

Oreillons

Mise à jour de la fiche
02/2023

Agent pathogène

Descriptif de l'agent pathogène

Nom :

Mumps orthorubulavirus

Synonyme(s) :

Virus des oreillons, virus ourlien

Type d'agent _____ Virus

Groupe(s) de classement _____ ■ 2

Descriptif de l'agent :

Virus à ARN à tropisme glandulaire et neurologique, 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 :

1

Ce virus est rapidement détruit par la chaleur et sa virulence est atténuée par les rayons ultra-violet.

Infectiosité :

Contagiosité importante (mais moindre que rougeole et varicelle).

Données épidémiologiques

Population générale

2

L'infection évolue sur un mode endémique, avec une poussée épidémique entre janvier et mai, atteignant les collectivités d'enfants ou d'adultes jeunes. Avant l'introduction du vaccin en France, on évaluait à plusieurs centaines de milliers le nombre de cas annuels d'oreillons. Depuis, l'incidence qui était estimée en 1986 à 859 cas pour 100 000 habitants a chuté très rapidement. En 2020, elle était estimée à 11 cas pour 100 000 (IC95 % : 8-14) soit près de 80 fois moins 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 22,5 ans en 2020.

En France en 2013, 15 foyers épidémiques ont été signalés à l'InVS (Santé Publique France), en particulier au cours du printemps. 72 % des cas avaient reçu deux doses de vaccin. Ces foyers ont surtout été observés dans des communautés d'adolescents ou de jeunes adultes (établissements scolaires, universités, équipes sportives...) 3.

Des épidémies similaires sont survenues ces dernières années dans des pays avec des couvertures vaccinales élevées (Norvège, Canada, USA, Pays-Bas, Israël...) : la proportion de sujets qui avait reçu 2 doses de vaccin se situait entre 60 et 80 % R1, 4.

Ces données sont en faveur d'une protection contre les oreillons qui diminue avec le temps, même après deux doses de vaccin. Elles ont amené le HCSP à préconiser, en situation de cas groupés en collectivités (écoles, universités, internats, casernes, clubs sportifs...), une 3^{ème} dose de vaccin ROR chez les personnes dont la 2^{ème} dose date de plus de 10 ans.

Milieu professionnel

Une transmission du virus au personnel de santé a été signalée de façon épisodique 5.

En laboratoire :

Quelques cas de transmission en laboratoire sont rapportés **6**.

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

1, 7

Incubation :

15 à 24 jours (19 jours en moyenne).

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, en particulier chez l'adulte (20 à 30 % des cas). Les autres glandes salivaires peuvent être concernées dans 10 % des cas.

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

- orchite : présente dans environ 15 à 30 % des formes de l'adulte, elle succède habituellement à la parotidite ; généralement unilatérale, elle peut se bilatéraliser dans 15 à 30 % des cas, mais une stérilité séquellaire est très rare ;
- pancréatite d'évolution le plus souvent favorable ;
- ovarite et mastite sont rares.

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

- la méningite lymphocytaire aiguë, le plus souvent infra-clinique, symptomatique dans 1 à 10 % des cas ;
- l'encéphalite est présente dans 10 % des méningites ;
- exceptionnellement ont été décrites une surdité uni ou bilatérale, 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 est recommandé en cas de doute diagnostique : forme atypique, localisation extra-salivaire cliniquement isolée ou devant des cas groupés. Les formes pauci-symptomatiques sont fréquentes, notamment en cas d'infection chez les adultes jeunes ayant reçu une vaccination incomplète ou ayant été complètement vaccinés dans la petite enfance. Une confirmation virologique du diagnostic clinique est également importante dans ces cas.

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 cas d'oreillons survenant actuellement majoritairement chez des sujets vaccinés, la sérologie est dans ce contexte peu contributive (anticorps IgM fréquemment absents, présence d'IgG).

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. Un échantillonnage tardif d'urines est néanmoins possible pour détection de l'ADN viral

Cet examen est non remboursé, toutefois des kits pour prélèvement salivaire prévus pour le diagnostic 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 oreillon 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 **8**.

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.

Vaccination contre-indiquée tout au long de la grossesse (comme tout vaccin à virus vivant atténué) ; toutefois les études menées chez les femmes vaccinées accidentellement juste avant ou pendant une grossesse ne concluent pas en faveur d'une interruption de grossesse.

Consultez le calendrier vaccinal 2021 ¹

¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_300421.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 **R1**.

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

- En milieu hospitalier : Isolement
- En collectivité : l'éviction du sujet source est généralement appliquée (9 jours après le début des symptômes). 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 **9**.

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 une personne en phase contagieuse.

Spécificité de l'exposition au laboratoire :

Pas de spécificité.

Selon les caractéristiques du sujet exposé

Immunité, risques particuliers : sujet non immun, même si des cas sont survenus chez des sujets vaccinés : vérifier les antécédents d'oreillons ou de vaccination chez le sujet exposé.

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 **R1**.

Suivi médical

Surveillance clinique, en particulier pour les personnes non immunisées.

En cas de grossesse :

Pas de recommandation particulière.

Pour rappel : vaccination contre-indiquée chez la femme enceinte.

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.

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 : selon expertise.

Eléments de référence

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

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

CNR Coordinateur

■ CHU de Caen

Laboratoire de Virologie

Bâtiment de biologie

Avenue de la Côte de Nacre

14 000 CAEN

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 collectivité**³ : 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 | Castella C, Sarlangue J - Oreillons. Encyclopédie médico-chirurgicale. Maladies infectieuses 8-068-A-15. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2013 : 4 p.
- 2 | **Oreillons**⁴. Santé publique France, 2022.
⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/oreillons>
- 3 | Vygen S, Fischer A, Meurice L, Mouchetrou Njoya I et al. - Waning immunity against mumps in vaccinated young adults, France 2013. *Euro Surveill.* 2016 ; 21 (10) : 30156.
- 4 | Veneti L, Borgen K, Sverdrup Borge K, Danis K et al. - Large outbreak of mumps virus genotype G among vaccinated students in Norway, 2015 to 2016. *Euro Surveill.* 2018 ; 23 (38) : 1700642.
- 5 | 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.
- 6 | Byers KB, Harding AL - Laboratory-Associated Infections. In : Wooley DP, Byers KB (Eds) - Biological safety. Principles and practices. 5th edition. Washington : American Society for Microbiology ; 2017 ; 59-92, 741 p.
- 7 | Oreillons. In : Chirouze C, Epaulard O, Le Berre R (Eds) - E. Pilly 2020. Maladies infectieuses et tropicales. 27e édition. Paris : Édition Alinéa Plus ; 2019 : 477-78, 720 p.
- 8 | 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.
- 9 | **Survenue de maladies infectieuses dans une collectivité**.⁵ Conduites à tenir. Rapport du 28 septembre 2012. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2012.
⁵ <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=306>