antiviral.

La transmission s'effectue uniquement par la piqûre de certains moustiques du genre *Culex*. Ces moustiques piquent surtout à partir de la fin de journée jusqu'au lever du soleil. Notons que, dans les zones endémiques, seulement 1 à 3 % des moustiques du genre *Culex* sont porteurs du virus. Ce sont surtout les porcs et certaines espèces d'oiseaux qui constituent le réservoir du virus.

La maladie est endémique dans **les zones rurales de l'Est et du Sud-Est asiatique** (de l'Inde au Japon), c'est-à-dire dans certaines parties du Bangladesh, de la Birmanie (Myanmar), du Brunei, du Cambodge, de la Chine, de l'Inde, de l'Indonésie (seulement sur les îles de Java, Bali, Irian Jaya et Bornéo, pas sur les autres îles), de Hong Kong, du Japon, de la Thaïlande, du Vietnam, du Népal (dans le Teraï, les plaines en dessous de 765 m), des Philippines, de la Corée, du Laos, de Singapour, du Sri Lanka (seulement dans l'extrémité nord de l'île), de la Malaisie et un petit foyer au Pakistan. Récemment le virus a traversé le détroit de Torres entre la Papouasie Nouvelle Guinée et l'extrême Nord de Queensland (Australie).

Dans la plupart des régions, l'incidence varie en fonction des saisons et est maximale d'avril-mai à octobre-décembre. La période la plus dangereuse dans les régions à climat tempéré se situe vers la fin de l'été et le début de l'automne; dans les régions à climat tropical, au début de la mousson. Le risque existe néanmoins toute l'année dans la région des 3 archipels (Philippines, Indonésie, Malaisie). Il dépend également d'autres facteurs, entre autres écologiques locaux. La maladie s'observe surtout en milieu rural, où les hommes vivent dans le voisinage des porcs, et plus particulièrement dans les régions de rizières, milieu favorable au développement des moustiques. Des infections ont également été rapportées dans la périphérie des villes, mais seulement dans de très rares cas. Certains de ces pays sont parvenus à diminuer considérablement le nombre de cas par des campagnes de vaccination et la lutte contre les vecteurs.

Si on considère le nombre absolu des cas (moins de 1 cas sur 1.000.000 de personnes voyageant pendant 1 mois), le risque pour les voyageurs vers l'Extrême-Orient est minime. En fonction de la saison, de la destination et des conditions de voyage le risque peut être plus grand, jusqu'à 1 sur 5000 par mois.

Prévention

a) Vaccination

Ixiaro[®] (0,5 ml; € 83,28) est un vaccin inactivé intramusculaire. Une **demi-dose** d'Ixiaro[®] (0,25 ml) est administrée aux enfants de **2 mois à 2 ans inclus**. C'est la même seringue que pour les adultes qui est utilisée, mais un trait rouge indique clairement la quantité exacte à injecter à des enfants (0,25 ml).

Schéma de vaccination conventionnel:

- d0
- d28
- premier rappel après 12 à 24 mois
- rappels suivants: pas encore de données disponibles, au plus tôt après 10 ans.

Schéma de vaccination rapide: (pour adultes)

- d0
- d7
- premier rappel après 12 à 24 mois
- rappels suivants: pas encore de données disponibles, au plus tôt après 10 ans.

Une seule dose n'offre pas suffisamment de protection.

Si un voyageur a, dans le passé, reçu une vaccination par Jevax[®] (qui n'est plus disponible), il n'est pas nécessaire pour lui de recommencer un schéma de vaccination complet avec Ixiaro[®], à moins qu'il n'ait reçu sa vaccination il y a plus de 5 années.

La vaccination n'est indiquée ni pour le touriste ordinaire, ni pour les voyages d'affaires. L'indication pour les autres catégories de voyageurs est controversée. Cela dépendra beaucoup de la durée et des conditions du séjour, ainsi que de l'éventualité d'un séjour imprévu dans une zone à forte endémicité. La plupart des spécialistes sont d'avis que la vaccination n'est indiquée que pour les personnes ou les travailleurs (biologistes, agronomes, anthropologues, etc.) qui se rendront dans une **zone rurale endémique** (qui logent dans des villages et des fermes, surtout des les régions où les rizières se trouvent à côté des élevages de porcs) pendant au moins 3-4 semaines. Les personnes qui comptent séjourner dans des zones rurales en région endémique (également en Inde, etc.) doivent toujours être informées de cette vaccination, même s'ils vont habiter dans les villes. Dans un centre de vaccination, l'indication peut être discutée au cas par cas lors d'une consultation. Au Teraï Népalien et dans la vallée de Katmandu, une augmentation des cas d'Encéphalite Japonaise a été rapportée. C'est pour cela que certains centres recommandent une vaccination pour un séjour entre les mois d'août et octobre depuis 1997.

b) Des mesures préventives contre les piqûres de moustiques dès la tombée de la nuit et la nuit, sont une alternative valable à la vaccination.



www.who.int/ith → disease distribution maps