

MÉDECINE TROPICALE

Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

La lettre d'information du diplôme et de la capacité de médecine tropicale des pays de l'océan indien. N° 28 - juin 2012

La lettre d'information n° 28 du 30 juin 2012 est consacrée à la rougeole.

Introduction

Avant l'ère de la vaccination, la rougeole était responsable de plus d'un million de morts d'enfants par an dans le monde. La mise en place progressive de programmes d'immunisation des nourrissons, des campagnes de vaccination de masse visant à protéger 100% d'une population en quelques semaines et une meilleure prise en charge médicale des cas de rougeole ont conduit à une amélioration sensible de la situation.

Les progrès accomplis en 2008 étaient réels, tant dans les pays du Nord que dans les pays du Sud, avec une réduction de 74% de la mortalité dans le monde par rapport à l'an 2000.

Mais, les flambées épidémiques observées ces dernières années dans le monde, dans les pays du nord, en particulier en Europe, et dans les pays du sud, en particulier en Afrique, créent une situation inquiétante.

Parmi les différents « objectifs du millénaire » fixés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour 2015 figure l'élimination de la rougeole. Peut-on y parvenir ?

Rappels sur la rougeole

Epidémiologie

La rougeole est une maladie très contagieuse, transmise par voie respiratoire. Les nourrissons sont protégés jusqu'à l'âge de 6 à 9 mois par les anticorps maternels acquis passivement. Les facteurs favorisant la survenue d'une rougeole grave sont le jeune âge, la malnutrition, le déficit en vitamine A, les infections associées, la promiscuité, le bas niveau d'hygiène. La rougeole est une virose anergisante, d'où la fréquence et la gravité des complications, liées au virus lui-même ou à des germes de surinfection, qui mettent en jeu le pronostic vital.

Il y a une forte contagiosité cinq jours avant et cinq jours après le jour d'apparition de l'exanthème.

Clinique

La rougeole évolue dans sa forme habituelle selon un rythme bien défini. A la période d'incubation silencieuse de 10 à 14 jours succède la période d'invasion qui dure 3 jours et qui comporte une fièvre à 39-40°C, un catarrhe oculo-nasal (rhinite, conjonctivite), une toux, un énanthème apparaissant 2 jours après le début du catarrhe avec une muqueuse buccale rouge et de petites taches blanchâtres pathognomoniques réalisant le signe de Köplick, fugace, disparaissant en 1 à 2 jours, mais de haute valeur diagnostique. A la période d'état, apparaît un exanthème au niveau du visage, débutant derrière les oreilles, s'étendant de haut en bas en 4 jours, atteignant le cou et le thorax à J2, l'abdomen et les cuisses à J3, les membres inférieurs à J4. C'est une éruption punctiforme, puis maculo-papuleuse érythémateuse, non prurigineuse, plus ou moins confluyente, mais respectant des intervalles de peau saine, plus ou moins purpurique. L'état du malade s'améliore normalement à partir du 3^{ème} jour suivant l'apparition de l'exanthème et guérit en 7 à 10 jours après le début de la maladie. C'est à la période d'état que peuvent apparaître les complications respiratoires, digestives, neurologiques. La rougeole sévère hémorragique se déclare à l'apparition de l'éruption. Les complications liées au terrain sont fréquentes dans les pays du sud, en particulier les complications nutritionnelles. Elles sont observées du 11^{ème} jour après le début de l'exanthème à la fin du 3^{ème} mois.

Diagnostic

Il est posé par l'examen clinique. Il est aidé par un contexte épidémique. L'OMS retient 3 critères majeurs : l'éruption maculo-papuleuse généralisée, non vésiculaire, la fièvre > 38°C, un signe parmi : conjonctivite, coryza, toux. La biologie est rarement utile. La recherche des IgM spécifiques de la rougeole est positive à partir du 6^{ème} jour suivant le début de l'éruption et le reste pendant 4 semaines après l'infection, la PCR est positive dans la salive, le sérum, les urines ou les sécrétions nasopharyngées au cours des 5 premiers jours suivant le début de l'éruption.

Traitement

Il n'y a pas de traitement antiviral spécifique de la rougeole. Le traitement est symptomatique : désinfection du nez, de la gorge, des yeux, réhydratation, poursuite de l'alimentation, toilette quotidienne et après chaque selle. Le traitement spécifique des complications : déshydratation, infections respiratoires, otite moyenne,

diarrhée, candidose, est essentiel pour éviter l'évolution vers la mort. La vitamine A est systématiquement prescrite dans les PED, l'antibiothérapie est prescrite en cas de surinfections respiratoires : cotrimoxazole, amoxicilline ou amoxicilline + acide clavulanique, sur le principe des infections respiratoires aiguës.

