

Oreillons et vaccins anti-ourliens

Actualités 2012

Professeur Pierre Aubry. Texte mis à jour le 29/10/2012

1- Généralités

Les oreillons (ou parotidites épidémiques) sont une maladie virale humaine, à prévention vaccinale, très contagieuse, provoquée par le virus ourlien (MuV : *mumps virus*). Il s'agit le plus souvent d'une maladie infantile bénigne, atteignant les enfants de 5 à 9 ans, mais qui peut aussi toucher les adolescents et les adultes. Dans le monde, plus de 560 000 cas ont été notifiés en moyenne chaque année de 2005 à 2010.

2- Epidémiologie

En l'absence de vaccination, les oreillons sont une maladie infectieuse courante partout dans le monde, avec un taux d'incidence annuel compris entre 100 à 1000 cas pour 100 000 personnes.

Dans les climats chauds, la maladie sévit toute l'année, tandis que dans les climats tempérés les pics d'incidence s'observent en hiver et au printemps. Des épidémies surviennent dans de nombreux pays tous les 2 à 5 ans.

3- Virologie

Le virus ourlien appartient au genre *Rubulavirus* et à la famille des *Paramyxoviridés*. Alors qu'il n'existe qu'un sérotype distinct du virus ourlien, l'analyse séquentielle du gène variable codant pour une petite protéine hydrophobe (le gène SH) permet sa différenciation en plusieurs génotypes.

Le virus ourlien est un virus à ARN monocaténaire non segmenté. Il se réplique dans le rhino-pharynx d'où il peut disséminer par voie sanguine dans l'ensemble de l'organisme.

L'homme est le seul hôte naturel connu du virus ourlien qui se propage par contact direct ou par voie aérienne, par les gouttelettes provenant des voies respiratoires des sujets infectés.

La contagiosité est d'une dizaine de jours, le virus étant trouvé dans la salive 6 jours avant le début de la maladie et disparaissant 5 jours environ après les premiers symptômes.

3- Clinique

La durée d'incubation est de 16 à 20 jours (intervalle 2 à 4 semaines).

L'infection reste infraclinique dans 30% des cas. Elle est plus souvent asymptomatique chez l'enfant que chez l'adulte.

Le début est non spécifique avec des myalgies, des céphalées, une sensation de malaise, une fièvre peu élevée.

La période d'état apparaît 48 heures après. Les principales manifestations cliniques sont :

- la parotidite présente dans 95% des cas. C'est une tuméfaction uni ou bilatérale des glandes parotides, bilatérale pour 90% des formes symptomatiques. Elle s'accompagne d'une douleur qui irradie vers les oreilles, en particulier lors de la mastication. L'atteinte des deux parotides peut être simultanée ou être décalée de plusieurs jours. L'examen clinique retrouve des adénopathies de petite taille prétragiques et sous-angulo-mandibulaires. L'atteinte des autres glandes salivaires, sous-maxillaires et sublinguales, est plus rare.

- la méningite aseptique symptomatique dans 15% des cas, mais on retrouve une pléiocytose asymptomatique (> 5 leucocytes/mm³) dans le LCR dans 50 à 60% des cas.

- l'encéphalite ourlienne concerne 0,02 à 0,3% des cas.

- une surdité transitoire est notée dans 4% des cas.

Les autres manifestations cliniques comprennent :

- l'orchite observée chez 20% des hommes contractant les oreillons après la puberté, touchant les deux testicules dans près de 20% des cas d'orchite, mais l'orchite ourlienne est rarement associée à une altération irréversible de la fécondité,

- l'oophorite ou ovarite (inflammation de l'ovaire) est rare observée chez les femmes après la puberté, apparemment sans conséquence durable,

- la mastite est rare : elle apparaît une semaine après la parotidite chez la fille pubère ou la femme enceinte avec une augmentation douloureuse du volume des seins,

- la pancréatite est rare, se manifestant 7 à 9 jours après les premiers signes cliniques, variant d'une simple douleur épigastrique avec des nausées au syndrome abdominal aigu. La guérison sans séquelles est la règle, il s'agit en général d'une pancréatite œdémateuse.

La létalité est de 1 cas sur 10 000 dans les cas avec atteinte neuroméningée.

4- Formes cliniques

Le fait de contracter les oreillons au cours des 12 premières semaines de la grossesse est associé à une incidence des avortements spontanés de 25%, mais il n'y a pas de cas connus de malformations fœtales faisant suite à une infection ourlienne contractée pendant la grossesse.

Bien que les oreillons confèrent une immunité à vie, même lorsqu'ils sont asymptomatiques, des réinfections peuvent se produire après une infection naturelle ou après la vaccination.

Dans les pays ayant une forte couverture vaccinale, on observe une réduction importante des cas présentant une encéphalite ou d'autres réactions sévères citées ci-dessus.

4- Diagnostic

Au cours d'une flambée épidémique, le diagnostic clinique n'est pas difficile à poser chez les patients présentant une parotidite ou ayant des antécédents d'exposition récente. En revanche, lorsque l'incidence est faible, d'autres causes de parotidite doivent être envisagées et la recherche des oreillons en laboratoire est requise pour confirmation des cas.

