

Rougeole Actualités 2016

Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère. Mise à jour, le 09/12/2016

1. Généralités

Parmi les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) adoptés en 2000 par l'Assemblée générale des Nations Unies, l'objectif 4 visait une réduction de deux tiers de la mortalité de l'enfant à l'horizon 2015, la couverture de la vaccination anti-rougeoleuse étant utilisée comme l'un des indicateurs des progrès réalisés en ce sens. En 2010, l'Assemblée mondiale de la Santé a défini 3 étapes à franchir à l'horizon 2015 dans la lutte contre la rougeole : accroître la couverture systématique par la première dose de vaccin à valence rougeole (MCV1) chez les enfants âgés de 1 an pour atteindre un taux supérieur ou égal à 90% au niveau national, réduire l'incidence annuelle mondiale de la rougeole à moins de 5 cas pour un million d'habitants, réduire la mortalité rougeoleuse mondiale de 95% par rapport aux estimations de 2000.

Durant la période 2000-2015, le nombre total de cas de rougeole dans le monde a baissé de 70%, passant de 853 479 à 254 928, l'incidence de la rougeole a reculé de 75%, de 146 à 36 cas par million d'habitants et le nombre de décès a diminué de 79%, passant de 651 600 à 134 200 par an.

Cependant, aucun des objectifs d'élimination fixés pour 2015 n'a été atteint. La couverture mondiale par le MCV1 est passée de 72% à 85% entre 2000 et 2015, mais connaît une stagnation depuis 2009. Le nombre de pays enregistrant une couverture supérieure à 90% par le MCV1 a progressé entre 2000 et 2012 passant de 84 à 129, puis est redescendu à 119 en 2015.

Sur les 20,8 millions de nourrissons qui n'ont pas bénéficié du MCV1, environ 11 millions se trouvaient dans 6 pays : Inde, Nigeria, Pakistan, Indonésie, Ethiopie, RDC. La couverture mondiale par le MCV2 est passée de 15% en 2000 à 61% en 2015.

Par rapport à un scénario où la vaccination anti-rougeoleuse serait absente, environ 20,5 millions de décès ont été évités dans la période 2000-2015. La baisse de la mortalité rougeoleuse a grandement contribué au déclin de la mortalité globale de l'enfant dans le monde, mais les efforts doivent être poursuivis. D'autant, qu'entre 2014 et 2015, le nombre de cas de rougeole a progressé dans 3 des 6 Régions de l'OMS, avec une augmentation de 33% dans la Région africaine, de 18% dans la Région de la Méditerranée orientale et de 83% dans la Région européenne, principalement en raison de flambées apparues dans plusieurs pays.

2. Epidémiologie

La rougeole est due à un virus à ARN de la famille des *Paramyxoviridae* du genre *Morbillivirus*. La transmission se fait par voie aérienne, transmission directe par les gouttelettes de Pflügge. Le virus de la rougeole est très contagieux. La rougeole ne survient que chez l'humain. 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. Les épidémies de rougeole sont courantes et graves chez les réfugiés et les personnes déplacées et la mortalité est supérieure à 15%. 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 quatre jours avant et quatre jours après le début de l'exanthème.

3. Clinique

La rougeole atteint les enfants très jeunes, souvent vers 9 mois, dans les régions tropicales, où la plupart des cas surviennent pendant la saison sèche. Elle évolue dans sa forme habituelle selon un rythme bien défini.

3.1. Incubation : silencieuse de 10 à 14 jours.

3.2. Période d'invasion de 3 jours : fièvre à 39-40°C, catarrhe oculo-nasal (rhinite, conjonctivite), toux, énanthème apparaissant 2 jours après le début du catarrhe, muqueuse buccale rouge avec petites taches blanchâtres pathognomoniques réalisant le signe de Köplick, fugace, disparaissant en 1 à 2 jours, mais de haute valeur diagnostique.

3.3. Période d'état

Quatorze jours après le contagement 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.

