

MÉDECINE TROPICALE

Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

Oreillons et vaccins anti-ourliens

Actualités 2018

Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère.

Texte mis à jour le 29/11/2018

www.medecinetropicale.com

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.

2- Epidémiologie

L'épidémiologie a connu de grands changements suite à l'introduction du vaccin dans de nombreux pays. Depuis, la généralisation de la vaccination en 1968, on a observé un effondrement de l'incidence passant de 76 cas/100 000 habitants à moins de 1 cas/100 000 depuis le début des années 1990. L'incidence globale des oreillons évolue peu depuis une quinzaine d'années. En 2015, 76 pays ont déclarés des cas d'oreillons, dont plus des 2/3 en Chine et au Japon. Le virus reste endémique dans les pays qui n'ont pas introduit la vaccination. Dans les pays qui ont introduits la vaccination, on observe des poussées épidémiques localisées avec parfois, une forte proportion de patients qui ont reçu les deux doses de vaccin anti-ourlien.

Les oreillons qui étaient avant la vaccination une maladie de la petite enfance touchent actuellement les adolescents et les jeunes adultes avec le risque de graves complications après la puberté (orchites, oophorites).

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.

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.

La réplication virale survient d'abord dans l'épithélium de la muqueuse des voies aériennes supérieures. Puis le virus gagne les relais lymphatiques, puis par virémie les différents organes (glandes salivaires, oreille interne, pancréas...).

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 prétragiennes et sous-angulo-mandibulaires. L'atteinte des autres glandes salivaires, sous-maxillaires et sublinguales, est plus rare (10 % des cas).

- la méningite aseptique, complication la plus fréquente chez l'enfant, est symptomatique dans 10 % des cas, mais on retrouve une pléiocytose asymptomatique (> 5 leucocytes/mm³) dans le LCR dans 50 à 60 %

des cas.

- l'encéphalite ourlienne concerne 0,5 % des cas, essentiellement chez l'enfant.
- une surdité transitoire est notée dans 4 % des cas ; la surdité définitive est rare.

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 ou sur une séroconversion/élévation du titre des IgG dans le sérum ou dans des échantillons des sécrétions buccales. Le diagnostic moléculaire est réalisé de préférence sur un prélèvement salivaire : c'est la méthode de choix. L'isolement du virus est la technique de référence, mais est rarement utilisée en dehors de laboratoires spécialisés.

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. Plusieurs souches vaccinales sont utilisées dans les vaccins, dont la souche vaccinale Jery-Lynn (MMR Vax Pro®) distribuée aux USA et en Europe et le Priorix® (souche RIT 4385, dérivée de la précédente), distribuée dans le monde entier. L'efficacité de la vaccination est discutée depuis la description récente d'épidémies chez des sujets vaccinés et de nouvelles souches testées comme candidat vaccin.

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.

Le schéma vaccinal comprend deux doses par voie sous-cutanée avec une première dose entre 12 et 18 mois et une deuxième dose entre 16 et 18 mois.

De grandes flambées d'oreillons ont été signalés 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. Même avec une efficacité clinique de 95 % et une couverture vaccinale de 95 %, le pourcentage de la population immune serait de 90 %, proche du seuil théorique de l'immunité de groupe, mais probablement insuffisante dans une situation de haute densité de population. L'accumulation d'individus non protégés par la vaccination et une faible circulation du virus sauvage expliquent la possibilité d'épidémies quand ces individus sont regroupés.

Les réactions indésirables au vaccin anti-ourlien sont rares et bénignes. Une méningite à liquide clair clinique et/ou biologique survient à des fréquences extrêmement variables selon les souches vaccinales. 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).

Références

- OMS. Vaccins anti-ourliens *REH*, 2007, 82, 50-60
- OMS. Nomenclature des virus ourliens. Mise à jour 2012. *REH*, 2012, 87, 217-224.
- Barskey AE, Glasser JW, LeBaron CW. Mumps resurgences in the United States. A historical perspective on unexpected elements. *Vaccine* 2009; 27 : 6186-6195.
- Castella C, Sarlangue J. Oreillons. *EMC-Maladies infectieuses* 2013 ;10(3) :1-4 [Article 8-068-A-15].
- Mourez Th, Dina J. Le virus des oreillons. *Virologie* 2018 ; 22 : 199-214.