La confirmation se base sur la détection d'anticorps IgM spécifiques des oreillons dans le sérum ou dans des échantillons des sécrétions buccales. On peut aussi confirmer les oreillons en isolant le virus sur culture cellulaire ou en détectant l'ARN viral dans les échantillons cliniques par RT-PCR.

Au cours de l'infection naturelle primaire, le pic des IgM est atteint 8 jours après l'apparition des symptômes, tandis qu'on détecte l'ARN viral dès le début des symptômes et qu'il baisse en 8 à 10 jours. Toutefois, il peut être difficile de confirmer les oreillons en laboratoire chez les sujets qui ont été vaccinés auparavant car, souvent, les IgM ne sont pas détectables dans les échantillons sériques en phase aiguë et la détection de l'ARN viral dans les sécrétions buccales a une plus grande sensibilité.

5- Traitement

Il n'y a pas de traitement spécifique des oreillons.

Le traitement est symptomatique : repos au lit, antalgiques et antipyrétiques, tels le paracétamol.

En cas d'orchite, une suspension scrotale et une vessie de glace soulagent le malade.

6- Prévention

On dispose de vaccins sûrs et efficaces contre les oreillons depuis les années 1960. Ce sont des vaccins vivants atténués. Ils sont tous lyophilisés et doivent être reconstitués avant utilisation.

Plusieurs vaccins sont disponibles, dont :

- le vaccin Jeryl-Lynn, homologué aux Etats-Unis en 1967.
- le vaccin Léningrad-3, mis au point dans l'ex-URSS, utilisé depuis 1980.
- le vaccin Urabe Am9 homologué pour la première fois au Japon, en Belgique, en France, en Italie.

Les vaccins anti-ourliens sont disponibles sous forme de vaccins monovalents, bivalents (anti-ourlien / anti-rougeoleux) ou trivalent (anti-rougeoleux / anti-ourlien / anti-rubéoleux [ROR]). Dans la plupart des pays, la vaccination anti-ourlienne est assurée au moyen du ROR. Les anticorps maternels anti-ourliens ne persistent pas longtemps chez le nourrisson et si l'administration d'un vaccin ROR est nécessaire avant 12 mois, les anticorps ourliens d'origine maternelle ont peu de risque d'interférer pour l'établissement de l'immunité.

Les vaccins anti-ourliens suscités ont permis d'obtenir des taux de séroconversion et/ou une efficacité protectrice à court terme proche de 90% ou supérieure à 90% après administration d'une dose de vaccin. Mais, l'efficacité à long terme dans la population d'une dose de vaccin est peut-être inférieure, de l'ordre de 60 à 90%.

De grandes flambées d'oreillons ont été signalées dans des pays qui ont des taux élevés de couverture vaccinale, comme les Etats-Unis et le Royaume-Uni, 10 à 15 ans après l'introduction de la vaccination par le ROR dans leurs programmes nationaux de vaccination. Les raisons de cette situation ne sont pas encore totalement élucidées.

En décembre 2010, 118 (61%) des 183 états membres de l'OMS avaient introduit la vaccination anti-ourlienne dans leur programmes nationaux de vaccination, l'immense majorité utilisant le vaccin ROR et appliquant des calendriers en deux doses, comme le recommande l'OMS.

L'OMS estime, en effet, que la lutte contre la rougeole et la prévention de syndrome de rubéole congénitale sont des priorités plus importantes que la lutte contre les oreillons. L'utilisation du vaccin associé ROR est donc vivement conseillée, en y ajoutant systématiquement un deuxième dose pour la prévention de la rougeole.

Les réactions indésirables au vaccin anti-ourlien sont rares et bénignes. Une méningite à liquide clair clinique et/ou biologique survient à de fréquences extrêmement variables (de 1 pour 400 à 1 pour 1 500 000 vaccinations). Elle apparaît en général 2 à 3 semaines après la vaccination.

Les contre-indications sont une immunodéficience ou une immunosuppression prononcée, la grossesse, l'allergie à un des constituants du vaccin (par exemple néomycine, gélatine).

En conclusion, la vaccination anti-ourlienne systématique est recommandée par l'OMS dans les pays qui peuvent maintenir une couverture vaccinale élevée par la vaccination anti-rougeoleuse et anti-rubéoleuse systématique, c'est-à-dire une couverture supérieure à 80%, et dans lesquels la réduction de l'incidence des oreillons est une priorité de santé publique.

Références

Meyohas M-C., Ben Ali A. Oreillons. *Encycl. Med. Chir. (Elsevier Paris). Maladies infectieuses*, 8-068-A-10, Pédiatrie, 4-310-B-10, 1996, 4 p.

OMS. Vaccins anti-ourliens *REH*, 2007, 82, 50-60

OMS. Nomenclature des virus ourliens. Mise à jour 2012. *REH*, 2012, 87, 217-224.