Le diagnostic est difficile sur peau noire. Il faut retenir la valeur du signe de Köplick sur la muqueuse buccale, la sensation de relief à la surface de la peau au toucher, la coloration rouge violet, bistre, suivie d'une desquamation très nette, sauf au niveau palmo-plantaire, permettant un diagnostic rétrospectif.

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.

A la période d'état, les complications peuvent être :

- respiratoires dues au virus de la rougeole : laryngo-trachéobronchite précoce, otite moyenne, pneumonie ; ou à des germes de surinfections (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*) : otite moyenne bactérienne, laryngite tardive staphylococcique, conjonctivite surinfectée cause de cécité, broncho-pneumonies ;
- digestives (salmonelles, shigelles, *rotavirus*, ...) avec diarrhées et de déshydratation ;
- neurologiques : encéphalite post-infectieuse ou encéphalite aiguë disséminée survenant de façon aiguë 3 à 6 jours après l'éruption (1 cas sur 1 000),
- rougeole sévère hémorragique, à l'apparition de l'éruption.

Le taux de mortalité est de 5 à 15% chez les jeunes enfants.

3.4. Période post-rougeole : complications liées au terrain dans les PED

Elle dure du 11^{ème} jour après le début de l'exanthème à la fin du 3^{ème} mois. Une dépigmentation est notée, pouvant durer plusieurs semaines ou mois. Les complications dépendent de facteurs liés à l'hôte ou à l'environnement : enfants < 5 ans, promiscuité, malnutrition (carence en vitamine A), troubles immunologiques (infection à VIH/Sida). Elles sont fréquentes et souvent intriquées :

- nutritionnelles : malnutrition protéino-énergétique (marasme, kwashiorkor), carence en vitamine A (xérophtalmie, lésions cornéennes) ;
- surinfections bactériennes (broncho-pneumonies, staphylococcie pleuro-pulmonaire), candidosiques (candidose digestive), virales (primo-infection herpétique), noma.

La mortalité est de 25%.

Il faut citer à part, l'encéphalite aiguë retardée, exceptionnelle, débutant 2 à 6 mois après une rougeole à l'évolution simple, chez des malades ayant été traités préalablement pour une maladie néoplasique par des immunosuppresseurs, mais pouvant survenir chez des sujets normaux.

4. Diagnostic

Il est posé par l'examen clinique. Il est aidé par un contexte épidémique. Classiquement, le diagnostic se pose avec les exanthèmes toxiques ou allergiques morbilliformes, la scarlatine, la rubéole, l'exanthème subit.

L'OMS retient 3 critères majeurs :

- l'éruption maculo-papuleuse généralisée, non vésiculaire,
- la fièvre > 38°C,
- au moins un signe parmi : conjonctivite, coryza, toux.

La biologie est rarement utile. Si la confirmation au laboratoire du diagnostic clinique est nécessaire, 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 naso-pharyngées au cours des 5 premiers jours suivant le début de l'éruption.

Le test diagnostique (test ELISA) des fluides gingivaux (salive), étudié par rapport au sérum, est une épreuve diagnostique de bonne performance.

5. 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 : 50 000 UI/dose avant 6 mois, 100 000 UI/dose entre 6 et 11 mois, 200 000 UI/dose à partir de 12 mois, une première dose dès le diagnostic, une 2^{ème} dose le lendemain.

L'antibiothérapie est prescrite en cas de surinfections respiratoires : cotrimoxazole, amoxicilline ou amoxicilline + acide clavulanique, sur le principe des infections respiratoires aiguës.

