

Les oreillons: de l'histoire ancienne?

Dr méd. Philipp Jent^a, Prof. Dr méd. Christoph Berger^b, Prof. Dr méd. Sven Streit^c,
PD Dr méd. Rami Sommerstein^a

^a Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital, Universität Bern; ^b Abteilung Infektiologie und Spitalhygiene, Universitäts-Kinderspital, Universität Zürich; ^c Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern



En raison de l'incidence en déclin des oreillons depuis l'introduction d'un vaccin efficace, cette maladie infectieuse a perdu en importance, y compris en tant que diagnostic différentiel. Dans le cadre d'une épidémie d'oreillons survenue en 2017, le manque de connaissance de cette affection ont conduit à des examens, hospitalisations et soins intensifs inutiles.

Contexte

Les oreillons sont une maladie infectieuse très contagieuse (ancienne dénomination: «parotidite épidémique»), qui est causée par le virus ourlien, un virus enveloppé à ARN simple brin de la famille des *Paramyxoviridae*. En Suisse, un vaccin vivant basé sur la souche virale Jeryl Lynn atténuée a été introduit dans les années 1960 (depuis 1998, il existe également une souche dérivée de Jeryl Lynn [RIT 4385]). Une autre souche vaccinale (Rubini) n'est aujourd'hui plus utilisée car plusieurs études ont montré un effet protecteur insuffisant [1], raison pour laquelle l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) déconseillent son utilisation depuis 2002 [2].

Contrairement à la plupart des pays européens et aux Etats-Unis, les oreillons ne sont pas une maladie à déclaration obligatoire en Suisse et il n'existe dès lors pas de données fiables concernant le nombre de cas. Aux Etats-Unis, les cas d'oreillons avaient drastiquement chuté après l'introduction du vaccin, passant de plus de 180 000 cas par an à quelques centaines par an [3]. Toutefois, depuis le début des années 2000, de grandes épidémies avec plusieurs milliers de malades ont à nouveau été observées à la fois aux Etats-Unis et en Europe. Les causes qui en sont à l'origine sont discutées plus bas. Durant l'ère pré-vaccinale, l'infection touchait avant tout les enfants âgés de 5 à 9 ans, tandis que depuis ces dernières années, elle affecte en premier lieu les jeunes adultes.

Manifestations cliniques

Les oreillons sont transmis par contact avec de la salive, des sécrétions respiratoires (toux, éternuements) et, dans une moindre mesure, des surfaces [4]. Les malades sont typiquement très contagieux durant la période allant de 3 jours avant jusqu'à 5 jours après le dé-

but de la parotidite [3]; le taux de reproduction de base (R_0) est de 10–12.

La figure 1 présente l'évolution typique des oreillons. Après une période d'incubation de 12–25 jours, un syndrome inflammatoire non spécifique (phase prodromique: fièvre, malaise, céphalées) survient chez env. 70% des patients, tandis que 30% des infections ont une évolution subclinique [5]. Plus de 95% des malades symptomatiques développent 2 jours plus tard une parotidite auto-limitante le plus souvent bilatérale (dans 90% des cas). D'autres glandes sont aussi parfois touchées (sialadénite touchant plusieurs glandes salivaires dans 10% des cas, pancréatite dans 4% des cas). La tuméfaction parotidienne douloureuse débute devant le lobe de l'oreille et s'étend en direction caudale et ventrale sur une période de 2–3 jours, avec un angle mandibulaire de plus en plus effacé et un gonflement diffus des tissus mous (fig. 2), puis elle persiste durant environ 1 semaine. Le gonflement des joues en cas d'oreillons est de consistance molle alors qu'à l'inverse, une parotidite bactérienne se traduit par un gonflement dur et très douloureux. Les patients atteints des oreillons se plaignent souvent en plus d'otalgies et de douleurs lors de la mastication.

La complication la plus fréquente des oreillons est l'orchite (le plus souvent unilatérale; 20% chez les hommes post-pubertaires), qui survient 4–8 jours après le début de la parotidite. Dans 40–70% des cas, l'orchite entraîne une atrophie testiculaire, mais il en résulte rarement une hypospermie permanente (13% plus fréquente chez les jeunes adultes avec antécédents d'orchite ourlienne que dans le groupe contrôle [6, 7]). Chez les femmes, une ovarite s'observe dans 5% des cas, mais les répercussions sur la fertilité ne sont pas connues.

