Question mise à jour le 11 février 2005

INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

MALADIES INFECTIEUSES

Les oreillons

I-7-97

Dr Tatiana GALPERINE
Chef de Clinique Assistant

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Les oreillons

Objectifs :

– Diagnostiquer les oreillons.

A - Physiopathologie

1. Le virus

- Le virus ourlien est un paramyxovirus.
- Il induit une immunité durable présente chez 90% des sujets à l'âge adulte.

2. Pathogénicité

- Après contact étroit, le virus pénètre l'hôte par les cellules épithéliales des voies aériennes où il se multiplie durant la période d'incubation.
- Puis il dissémine par voie sanguine (virémie) durant la période d'invasion.
- A la période d'état, le virus se fixe sur les organes glandulaires et nerveux (tropisme spécifique).
- Le virus s'élimine surtout par la salive, mais aussi par les urines dans les premiers jours de la maladie.

B – Epidémiologie

- Réservoir strictement humain.
- Fréquence maximale de la maladie entre 4 et 9 ans. Les nourrissons sont exceptionnellement atteints car protégés par les anticorps maternels. 15 % des cas surviennent après la puberté, et peuvent donner des formes plus sévères, notamment extra-glandulaires.
- L'incidence de la maladie diminue grâce à la généralisation de la vaccination chez le jeune enfant.
- Transmission directe par voie aérienne (possible par contact direct avec la salive).
- La contagiosité est élevée pendant 2 semaines en moyenne : une semaine avant et une semaine après l'apparition des symptômes.

C - Diagnostic clinique

- Les formes inapparentes sont les plus fréquentes.

1. Période d'incubation

- Cliniquement latente, elle dure de 18 à 21 jours.

2. Localisations glandulaires

a) Parotidite et atteinte des autres glandes salivaires

– La parotidite est la manifestation clinique la plus fréquente.

– Elle réalise une tuméfaction d'abord unilatérale, puis bilatérale souvent asymétrique, qui efface le sillon rétro mandibulaire, refoule en dehors le lobule de l'oreille. La glande est ferme, douloureuse, de consistance élastique.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– La peau en regard est souvent congestive.
– L'examen endo buccal montre une rougeur et une turgescence de l'orifice du canal de Stenon.
– Des adénopathies satellites (pré-tragiennes et sous-angulo mandibulaires) sont palpées.
– L'atteinte des glandes sous-maxillaires et/ou sublinguales est fréquente.
– Les signes généraux sont peu marqués (fièvre peu importante).
– L'évolution est simple dans la forme commune :
  * La fièvre disparaît en moins d'une semaine.
  * La parotidite atteint son maximum en 2 à 6 jours puis régresse en 6 à 10 jours sans suppuration ni séquelles.

b) Atteintes glandulaires extra-salivaires

– Ces atteintes surviennent avant, pendant ou après l'atteinte salivaire.
– **Orchite :**
  * Rare chez l'enfant, s'observe surtout après la puberté, et représente la principale localisation glandulaire extra-salivaire de l'adulte.
  * Tableau associant : fièvre élevée, frissons, nausées, douleurs scrotales intenses irradiant vers la cuisse et l'abdomen avec un scrotum oedématié, tendu, violacé et un testicule augmenté de volume, fréquemment associé à une épididymite.
  * L'atteinte reste unilatérale le plus souvent, mais bilatéralisation possible.
  * La guérison survient sans séquelle en une à deux semaines dans la majorité des cas.
  * L'azoospermie avec stérilité définitive est exceptionnelle et ne s'observe qu'en cas d'atrophie profonde bilatérale ou unilatérale sur testicule unique.
– **Autres atteintes glandulaires génitales :**
  * Très rares et toujours après la puberté :
  * Chez l'homme : prostatite.
  * Chez la femme : mastite, bartholinite et ovarite.
– **Pancréatite :**
  * Rare.
  * Observée aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.
  * Elle s'accompagne de douleur abdominale type solaire (douleur abdominale transfixiante, intense, s'accentuant en décubitus dorsal, diminuée par la position assise avec les genoux ramenés vers l'abdomen), parfois d'une défense abdominale, d'une reprise thermique parfois élevée, de vomissements.
  * Il existe une élévation de l'amylasémie et de l'amylasurie non spécifiques.
  * La guérison est complète en quelques jours dans la majorité des cas.
– **Autres atteintes glandulaires :**
  * Des thyroïdites ont été très rarement rapportées.

3. Localisations neuro-méningées :

● L'atteinte du système nerveux central est la principale manifestation extra-salivaire des oreillons.

a) Méningite lymphocytaire

– Relativement fréquente
– Souvent infraclinique mais pouvant constituer également le seul élément clinique de la maladie.
– La ponction lombaire montre alors un liquide clair, avec une hyper protéinorachie modérée, une réaction lymphocytaire, et très rarement une hypo glycorachie.
– L'évolution est favorable avec guérison complète sans séquelle.

b) Méningo-encéphalite ourlienne

– Rare, elle survient généralement 1 à 2 semaines après le début de la parotidite.
– Le tableau clinique associe un syndrome infectieux, un syndrome méningé et des signes de

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

souffrance cérébrale: confusion, délire, convulsions, signes déficitaires non focalisés.
– L'évolution est parfois grave avec: séquelles motrices et/ou psychiques, hydrocéphalie, décès.

c) Atteinte des nerfs crâniens
– Une surdité uni ou bilatérale peut survenir, parfois définitive et inappareillable.

d) Autres atteintes neurologiques
– Beaucoup plus rares.
– Névrite optique rétro-bulbaire, paralysie faciale périphérique, myélite, polyradiculonévrite.

