



9 PAYS EUROPÉENS SIGNALENT DES INFECTIONS HUMAINES PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL

24.09.2025

Depuis début 2025, neuf pays européens ont rapporté des infections humaines autochtones par le virus du Nil occidental (VNO) : Bulgarie, France, Albanie, Serbie, Hongrie, Italie, Grèce, Espagne et Roumanie. La majorité des infections ont été enregistrées en Italie (principalement dans le Latium) avec 274 cas confirmés (situation au 20/08/2025 ; source : ECDC).

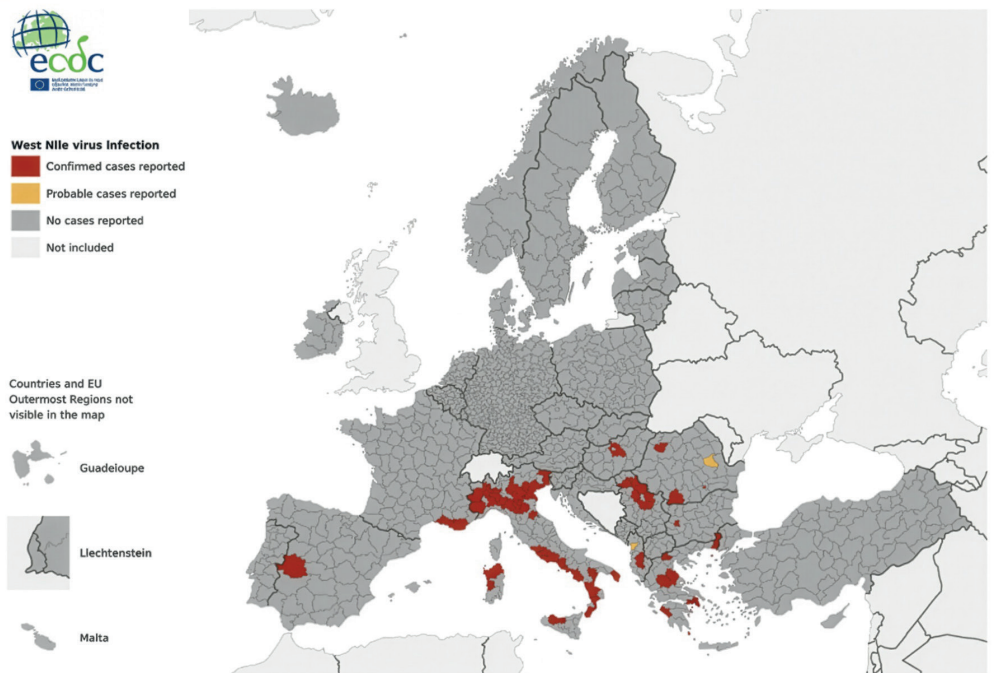
Étant donné que la plupart des infections sont asymptomatiques, ce chiffre représente une forte sous-estimation du taux réel d'infection. L'apparition d'infections à arbovirus semble ainsi, après l'augmentation de l'incidence de la Chikungunya, marquer une nouvelle étape vers « la nouvelle normalité » en Europe. Ce changement est causé par des facteurs climatiques et environnementaux tels que l'élévation des températures, l'augmentation de l'amplification virale à des températures plus élevées, l'allongement de la saison estivale, des hivers plus doux et des changements dans les régimes de précipitations, qui créent un habitat optimal pour la prolifération des moustiques et la transmission des virus.



Virus du Nil occidental

Le virus du Nil occidental (VNO) est un flavivirus responsable de deux formes de fièvre du Nil occidental après la piqure d'un moustique infecté. Le virus a été identifié pour la première fois en 1937 dans le district du Nil occidental en Ouganda.

Le VNO se retrouve principalement chez les oiseaux, où il peut également provoquer des maladies. Une mortalité aviaire accrue peut indiquer la présence du virus dans une population d'oiseaux. En Europe, le virus a été introduit à l'origine depuis l'Afrique par les oiseaux migrateurs, mais il est désormais endémique dans plusieurs régions d'Europe du Sud et d'Europe centrale. Par l'intermédiaire de moustiques du genre *Culex* (dont le moustique commun *Culex pipiens*, également ornithophile), le virus peut être transmis de l'oiseau à l'homme et à d'autres mammifères (comme les chevaux). Ces derniers sont des « hôtes terminaux » en raison d'une virémie trop faible pour infecter de nouveaux moustiques. Le virus peut cependant se transmettre d'homme à homme par transfusion sanguine ou transplantation.



Clinique & diagnostic de la fièvre du Nil occidental

Après une piqûre de moustique infecté, la période d'incubation est de 3 à 15 jours. Dans 80 % des cas, l'infection reste asymptomatique.

Dans environ 20 % des cas, un syndrome grippal d'une durée d'une semaine survient : la fièvre du Nil occidental, caractérisée par :

- Céphalées
- Fièvre élevée brutale
- Éruption cutanée et lymphadénopathie
- Myalgies/arthralgies
- Symptômes gastro-intestinaux

Dans moins de 1 % des cas, une évolution plus grave survient sous forme de maladie neuro-invasive, parfois fatale :

- 35–40 % : méningite
- 55–60 % : encéphalite
- 5–10 % : myélite flasque (paralysie flasque aiguë)

Des séquelles neurologiques à long terme peuvent persister après la phase aiguë.

Une immunité à vie s'installe après l'infection.

Le diagnostic repose principalement sur la sérologie. Les anticorps IgM apparaissent entre 3 et 7 jours après le début des symptômes et peuvent persister 30 à 90 jours. La séroconversion IgG survient après 7 à 10 jours. Des réactions croisées sont possibles avec d'autres flavivirus comme la dengue, le Zika ou le virus de l'encéphalite à tiques, ainsi qu'après une vaccination récente contre la fièvre jaune (<1 an). Un contrôle sérologique après 2 semaines est recommandé pour suivre l'évolution des titres. En cas de maladie neuro-invasive, la présence d'IgM dans le liquide céphalo-rachidien est diagnostique, à condition d'exclure une réactivité non spécifique. Durant les 7 premiers jours de la maladie, une RT-PCR peut être réalisée mais sa sensibilité est limitée en raison d'une virémie faible et de courte durée.



Traitement

Il n'existe pas de traitement spécifique. Les symptômes sont traités par des antalgiques (paracétamol) et une réhydratation en cas de fièvre. Dans les cas graves, une hospitalisation est indiquée.

Conclusion

Le nombre élevé de cas symptomatiques dans la région de Rome et dans d'autres destinations européennes montre que le virus du Nil occidental peut circuler localement en Europe. Pour l'instant, aucune infection autochtone n'a été observée en Belgique, mais chez les patients présentant une fièvre inexpliquée après un séjour en Europe du Sud ou centrale, la fièvre du Nil occidental doit être envisagée.

Références

- *ECDC Surveillance of West Nile Virus infections in humans in Europe, weekly report 20/08/2025*
- *N Engl J Med. Vol 344 No 24; The outbreak of West Nile Virus infection in the New York City area in 1999*
- *NEJM Journal Watch 2025 Jul15: West Nile Virus Infection: Get Ready for an Uptick in Cases.*
- *JAMA 2025 Jul 7 Gould CV et al. West Nile virus : A review*