Les oreillons s'accompagnent dans 15% des cas d'une méningite aseptique cliniquement manifeste, et une pléiocytose lymphocytaire du liquide céphalo-rachi-



Philipp Jent

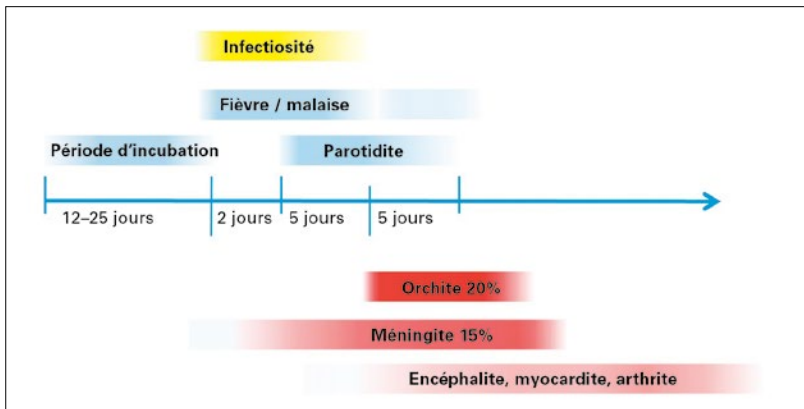


Figure 1: Evolution temporelle typique des oreillons.

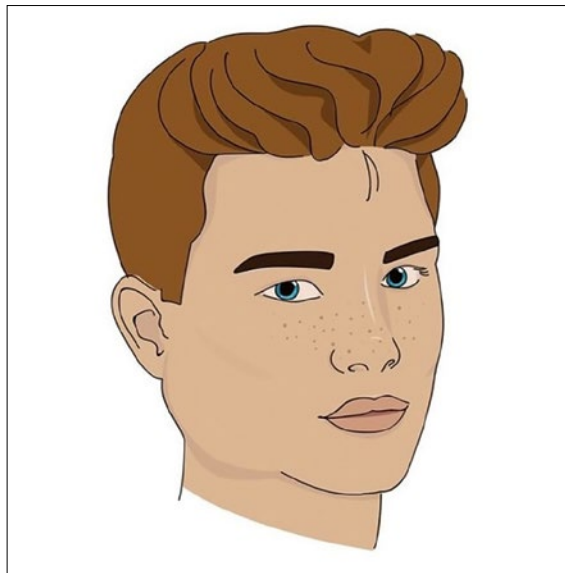


Figure 2: Contour des joues et du cou en cas de parotidite avec angle mandibulaire effacé (lymphadénopathie cervicale non spécifique en règle générale surtout sous l'angle mandibulaire) (© Zoe Hegg, Instagram @illustrationsbymoii).

dien (LCR) est même retrouvée chez la moitié des malades. Toutefois, l'évolution de la méningite est normalement bénigne. Avant l'introduction de la vaccination, les oreillons étaient la cause la plus fréquente de méningites virales et de pertes auditives chez les enfants. Il arrive que la méningite survienne déjà avant la parotidite et dans 50% des méningites ourliennes diagnostiquées, aucune parotidite n'est retrouvée. Parmi les formes plus rares d'atteinte du système nerveux central figurent l'encéphalite chez 1 malade sur 6000 (mortalité 1%), le syndrome de Guillain-Barré, la parésie faciale et la myélite. Une surdité permanente, le plus souvent unilatérale, survient chez 1 patient sur 15 000. Par ailleurs, des altérations de l'ECG (telles que dépressions du segment ST et ondes T aplaties ou inversées) s'observent chez 15% des patients atteints des oreillons, mais les myocardites cliniquement mani-

festes sont très rares. D'autres complications très rares sont les arthrites auto-limitantes, la cholécystite acalculuse, la thyroïdite et la kératoconjonctivite [4, 5].

La question de savoir si l'infection est à l'origine d'une augmentation des avortements spontanés en début de grossesse est controversée [8].

Au cours des dernières grandes épidémies, de plus faibles taux de complications ont été observés, avant tout car les infections survenant chez les sujets préalablement vaccinés sont responsables d'une affection moins sévère avec moins de complications [9].