4. Oreillons et grossesse :
- Au cours du premier trimestre, l'infection peut être responsable d'avortement, et au cours du troisième trimestre d'accouchement prématuré.
- Le rôle tératogène du virus n'est pas clairement établi ; il semble exister toutefois, une incidence accrue de malformations cardiaques.

D - Diagnostic biologique

1. Indication
- Inutile dans la forme commune cliniquement évidente.
- Pratiqué en cas de manifestations atténuées ou atypiques ou de localisations extra-salivaires isolées.

2. Examens d'orientation
- **Hémogramme :** variable: soit normal, soit leucopénie avec lymphocytose relative, soit hyper leucocytose en cas d'atteinte viscérale.
- **Hyper amylasémie** et **hyper amylasurie :** présentes en cas d'atteinte pancréatique ou salivaire : faible valeur d'orientation.

3. Examens de certitude
a) Isolement du virus
– Difficile à réaliser.
– Possible à partir de la salive, du LCR, et des urines après le 8ème jour.

b) Diagnostic sérologique
– La technique ELISA sur un sérum précoce permet de doser les IgM et les IgG de manière rapide et spécifique.
– Les IgM apparaissent entre le 2ème et le 5ème jour.
– La technique de fixation du complément, avec 2 sérums à 2 semaines d'intervalle est moins souvent utilisée.

E - Diagnostic différentiel

1. Parotidite ourlienne doit être distinguée de :
- Parotidites bactériennes (staphylocoque, streptocoque).
- Parotidites virales (coxsackie, échovirus..).
- Parotidites médicamenteuses (AINS).
- Parotidites toxiques (iode, plomb, mercure).
- Accident sur lithiase salivaire : déclenché par les repas.
- Maladies générales comme la sarcoïdose, le syndrome de Gougerot-Sjögren...

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

2. Orchite ourlienne doit être distinguée de :
- Orchite ou orchiépididymite bactérienne.
- **Torsion du testicule** +++.

3. Méningite ou méningo-encéphalite
- Isolée, elle impose la ponction lombaire et l'hospitalisation en urgence.

F - Traitement - prévention

1. Traitement
- **Purement symptomatique**, car il n'existe pas d'antiviral actif. Il ne permet pas d'éviter les complications.
- **Parotidite :** repos au lit, soins de bouche, antalgiques, antipyrétiques, en évitant les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez le jeune enfant.
- **Orchite :** repos au lit, anti-inflammatoires non stéroïdiens, suspensoir scrotal.
- **Pancréatite :** repos, antalgique, antiémétiques, réhydratation.
- **Méningite :** repos, antipyrétiques, antalgiques.
- **Méningo-encéphalite :** surveillance en réanimation.

2. Prévention
a) Isolement
– Eviction scolaire jusqu'à guérison clinique du malade.
– Pas de mesure particulière pour les sujets contacts.

b) Vaccination
– Type de vaccin :
  * Vivant atténué.
  * Administré en une seule injection SC ou IM.
  * Une 2ème injection permet un taux de séroconversion proche de 100%.
  * Association avec les vaccins rougeoleux et rubéoliques (PRIORIX® , RORVax®).
  * Bien toléré et efficace.
– Contre-indications :
  * Grossesse.
  * Immunodépression.
  * Allergie vraie à l'œuf.
– Calendrier vaccinal :
  * 12 mois : 1 dose (PRIORIX® , RORVax®).
  * Entre 3 et 6 ans : 2ème dose.
  * Entre 11 et 13 ans : .rattrapage pour les enfants n'ayant pas été vaccinés.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

POINTS FORTS

- Les oreillons sont dus à un *paramyxovirus* strictement humain transmis par voie aérienne.
- Ils touchent surtout l'enfant d'âge scolaire.
- L'incubation est de 18 et 21 jours.
- La contagiosité persiste une semaine avant et une semaine pendant les symptômes.
- A la phase d'état, la parotidite est la plus fréquente des manifestations glandulaires et guérit en 8 jours environ.
- Les atteintes glandulaires extra-salivaires sont rares et guérissent le plus souvent sans séquelle.
- Les 2 principales localisations sont l'orchite (observée surtout après la puberté) et la pancréatite.
- Parmi les localisations neuro méningées, on retient :
  - La méningite lymphocytaire à LCR clair : fréquente.
  - L'encéphalite: rare et grave.
  - La surdité par atteinte du VIII.
- Le diagnostic est clinique.
- Une confirmation du diagnostic peut être obtenue par une sérologie spécifique.
- L'isolement du virus dans la salive, LCR et les urines est possible.
- La prévention des oreillons repose sur un vaccin atténué recommandé dès le 12e mois de vie, avec un rappel entre 3 et 6 ans et un rattrapage possible entre 11 et 13 ans.
- L'isolement et l'éviction scolaire sont obligatoires jusqu'à guérison clinique.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier