

ITEM 165

Oreillons

Connaissances pour la validation du 2^e cycle des études médicales

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Savoir définir les oreillons
B	Éléments physiopathologiques	Connaître le tropisme du virus des oreillons et les modalités de transmission
A	Diagnostic positif	Savoir faire le diagnostic des oreillons
B	Diagnostic positif	Connaître les modalités évolutives des oreillons
A	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques des complications des oreillons
B	Examens complémentaires	Connaître les indications des examens complémentaires en cas de suspicion d'oreillons
B	Examens complémentaires	Savoir comment confirmer les oreillons
B	Prise en charge	Connaître les modalités thérapeutiques des oreillons
A	Prise en charge	Connaître les moyens préventifs des oreillons

1 Bases pour comprendre

A Infection virale aiguë, contagieuse, le plus souvent bénigne.

B 1. MICROBIOLOGIE

- Virus ourlien (virus à ARN de la famille des *Paramyxoviridae*).

B 2. PHYSIOPATHOLOGIE

- Virus à **tropisme** :
 - **glandulaire** (parotidite, orchite, pancréatite),
 - **neurologique** (méningite, encéphalite rarement).
- **Réservoir strictement humain**
- **Transmission interhumaine directe** :
 - contamination par inhalation de gouttelettes de salive émises par une personne malade ou par contact direct avec la salive d'un sujet malade,
 - contagiosité : de 2 jours avant à 4 jours après les premiers symptômes.
- Immunité durable après la maladie.
- Protection vaccinale efficace.

B 3. ÉPIDÉMIOLOGIE

- Répartition géographique
 - Infection endémique dans le monde.
 - Épidémiologie des oreillons en France transformée depuis l'introduction de la vaccination anti-ourlienne combinée à celle contre la rougeole et la rubéole (ROR) : chute de l'incidence.
 - Couverture vaccinale en France encore insuffisante pour espérer une éradication.
 - Majorité des cas à l'école, mais survenue tardive de plus en plus fréquente (après la puberté).
- Fréquence des formes asymptomatiques (un cas sur trois).

2 Diagnostic

1. DIAGNOSTIC POSITIF

Clinique

- **Le diagnostic est essentiellement clinique** et doit être évoqué en cas de contact récent et/ou d'absence de vaccination ou de vaccination incomplète.
- **Incubation** : longue, 15-24 jours (19 jours en moyenne).
- **Invasion** : brève, 24 h-48 h marquée par : fièvre modérée, otalgie et gêne à la mastication.
- **Phase d'état : parotidite ourlienne dans 70 % des cas**
 - Parotide tuméfiée et douloureuse, **atteinte d'abord unilatérale puis bilatérale** qui refoule le lobule de l'oreille en haut et en dehors, comble le sillon rétro-maxillaire et peut donner au visage un aspect en forme de poire.
 - À l'examen :
 - turgescence de l'orifice du canal de Sténon,
 - glandes parotides douloureuses,
 - signes généraux peu marqués chez l'enfant, plus marqués chez l'adolescent et l'adulte.
 - Peuvent être associées : pharyngite, adénopathies prétragiennes et sous-angulo-maxillaires, atteinte des glandes sous-maxillaires et sublinguales, céphalées.
- **Guérison spontanée en 8 à 10 jours.**

Les autres formes cliniques et complications

Il s'agit de localisations glandulaires extra-salivaires ou de localisations extra-glandulaires. Elles peuvent apparaître avant la parotidite ourlienne ou accompagner la parotidite ourlienne ou être isolées.

Orchite et/ou épидидymite ourlienne

- Chez le sujet pubère, 4-8 jours après la parotidite.
- Recrudescence fébrile, douleurs testiculaires à irradiation abdominale.
- Tuméfaction très douloureuse du testicule lui-même, accompagnée d'une réaction inflammatoire de la vaginale (transillumination), du scrotum voire du cordon spermatique.
- Unilatérale le plus souvent.
- Évolution favorable en 1 à 2 semaines.
- Atrophie testiculaire séquellaire dans 50 % des cas, stérilité rare.

Pancréatite ourlienne

- Atteinte rare (4 % des cas).
- Elle peut être isolée ou succéder à la parotidite ourlienne.
- Le plus souvent asymptomatique ou peu sévère (tableau de pancréatite aiguë).
- Imagerie : pancréatite œdémateuse.
- Guérison spontanée sans séquelles.

Autres atteintes glandulaires exceptionnelles : ovarite, mastite

Elles sont possibles en période post-pubertaire.

Localisations neuroméningées

- **Les plus fréquentes des localisations extra-glandulaires.**
- **Méningite lymphocytaire**
 - Fréquente, souvent infra-clinique.
 - Avant ou après la parotidite, sans atteinte glandulaire dans un cas sur deux.
 - Évolution favorable sans séquelle.
- **Encéphalite**
 - Rare (1 % des cas).
 - Décès dans 1-5 % des cas.
 - Tableau d'encéphalite parfois prolongé (troubles de la vigilance, signes déficitaires, crises convulsives). Atteinte spécifique du contingent auditif de la 8^e paire crânienne se traduisant par une surdité parfois définitive.
- Possibilité de myélite et de polyradiculonévrite aiguë.

B

2. DIAGNOSTIC PARACLINIQUE

Les examens complémentaires ne sont utiles qu'en cas de doute diagnostique ou de localisation extra-parotidienne isolée.

- Orientation diagnostique
 - Absence d'hyperleucocytose.
 - Hyperamylasémie (en cas de parotidite ou de pancréatite).
- Confirmation diagnostique
 - Détection du virus par RT-PCR à partir d'un échantillon de sang, de salive ou de liquide cébrospinal dans les 4 premiers jours suivant le début des symptômes, ou sérologie en l'absence de vaccination antérieure.

A

Les oreillons, c'est

- Une maladie bénigne, contagieuse, à réservoir humain.
- Une parotidite bilatérale, le plus souvent.
- Une méningite, parfois.
- Une orchite unilatérale, moins souvent.
- Le diagnostic est clinique.
- Depuis janvier 2018, la vaccination par le ROR est obligatoire chez les enfants (1^{re} dose à 12 mois, 2nde dose entre 16 et 18 mois).

3 Traitement

B

Traitement uniquement symptomatique : repos, paracétamol, port de suspensoir si orchite.

Quand un cas se déclare dans une collectivité (ex. : école), l'éviction du cas n'est pas obligatoire et les sujets contacts, outre l'information de l'existence d'un cas dans la collectivité, doivent bénéficier d'une 3^{ème} dose de ROR (même si 2 doses avaient été correctement administrées dans l'enfance). Toutefois, la fréquentation de la collectivité en phase aiguë n'est pas souhaitable.

4 Prévention

A

La prévention repose sur la vaccination. Tous les enfants, à l'âge de 18 mois, doivent avoir reçu 2 doses du vaccin trivalent contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. La première dose est administrée à 12 mois quel que soit le mode de garde. La seconde dose est administrée entre 16 et 18 mois (Cf. item 146). Il n'existe pas de vaccin monovalent en France.

Pour en savoir plus

- Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
- Survenue de maladies infectieuses dans une communauté. Guide des conduites à tenir. Rapport du 28 septembre 2012. Haut Conseil de la Santé Publique. https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120928_maladieinfectieusecollectivite.pdf