Diagnostic et traitement

La définition clinique des oreillons la plus utilisée est la suivante: parotidite aiguë persistant durant plus de 2 jours, sans autre explication manifeste (par ex. sialolithiase). Les diagnostics différentiels de la parotidite ourlienne sont présentés dans le tableau 1. Toutefois, la valeur prédictive positive de la définition clinique est limitée en dehors des épidémies, raison pour laquelle un diagnostic de laboratoire est indiqué dans la plupart des cas, et particulièrement dans les cas atypiques (parotidite unilatérale ou absente, méningite isolée). L'hémogramme montre des altérations peu spécifiques, telles qu'une leucopénie avec lymphocytose relative, mais une leucocytose s'observe parfois aussi. L'amylase sérique est typiquement élevée. En cas de méningite, une pléocytose du LCR, avec des valeurs généralement comprises entre 10 et 800 cellules/ μ l, est retrouvée [10]. Hormis durant la phase précoce, celle-ci est à prédominance lymphocytaire. La concentration de protéines dans le LCR est le plus souvent normale à légèrement accrue, et la concentration de glucose dans le LCR est normale à légèrement diminuée.

Au cours de la phase précoce de la maladie, la RT-PCR (réaction de polymérisation en chaîne par transcriptase inverse) visant à détecter le virus ourlien et réalisée sur un prélèvement buccal au niveau du canal excréteur de la parotide, idéalement après massage de la parotide, permet de poser le diagnostic. Chez les personnes non vaccinées, la RT-PCR reste positive jusqu'à env. 11 jours après le début de la parotidite, tandis que chez les personnes vaccinées, elle reste souvent uniquement positive durant 1-3 jours après le début de la parotidite [3]. Le diagnostic sérologique est utile au cours de la phase ultérieure de la maladie. Les anticorps IgM sont détectables dans les 5 jours suivant le début des symptômes et ils restent positifs durant des semaines voire des mois [11]. En cas d'IgM négatifs au cours des premiers jours de la maladie et de suspicion clinique persistante, la sérologie devrait être répétée

Tableau 1: Principaux diagnostics différentiels de la parotidite ourlienne: une distinction fiable basée exclusivement sur le tableau clinique n'est souvent pas possible.

Diagnostic différentiel	Critère de différenciation
Sialolithiase, sialadénite bactérienne	Le plus souvent unilatérale. Induration et douleurs intenses (à l'inverse, la parotidite ourlienne provoque plutôt un gonflement mou). Canal excréteur de la glande salivaire également gonflé. Gonflement lors de l'ingestion de nourriture.
Pneumoparotide EBV, CMV	Anamnèse: pratique d'un instrument à vent, souffleurs de verre. Outre une lymphadénite, ces virus peuvent également provoquer une parotidite, dans quel cas une distinction clinique n'est guère possible. Souvent, splénomégalie et altérations de l'hémogramme. Attention: via une réaction croisée, l'EBV entraîne parfois des IgM anti-virus ourlien faussement positifs.
Virus influenza, virus para-influenza, adénovirus et virus coxsackie	Dans de rares cas, également parotidite. Symptômes des voies respiratoires supérieures, la distinction clinique peut s'avérer difficile.
VIH	Le plus souvent, avant tout lymphadénopathie, mais peut également causer une parotidite bilatérale, dans quel cas la distinction clinique est impossible.
Syndrome de Sjögren/Mikulicz	Symptômes secs, manifestations cliniques subaiguës, indolore
Boulimie, cachexie	Anamnèse, hypertrophie parotidienne indolore
Tumeur parotidienne	Manifestations cliniques subaiguës, symptômes systémiques minimes
Lymphadénopathie cervicale d'autre étiologie	La tuméfaction ne débute généralement pas devant l'oreille, angle mandibulaire non effacé. Symptômes supplémentaires de la maladie de base.

EBV = virus Epstein-Barr; CMV = cytomegalovirus; VIH = virus de l'immunodéficience humaine

après 5–7 jours. Chez les individus vaccinés, le diagnostic sérologique est fortement compliqué, car l'élévation des IgM fait parfois totalement défaut ou s'observe uniquement plus tard. En cas de méningite, une RT-PCR visant à détecter le virus ourlien dans le LCR permet de poser le diagnostic.