6. Prévention

Le vaccin anti-rougeoleux vivant atténué est sans danger et hautement efficace, donnant des taux de séroconversion supérieur à 95% chez les enfants de plus de 12 mois. Ce vaccin est moins efficace chez les nourrissons de moins de 12 mois (taux de séroconversion de 85%-90% chez les enfants de 9 mois et de 50%-60% chez ceux de 6 mois). Les nourrissons deviennent sensibles à la maladie à des âges divers avec la perte des anticorps maternels, qui protègent de l'infection les nourrissons plus jeunes, et en raison de leurs propres défenses immunitaires. Certains nourrissons sont donc exposés au virus rougeoleux avant d'être immunisés par la vaccination. Le schéma de vaccination systématique contre la rougeole comprend deux doses. Dans les pays où la transmission de la rougeole se poursuit et dans lesquels le risque de mortalité rougeoleuse reste élevé, l'OMS recommande que le MCV1 soit administré à l'âge de 9 mois et que dans les pays où les taux de transmission de la rougeole sont bas, cette dose soit administrée à 12 mois. Les pays qui administrent le MCV1 à 9 mois doivent administrer le MCV2 entre 15 et 18 mois, tandis que ceux qui administrent le MCV1 à 12 mois auront la possibilité d'administrer la MCV2 entre 15 et 18 mois ou à l'entrée à l'école. Les taux de séroconversion après 2 doses sont supérieurs à 95% si la première dose est administrée à 9 mois et supérieur à 99% si la première dose est administrée à 12 mois.

Dans les pays du Sud, les taux d'atteinte élevés et la gravité de la rougeole chez les enfants non vaccinés exigent une vaccination précoce à 9 mois. Si le vaccin anti-rougeoleux est contre-indiqué en cas de déficit immunitaire, 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 positives et prévoir une dose de rattrapage dès 9 mois.

La couverture vaccinale devrait atteindre 95% afin de permettre d'envisager l'éradication de la rougeole.

Les réactions indésirables au vaccin sont la fièvre (5%) et des réactions anaphylactiques (1/1 000 000).

L'éducation sanitaire des familles, en particulier des mères, est indispensable : conseils diététiques, mesures d'hygiène et obligation des vaccinations du PEV. Rappelons que l'éviction scolaire est de 7 jours après le début de l'éruption.

7. Vers l'élimination de la rougeole ?

Les objectifs d'élimination de la rougeole n'ont pas été atteints en 2015. Si la Région des Amériques a été déclarée de nouveau exempte de rougeole endémique en septembre 2016, un pays de la Région du Pacifique occidental, la Mongolie, a été reclassé parmi les pays d'endémie à la suite d'une flambée de rougeole. Et entre 2014 et 2015, le nombre de cas de rougeole a progressé dans 3 Régions de l'OMS (Région africaine, Région de la Méditerranée orientale, Région européenne).

L'objectif d'éliminer la rougeole en 2020 est-il réalisable ?

L'incapacité d'atteindre les étapes et objectifs fixés pour 2015 s'explique par la persistance de lacunes dans la couverture vaccinale. Selon les estimations 2015 de l'OMS et de l'UNICEF, la couverture vaccinale mondiale du DTC3, du BCG, de la première dose de MCV (MCV1) et de la troisième dose

de Pol (Pol3) est passée de moins de 5% au moment où le PEV a été mis en place en 1974 à plus de 85% en 2015. Mais, la couverture mondiale estimée du DTC3, du MCV1 et du Pol3 reste stable (entre 84 et 86%) depuis 2010. La couverture varie selon les Régions de l'OMS, les pays et les communautés. En Afrique, la couverture vaccinale pour le MCV1 est de 74% (85% pour l'ensemble du monde) et la couverture vaccinale pour le MCV2 est de 18% (61% pour l'ensemble du monde).

Le Réseau mondial OMS des laboratoires de la rougeole et de la rubéole (GMRLN) a été mis en place en 2000 pour vérifier l'élimination de ces 2 maladies. Le nombre annuel de cas de rougeole identifiés est notifié par les pays à l'OMS et à l'UNICEF. Outre la confirmation des cas, les méthodes moléculaires ont montré une baisse du nombre de génotypes des virus rougeoleux circulants, ce qui semble indiquer que certaines chaînes de transmission ont été interrompues. Toutefois, on ne parviendra à éliminer la rougeole dans les 5 des 6 Régions de l'OMS d'ici 2020 que si les pays et leurs partenaires de vaccination intensifient résolument leur engagement.

