

Oreillons

Mise à jour de la fiche
04/2014

Agent pathogène

Descriptif de l'agent pathogène

Nom :

Virus des oreillons

Synonyme(s) :

Virus ourlien

Type d'agent _____ Virus

Groupe(s) de classement _____ ■ 2

Descriptif de l'agent :

Virus à ARN à tropisme glandulaire et nerveux, de la famille des *Paramyxoviridae*

Réservoir et principales sources d'infection

Type de réservoir _____ ■ Homme

Le réservoir exclusif est l'homme atteint d'infection (même asymptomatique).

Principale(s) source(s) :

Secrétions des voies aériennes supérieures, salive

Vecteur :

Pas de vecteur.

Viabilité et infectiosité

Viabilité, résistance physico-chimique :

Ce virus est rapidement détruit par la chaleur, le formaldéhyde, l'éther, le chloroforme et les rayons ultra-violets.

Infectiosité :

Contagiosité importante (mais moindre que rougeole et varicelle).

Données épidémiologiques

Population générale

L'infection évolue sur un mode endémique, avec une poussée épidémique entre janvier et mai, atteignant les collectivités d'enfants ou d'adultes jeunes. La vaccination a contribué à une nette diminution de l'incidence des oreillons en France d'un facteur 100 entre 1986 et 2011 (respectivement de 859 à 9 cas pour 100 000 habitants), d'après les données du réseau sentinelle.

Depuis la mise en place de la vaccination, l'âge de la maladie s'est déplacé, la majorité des cas survenant chez des adolescents et jeunes adultes (15-24 ans). L'âge médian des cas notifiés est passé de 5 ans en 1986 à 16,5 ans en 2011. Le statut vaccinal des cas diffère de manière très significative entre les deux périodes. En 2006, seuls 2 % des cas étaient vaccinés contre 69 % en 2011.

En France en 2013, plusieurs petits foyers épidémiques ont été signalés à l'InVS (Santé Publique France), en particulier au cours du printemps, témoignant d'une intensification de la circulation du virus. Ces foyers ont surtout été observés dans des communautés d'adolescents ou de jeunes adultes (établissements scolaires, universités, équipes sportives...).

Des épidémies similaires sont survenues ces dernières années dans des pays avec des couvertures vaccinales élevées (Canada, USA, Pays-Bas, Israël...) : la proportion de sujets qui avaient reçu 2 doses de vaccin se situait entre 60 % et 80 %.

Milieu professionnel

Une transmission du virus au personnel de santé a été signalée de façon épisodique.

En laboratoire :

Cas en laboratoires d'analyses (médicales, vétérinaires...) publiés depuis 1985 : Aucun cas de contamination professionnelle n'a été publié.

Cas en laboratoire de recherche publiés depuis 1985 : Aucun cas de contamination professionnelle n'a été publié.

Cas historiques publiés avant 1985 : Pas de cas.

Pathologie

Nom de la maladie

Oreillons

Synonyme(s) :

Parotidite épidémique ; méningite lymphocytaire ourlienne ; orchite ourlienne.

Transmission

Mode de transmission :

Par l'intermédiaire des gouttelettes provenant des voies aériennes supérieures, notamment la salive, générées lors de la toux, les éternuements ou la parole d'une personne infectée. Les personnes asymptomatiques peuvent transmettre le virus.

Période de contagiosité :

La période de contagiosité maximale débute 1 à 2 jours avant l'apparition des premiers symptômes et se poursuit les 5 jours suivants. Le virus a pu être isolé dans la salive 7 jours avant et 9 jours après la parotidite clinique.

La maladie

Incubation :

18 à 21 jours (extrêmes 12-25 jours).

Clinique :

La phase prodromique est marquée par une fatigue, des céphalées, des myalgies, dans un contexte fébrile.

La forme la plus fréquente est une parotidite unie ou bilatérale fébrile, souvent précédée d'otalgies et de dysphagie, mais l'infection peut aussi être inapparente (20 à 30 % des cas).

Des localisations glandulaires extra-salivaires peuvent survenir à tout moment de l'atteinte salivaire ou même en son absence :

- orchite (2 ‰) présente dans environ 50 % des atteintes post-pubertaires, elle succède habituellement à la parotidite ; généralement unilatérale, elle peut se bilatéraliser (25 %). Une atrophie testiculaire persiste dans 50 % des cas, mais la stérilité est rare ;
- pancréatite (0,4 ‰), ovarite, mastite et thyroïdite sont rares.