Prévention

La rougeole est la première maladie infantile mortelle évitable par la vaccination. En France, le calendrier vaccinal recommande la vaccination par le vaccin trivalent contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) chez l'enfant avec une première dose à 12 mois et une deuxième dose entre 13 et 24 mois. Il faut respecter un intervalle d'au moins un mois entre les deux doses. La deuxième dose est indispensable pour « rattraper » les 5 à 10% des enfants qui ne sont pas immunisés après la première dose. Dans les pays tropicaux, la rougeole atteint les enfants très jeunes, souvent vers 9 mois, la gravité de la maladie chez les non vaccinés exigent une vaccination anti rougeoleuse à 9 mois. Les enfants vaccinés tôt doivent bénéficier d'une seconde chance de vaccination. La vaccination est incluse dans le Programme élargi de Vaccination. Si le vaccin anti rougeoleux est contre-indiqué en cas de déficit immunitaire important, l'infection à VIH/Sida asymptomatique est une indication et non une contre-indication pour la vaccination anti rougeoleuse. L'infection de la mère par le VIH entraîne un taux plus bas d'anticorps anti rougeoleux chez les enfants, il faut donc vacciner dès 6 mois les enfants nés de mères VIH positifs et prévoir une dose de rattrapage dès 9 mois. La couverture vaccinale devrait être à 95% pour permettre d'envisager l'éradication de la rougeole.

Vers l'élimination de la rougeole ?

En 2010, la Région OMS des Amériques a éliminé la rougeole et 4 des 5 autres Régions se sont fixés pour objectif d'éliminer la rougeole d'ici 2020. L'ambition de l'OMS est-elle réalisable ?

Des inquiétudes sont suscitées ces dernières années, d'une part par des flambées épidémiques de rougeole dans la Région africaine de l'OMS, d'autre part par des vagues épidémiques dans de nombreux pays européens, dont la France.

Depuis 2008, une épidémie de rougeole sévit en France, liée à un taux de couverture vaccinale insuffisant pour éliminer la maladie. La couverture vaccinale est de 90% pour une dose et de 54,8% pour deux doses à 24 mois pour les enfants nés en 2009. Entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2011, plus de 22 000 cas de rougeole, dont près de 15 000 cas pour la seule année 2011, ont été déclarés en France. Parmi ces cas, 1 008 ont présenté une pneumopathie grave, 26 une complication neurologique et 10 sont décédés. Les départements et territoires d'outre mer n'ont pas été épargnés : ainsi l'île de La Réunion a connu en 2011 pour la première fois depuis de nombreuses années un épisode épidémique de rougeole.

Un plan d'élimination de la rougeole a été élaboré. Il comporte :

- l'amélioration de la surveillance de la rougeole par la déclaration obligatoire et la confirmation biologique systématique des cas cliniques,
- l'augmentation de la couverture vaccinale à deux doses des enfants avant l'âge de 2 ans,
- la réduction du risque de transmission autour d'un cas.

Les objectifs définis, correspondant à l'élimination de la rougeole, c'est-à-dire à l'interruption de la circulation du virus, sont de parvenir à une incidence de la rougeole inférieure à un cas confirmé par million d'habitants et par an.

Pour les nourrissons qui doivent voyager dans un pays de circulation virale intense, la vaccination anti-rougeoleuse doit être pratiquée dès l'âge de 6 mois avec une dose de vaccin monovalent entre les âges de 6 et 9 mois; Les enfants ayant reçu le vaccin anti rougeoleux monovalent recevront par la suite les deux doses de vaccin ROR, conformément au calendrier vaccinal.

Les pays du sud ne peuvent pas appliquer un tel plan dans son ensemble, mais ils doivent atteindre un taux de couverture vaccinale supérieur ou égal à 95% et deux doses. En 2009-2010, 28 pays sur 46 de la Région africaine de l'OMS ont connu des flambées de rougeole. Le nombre de cas notifiés qui était de 37162 en 2008 a atteint 172 824 en 2010. La couverture vaccinale première dose était estimée, dans la Région, à 69% en 2009 par l'OMS-UNICEF.

Conclusion

Les flambées épidémiques de rougeole observées ces dernières années en Europe et en Afrique soulignent la nécessité d'améliorer la couverture vaccinale et d'introduire une deuxième dose d'un vaccin à valence rougeole.

Références

- OMS. Suivi des progrès accomplis en vue de l'élimination de la rougeole. *REH*, 2010, 85, 490-495.
- OMS. Flambées de rougeole et progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs de pré-élimination de la rougeole : Région africaine de l'OMS, 2009-2010. *REH*, 2011, 86, 129-136.
- Cire Océan Indien. Ré-émergence de la rougeole à La Réunion août octobre 2011. *Bulletin de veille sanitaire*, 2011, 14, 8-14.
- InVS. Le Calendrier des vaccinations et des recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique. *BEH*, 2012, n° 14-15, 170-171.

- InVS. Recommanadations sanotaires pour les voyageurs, 2012. *BEH*, 2012, n° 20-21, 226-227.
- Simons E., Ferrari M., Fricks J., Wannemuehler K., Anand A., Burton A., Strebel P. Assessment of the 2010 global measles mortality reduction goal: results from a model of surveillance data. *Lancet*, 2012, 379, 2173-2178.

Professeur Pierre Aubry. Texte rédigé le 15 juin 2012.