La couverture vaccinale devrait être à 95% pour permettre d'envisager l'éradication de la rougeole. Aucune Région de l'OMS atteint en 2015 ce pourcentage, y compris la Région européenne (94%).

Le climat de méfiance contre la vaccination n'est pas propre aux pays du Nord. Les pays du Sud, qui tentent de combler les lacunes en matière de vaccination, sont de plus en plus confrontés à des personnes qui refusent des vaccinations pour elles-mêmes ou pour leurs enfants

Les pays où la mortalité rougeoleuse est la plus élevée sont ceux qui sont le plus fortement tributaires des ressources mobilisées au titre de la lutte contre la poliomyélite : ils seront exposés à un risque particulièrement élevé si ces ressources ne sont pas réaffectées pour appuyer d'autres composantes de programmes de vaccination lorsque la poliomyélite aura été éradiquée.

Références

- OMS. Vaccins anti rougeoleux. *REH*, 2004, 79, 130-142.
- Borderon JC, Goudeau A., Barthez MA - Rougeole. (I) Le virus, aspects épidémiologiques et cliniques. *Encycl. Méd. Chir., Maladies infectieuses*, 8-050-G-10, 2007.
- Borderon J.C., Goudeau A. (II) Rougeole. Diagnostic, traitement et prophylaxie. *Encycl. Méd. Chir., Maladies infectieuses*, 8-050-G-11, 2007.
- Muscat M., Bang H., Van Wohifahrit J. et coll. Measles in Europe: an epidemiological assessment. *Lancet*, 2009, 373, 383-389.
- OMS. Vaccins contre la rougeole : note d'information de l'OMS. *REH*, 2009, 84, 349-360.
- InVs. Numéro thématique. Rougeole. Données sur une épidémie en France et en Europe en 2008. *BEH*, 2009, 39-40, 413-440.
- 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.
- OMS. Rougeole. Aide-mémoire n° 286. Octobre 2011.
- OMS. Nomenclature des virus rougeoleux : mise à jour 2012. *REH*, 2012, 87, 73-80.
- OMS. La rougeole dans la Corne de l'Afrique, 2010-2011. *REH*, 2012, 87, 329-336.
- OMS. Progrès accomplis dans la lutte mondiale contre la rougeole et l'élimination régionale de la rougeole, 2000-2011. *REH*, 2013, 66, 233-240.
- OMS. Progrès en vue de la pré-élimination de la rougeole dans la Région africaine. 2011-2012. *REH*, 2014, 89, 141-150.
- OMS. Progrès vers l'élimination de la rougeole. Région de la Méditerranée occidentale. *REH*, 2014, 89, 257-264.
- OMS. Progrès dans le monde en vue de l'élimination de la rougeole dans les Régions. *REH*, 2014, 89, 509-516.
- Bénié B.V.J., Attoh-Touré H., Aka L.N.B. et al. Evaluation du diagnostic de la rougeole à partir des fluides gingivaux en Côte d'Ivoire. *Bull. Soc. Pathol. Exot.*, 2015, 108, 262-264.
- OMS. Réunion du groupe spécial international pour l'éradication des maladies, novembre 2015. *REH* 2016 ; 91 : 61-71.
- OMS. Soutien du Réseau mondial de laboratoires de la rougeole et de la rubéole à la réalisation des objectifs d'élimination, 2010-2015. *REH* 2016 ; 91 : 240-246.
- OMS. Couverture de la vaccination systématique dans le monde, 2015. *REH* 2016 ; 91 : 737-743
- OMS. Progrès accomplis dans le monde en vue de l'élimination régionale de la rougeole, 2000-2015. *REH* 2016 ; 91 : 425-435.