Il n'existe pas de traitements spécifiques contre les oreillons, les options thérapeutiques se limitant à des mesures symptomatiques, telles que les anti-inflammatoires non stéroïdiens, le paracétamol et les compresses froides pour soulager la douleur.

L'expérience faite lors d'une épidémie survenue en 2017 dans une école de recrues a montré que le manque de connaissances de la maladie a conduit à des mesures inutiles, telles que des examens radiologiques (par ex. tomodensitométrie du pharyngo-larynx), des hospitalisations, des soins intensifs et des antibiothérapies à large spectre. Malgré des mesures d'isolement et de quarantaine adéquates et une couverture vaccinale à deux doses élevée (91%), l'épidémie s'est rapidement propagée, 19% de tous les soldats de la caserne ayant contracté la maladie [12].

Débat actuel autour de l'immunité décroissante et de l'administration d'une troisième dose de vaccin ROR pour combattre les épidémies

Au vu des possibilités thérapeutiques limitées et de l'infectiosité élevée du virus, la prévention et la lutte contre les épidémies sont d'autant plus importantes. L'OFSP recommande deux doses de vaccin combiné rougeole-oreillons-rubéole (ROR) à 1 mois d'intervalle

(en règle générale, à l'âge de 12–15 mois, plus tôt chez les nourrissons à risque). Les personnes ayant été vaccinées avec la souche Rubini, qui est insuffisamment efficace (voir ci-dessus), devraient recevoir au minimum une dose supplémentaire de vaccin d'une autre souche vaccinale.

La composante anti-ourlienne de la vaccination combinée ROR au moyen des souches vaccinales actuelles Jeryl Lynn et RIT 4385 est certes efficace, avec un effet protecteur estimé de 77% après une dose et de 88% après deux doses [13], mais la maladie peut également toucher les personnes vaccinées et l'effet protecteur du vaccin anti-ourlien est celui qui dure le moins longtemps parmi les trois composants du vaccin combiné. La résurgence de nouvelles grandes épidémies depuis le début des années 2000, à la fois aux Etats-Unis, en Europe, en Asie et en Australie [14–16], a donné naissance à des discussions quant à l'immunité décroissante. Sur le plan sérologique, une nette diminution des titres d'anticorps neutralisants est constatée 10 ans après l'administration d'une deuxième dose de vaccin ROR [17], et cette constatation se confirme également sur le plan épidémiologique [18]: durant l'adolescence, l'efficacité vaccinale spécifique à l'âge tombe sous le seuil d'immunité grégaire de 90%. Lors d'une grande épidémie survenue en 2015 aux Etats-Unis, les étudiants dont la vaccination remontait à longtemps présentaient ainsi un taux de maladie 11 fois plus élevé que ceux qui avaient été vaccinés récemment [19]. Durant l'épidémie préalablement mentionnée qui était survenue dans une école de recrues suisse en 2017, le taux de maladie parmi les individus totalement vaccinés (deux doses ou plus) s'élevait à 0% en cas de vaccination au cours de l'année

Correspondance:
Dr méd. Philipp Jent
Universitätsklinik
für Infektiologie
Inselspital
Freiburgstrasse 16p
CH-3010 Bern
philipp.jent[at]insel.ch

précédente et à 13,9% en cas de vaccination plus ancienne [12]. Une autre raison pouvant expliquer les épidémies survenues au cours des dernières années est que ces épidémies étaient principalement causées par le génotype G, une souche virale contre laquelle les souches vaccinales atteignent des titres d'anticorps neutralisants moins élevés [17]. Une étude de modélisation a néanmoins révélé que ce facteur contribuait nettement moins aux épidémies actuelles que l'immunité qui diminue avec la durée depuis la vaccination [20].

Au cours des dernières années, le bénéfice d'une troisième dose de vaccin ROR a été évalué. Chez les jeunes adultes, une troisième dose de vaccin ROR est associée à une élévation significative du titre d'anticorps neutralisants, mais cette élévation recommence à décliner déjà après 1 an [21]. Durant une épidémie d'oreillons survenue chez 259 personnes dans une université, une

troisième dose de vaccin ROR a été testée pour combattre l'épidémie. Grâce à la troisième dose de vaccin, le risque de contamination a pu être diminué de 60% déjà après 7 jours, et même de 78% après 28 jours [19]. Sur la base de cette étude et de deux autres études de plus petite taille, les autorités sanitaires américaines recommandent en cas d'épidémie la vaccination des personnes de contact potentielles avec une troisième dose de vaccin ROR pour autant qu'il n'y ait pas de contre-indication, telle qu'immunosuppression ou grossesse. Toutefois, cette recommandation vaut uniquement pour le contexte épidémique (au minimum trois cas de maladie avec une corrélation spatio-temporelle [3]); les données actuellement disponibles ne permettent pas de tirer de conclusions quant à l'efficacité vaccinale gagnée avec une troisième dose en cas de vaccination non ciblée. Il n'est pas recommandé de procéder à des déterminations des titres d'IgG anti-virus ourlien pour vérifier la protection vaccinale. L'OFSP n'a pour l'heure pas émis de recommandation concernant la vaccination avec une troisième dose pour combattre les épidémies.

Quoi qu'il en soit, il est judicieux de procéder à un isolement «gouttelettes» des malades en cas d'épidémies survenant dans le milieu hospitalier et à une exclusion durant la phase d'infectiosité (jusqu'au Jour 5 après le début de la parotidite) en cas d'épidémies survenant dans des écoles ou d'autres structures communautaires.

Questions ouvertes

Des études supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir tirer des conclusions quant au bénéfice d'une troisième dose de vaccin ROR en dehors du contexte épidémique. Pour l'instant, seules les études mentionnées portant sur l'évolution du titre des anticorps neutralisants après une troisième dose de vaccin suggèrent que l'effet protecteur additionnel est de plutôt courte durée [21]. Durant l'épidémie d'oreillons survenue dans une école de recrues suisse, des cas de maladie ont également été observés chez des sujets exposés qui avaient reçu trois doses de vaccin ROR, lorsque la troisième vaccination remontait à plus d'1 an [12].

Remerciements

Nous remercions Zoe Hegg pour la préparation de la figure 2 (Instagram @illustrationsbymo).

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.medicalforum.ch

L'essentiel pour la pratique

- L'incidence des oreillons est à nouveau en nette augmentation à l'échelle mondiale, y compris dans les pays avec une couverture vaccinale élevée. Les oreillons constituent un diagnostic différentiel majeur en cas de gonflement du cou et des joues, y compris chez les personnes vaccinées!
- Manifestation typique des oreillons: tuméfaction parotidienne qui se propage en direction caudale et ventrale (angle mandibulaire effacé), accompagnée d'un syndrome inflammatoire.
- Chez les personnes vaccinées, les complications sont rares, à l'exception de l'orchite qui est relativement fréquente. En raison de l'infectiosité élevée du virus et même à partir d'un seul cas, de grandes épidémies dans des populations vaccinées sont également possibles.
- Diagnostic: durant la phase précoce, RT-PCR visant à détecter le virus ourlien dans un prélèvement réalisé au niveau du canal excréteur de la parotidite; à partir du Jour 5 de la maladie, également sérologie (IgM).
- Aucun traitement spécifique contre les oreillons n'est connu et les mesures se limitent au traitement symptomatique.
- Toutes les personnes ayant été vaccinées avec le vaccin ROR contenant la souche Rubini insuffisamment efficace en tant que composante anti-ourlienne (jusqu'à 2003) devraient à nouveau être vaccinées avec au minimum une dose d'une autre souche vaccinale.
- Durant la phase d'infectiosité (jusqu'au Jour 5 après le début de la parotidite), les malades devraient faire l'objet d'un isolement «gouttelettes» dans le contexte hospitalier et d'une exclusion dans le contexte des écoles et des structures communautaires (par ex. casernes, institutions pour enfants).
- En cas d'épidémie (3 malades ou plus, en particulier dans les structures communautaires), une vaccination ROR supplémentaire des personnes de contact potentielles doit être envisagée en l'absence de contre-indications (grossesse, immunosuppression). En dehors des épidémies, une troisième dose de vaccin ROR ne peut pour l'heure pas être recommandée.