Les complications neuro-méningées sont fréquentes surtout à l'âge adulte :

- la méningite lymphocytaire aiguë (16 %), le plus souvent infra-clinique ;
- l'encéphalite (0,2 ‰) est présente dans 10 % des méningites : elle peut survenir pendant l'atteinte salivaire ou 2 à 3 semaines plus tard ;
- l'atteinte des nerfs crâniens (0,1 ‰) se traduit par une surdité uni ou bilatérale, encore plus rarement une cécité par névrite optique, ou une paralysie faciale.

Diagnostic :

Le diagnostic est avant tout CLINIQUE avec l'atteinte des deux glandes salivaires d'emblée ou successivement. Le recours à la biologie ne se conçoit qu'en cas de doute diagnostique : forme atypique, localisation extra-salivaire cliniquement isolée ou devant des cas groupés.

La sérologie permet d'affirmer le caractère récent de l'infection par la mise en évidence d'anticorps de type IgM. Toutefois, la sensibilité et la spécificité des tests IgM ELISA utilisés par les laboratoires varient beaucoup en fonction des kits utilisés. De plus, les anticorps IgM sont fréquemment absents, en particulier chez les personnes vaccinées.

Dès lors, la recherche directe de l'ARN viral par PCR dans un prélèvement de salive, de gorge ou de LCR devient le diagnostic de choix. Mais il est fortement recommandé que le recueil de l'échantillon soit effectué dans les 4 premiers jours suivant le début de la clinique.

Cet examen est non remboursé, toutefois des kits diagnostiques de la rougeole disponibles gratuitement dans les Agences Régionales de Santé (ARS) peuvent être utilisés et envoyés au Centre National de Référence (CNR) des oreillons à Caen pour l'analyse, accompagné de la fiche de renseignement téléchargeable depuis le site du CNR.

Traitement :

Traitement uniquement symptomatique : antipyrétiques, antalgiques.

Populations à risque particulier

Terrain à risque accru d'acquisition :

Néant.

Terrain à risque accru de forme grave :

Sujet monorchide, ou présentant un trouble de l'audition uni ou bilatéral.

Cas particulier de la grossesse :

Il existe une augmentation de fréquence des avortements lors du 1^{er} trimestre de la grossesse uniquement. Il existe une transmission materno-fœtale avec une possibilité d'atteinte placentaire. Un cas d'atteinte des surrénales fœtales a été rapporté. Certains auteurs ont décrit une relation entre la maladie chez la mère et la survenue de cardiomyopathie chez le fœtus, mais le rôle tératogène du virus ourlien n'est pas démontré.

Par ailleurs, il a également été décrit des cas de parotidite néo-natale après infection virale de la mère à l'approche du terme.

Immunité et prévention vaccinale

Immunité naturelle

Immunité durable.

Prévention vaccinale

Vaccin disponible _____ oui

Vaccin atténué utilisable en une seule injection, couplé aux vaccins contre la rougeole et la rubéole.

Consultez le calendrier vaccinal 2019¹

¹https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_mars_2019.pdf

Immunité vaccinale :

Le vaccin a une efficacité d'environ 95 % (90 à 97 %) mais qui chute à environ 85 % 10 ans après l'administration de la seconde dose. Néanmoins, les personnes vaccinées à deux doses ont un risque de complications significativement diminué.

Que faire en cas d'exposition ?

Définition d'un sujet exposé

Toute personne ayant été en contact étroit et répété avec une personne en phase contagieuse des oreillons.

Principales professions concernées :

Soins de « maternage » au contact de jeunes enfants en période contagieuse, contact étroit avec des personnes excrétrices du virus des oreillons (soins).

Conduite à tenir immédiate

- Isolement et éviction du sujet source (9 jours après le début des symptômes).
- Vérifier les antécédents d'oreillons ou de vaccination chez le sujet exposé.

Evaluation du risque

Selon les caractéristiques de la source et le type d'exposition

Produit biologique : avant tout les sécrétions oro-pharyngées.

Type d'exposition :

Contact rapproché avec un patient en phase contagieuse.

Selon les caractéristiques du sujet exposé

Immunité, risques particuliers : sujet non immun, même si des cas sont survenus chez des sujets vaccinés.

Prise en charge du sujet exposé

Mesures prophylactiques

Les immunoglobulines spécifiques ne sont plus produites et n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Mettre à jour la vaccination "ROR" : bien que l'administration du vaccin contre les oreillons après une exposition au virus ne semble pas instaurer une réponse immunologique assez rapide pour prévenir la maladie, elle n'est pas nocive et devrait conférer une protection contre l'infection en cas d'exposition subséquente si l'exposition n'a pas donné lieu à une infection. En situation de cas groupés en collectivité (école, université, internat, caserne, club sportif...), une 3^{ème} dose de vaccin sera systématiquement proposée aux personnes ayant déjà reçu 2 doses depuis plus de 10 ans. Le périmètre d'application de cette mesure sera à déterminer localement en fonction des caractéristiques de la collectivité et des groupes de personnes affectées.

Suivi médical

- Sujet contact immunisé : aucun suivi.
- Sujet contact non immun : suivi clinique.

En cas de grossesse :

Pas de recommandation particulière.

Pour l'entourage du sujet exposé

- Recommander aux personnes non vaccinées et n'ayant pas fait la maladie, de consulter leur médecin pour une éventuelle vaccination.
- En collectivité, l'éviction de la collectivité est généralement appliquée.

Toutefois, cette mesure est d'une efficacité très limitée du fait du pourcentage élevé de formes asymptomatiques ou non identifiables et de la durée de contagiosité qui débute avant les signes cliniques.

Cette mesure n'est pas recommandée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), même si la fréquentation d'une collectivité à la phase aiguë de la maladie (comme pour toute maladie infectieuse) n'est pas souhaitable. Il faudra informer le personnel et les parents de l'existence de cas dans la collectivité et veiller à la mise à jour du statut vaccinal des personnes fréquentant la collectivité.

Démarche médico-légale

Déclaration / signalement

Déclaration obligatoire _____ non

Réparation

Accident du travail

Déclaration d'AT selon les circonstances d'exposition.

Maladie professionnelle

Tableau Régime Général _____ Non

Tableau Régime Agricole _____ Non

Maladie hors tableau et fonction publique : selon expertise.

Eléments de référence

CNR

Centre national de référence virus de la rougeole, de la rubéole et des oreillons

CNR Coordinateur

■ CHU de Caen

Laboratoire de Virologie
Avenue Georges Clémenceau
14 033 CAEN CEDEX 9

Nom du responsable : Pr Astrid VABRET

Co-responsable : Dr Julia DINA

Tél. : 02 31 27 25 54 (secrétariat) - 02 31 27 20 14

Fax : 02 31 27 25 57

Courriel : vabret-a@chu-caen.fr - cnr-roug-para@chu-caen.fr

CNR Laboratoire associé

■ AP-HP Paul Brousse

Laboratoire de Virologie
Hôpital Paul Brousse
12 avenue Paul Vaillant-Couturier
94 804 Villejuif

Nom du responsable : Dr Christelle VAULOUP-FELLOUS

Tél. : 01 45 59 33 14 - secrétariat : 01 45 59 37 21

Fax : 01 45 59 37 24

Courriel : christelle.vauloup@aphp.fr

Site CNR Virus de la rougeole, de la rubéole et des oreillons : <http://www.chu-caen.fr/service-129.html>

Accès à la liste des CNR

Consultez le site Santé Publique France²

² <http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Centres-nationaux-de-referance/Liste-et-coordonnees-des-CNR>

Textes de référence

R1 | **Cas groupés d'oreillons en collectivité³** : conduite à tenir. Avis du 11 juillet 2013. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2013.

³<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=364>

Bibliographie

- 1 | Vigneron P - Oreillons : épidémiologie, diagnostic, évolution, prévention. *Rev Prat.* 2000 ; 50 (19) : 2177-81.
 - 2 | Lebon P - Virus des oreillons. In : Pozzetto B (Ed) - Les infections nosocomiales virales et à agents transmissibles non conventionnels. Médecine, sciences, sélection. Montrouge : John Libbey Eurotext ; 2001 : 192-99, 554 p.
 - 3 | Ornoy A, Tenenbaum A - Pregnancy outcome following infections by coxsackie, echo, measles, mumps, hepatitis, polio and encephalitis viruses. *Reprod Toxicol.* 2006 ; 21 (4) : 446-57.
 - 4 | Virus des oreillons. Chapitre 23. In : REVIR. Le Référentiel en Virologie Médicale. 2^{ème} édition. 2007. Paris : Vivactis plus éditions ; 2007 : 87-88, 168 p.
 - 5 | **Survenue de maladies infectieuses dans une collectivité.** ⁴ Conduite à tenir. Haut Conseil de la Santé Publique, 2012.
 - 6 | Coffinières E, Turbelin C, Riblier D, Aouba A et al. - Mumps : burden of disease in France. *Vaccine.* 2012 ; 30 (49) : 7013-18.
- ⁴<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=306>