

Il n'est jamais trop tard pour les oreillons

Drs NOËLLE MÉTRAUX^{a,*}, MILEN POPOV^{a,*}, FRANCIS VU^a et NICOLAS SENN^a

Rev Med Suisse 2017; 13: 330-3

Le diagnostic des oreillons, bien que rare depuis l'introduction en 1981 de la vaccination de routine chez les enfants en Suisse, est de nos jours essentiellement posé chez ces derniers et rarement chez les adultes. Il faut néanmoins y penser face à un tableau typique rencontré chez des patients adultes ou lors de présentation atypique partiellement évocatrice de cette maladie. Le diagnostic reste essentiellement clinique et le traitement symptomatique.

It's never too late to be infected with mumps

Mumps, although rare since the introduction of a systematic vaccination of children in 1981 in Switzerland, occurs principally in children and is uncommon in adults. Nevertheless, it should be considered in adult patients with a typical clinical presentation or with an atypical presentation suggesting the disease. The diagnosis is established based on the clinical presentation and the treatment is symptomatic.

INTRODUCTION

Les oreillons sont l'une des maladies infantiles que l'on peut facilement prévenir à l'aide d'une vaccination.¹ De nos jours, une atteinte chez des patients adultes reste rare notamment en raison de l'introduction d'une vaccination systématique chez les enfants en Suisse depuis 1981, mais aussi de l'immunité acquise chez les personnes nées avant 1964 considérées comme protégées en raison de la haute incidence de la maladie durant l'ère prévaccinale. Actuellement, le diagnostic reste principalement clinique dans la plupart des cas.

Nous décrivons ici le cas d'un patient âgé qui s'est présenté à la Polyclinique médicale universitaire (PMU) avec une infection ourlienne aiguë et faisons une synthèse de la littérature sur les oreillons et sa vaccination.

Cas clinique

Il s'agit d'un homme, âgé de 71 ans, sans antécédent particulier et sans vaccination rougeole-oreillons-rubéole (ROR) qui, dans la semaine qui suit son retour d'un voyage en Birmanie et en Thaïlande au début 2014, présente un état fébrile à 38°C pour une durée totale de dix jours avec des tuméfactions au niveau du visage et des

testicules. Le patient ne rapporte pas de rapport sexuel à risque. Dans ce contexte, trois semaines après son retour en Suisse, il consulte son médecin traitant qui suspecte une infection par le virus des oreillons et réalise une sérologie qui révèle la présence d'IgG et des IgM faiblement positifs.

Au vu de la persistance de l'état fébrile avec des pics de température jusqu'à 40°C associé à la tuméfaction du visage, le patient consulte à la PMU une semaine plus tard pour un second avis médical.

À l'examen clinique, nous observons un testicule droit augmenté de taille avec 8-9 cm de grand axe et indolore à la palpation, ainsi qu'une tuméfaction des régions sous-mandibulaires et jugales bilatérales.

Le bilan biologique réalisé à ce moment-là objective un syndrome inflammatoire avec leucocytose à 14,5 G/l et une perturbation des enzymes pancréatiques (amylase 101 U/l et lipase à 113 U/l). Ces résultats nous incitent à compléter le bilan par une PCR salivaire pour les oreillons (faiblement positive à 37,1 Ct) ainsi que par des hémo-cultures (3 paires stériles). En raison de ces résultats de laboratoire non concluants et au vu de l'âge du patient, pour confirmer ou infirmer le diagnostic d'oreillons, nous effectuons un dosage des IgG sur un ancien prélèvement de sérum du patient datant de 2010 (préservé dans la sérothèque du CHUV), dont le résultat est négatif pour les IgG (0,15 index (0,35-0,50 index)). La valeur des IgG mesurée dans l'échantillon prélevé chez le médecin traitant étant positive (à 2,57 index (<0,35 index)), le diagnostic d'oreillons est finalement retenu. L'évolution du patient est par la suite favorable avec un traitement symptomatique.

DISCUSSION

Afin de mieux comprendre le cas de ce patient atteint des oreillons à l'âge de 71 ans, nous avons effectué une revue de la littérature concernant cette maladie, en incluant son épidémiologie, sa physiopathologie, son diagnostic, son traitement ainsi que ses mesures préventives (vaccination).

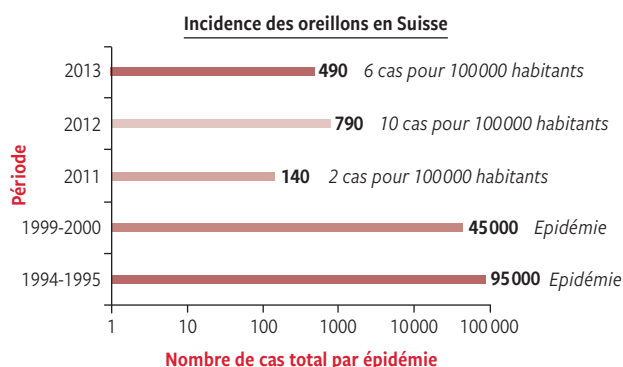
Epidémiologie

Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Suisse a connu deux épidémies relativement récentes du virus des oreillons dans les périodes de 1994-1995 et 1999-2000,² et cela en dépit de la vaccination de routine chez les enfants suisses

^a PMU, 1011 Lausanne
noelle.metraux@bluwin.ch | milen.popov@chuv.ch | francis.vu@chuv.ch
nicolas.senn@chuv.ch

* Ces deux auteurs ont participé de manière équivalente à la rédaction de cet article.

FIG 1 Cas totaux par épidémie d'oreillons en Suisse depuis 1994-1995²



introduite en 1981. Ces épidémies ont soulevé à l'époque des inquiétudes concernant la baisse de la protection immunitaire au fil du temps.³ Depuis la dernière épidémie de 1999-2000, l'incidence des oreillons en Suisse s'est révélée être fluctuante mais sans être inquiétante (figure 1).

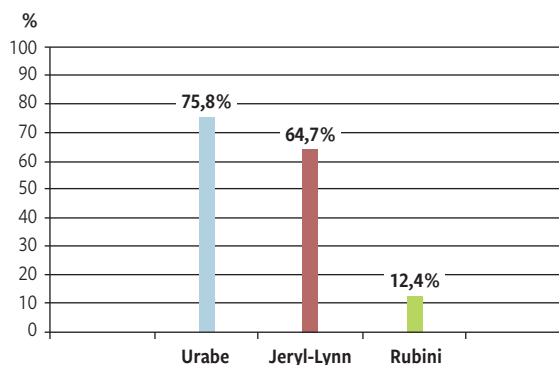
La survenue de ces épidémies peut s'expliquer par l'efficacité d'immunisation insuffisante de la souche virale Rubini contenue dans le vaccin Triviraten et utilisée en Suisse de 1987 à 1994 (figure 2).⁴

Il existe à ce jour cinq souches vaccinales: Jeryl-Lynn, Urabe, Rubini, Leningrad-Zagreb (pas de taux d'efficacité trouvé) et Leningrad-3 (pas de taux d'efficacité trouvé). L'OMS a déclaré que toutes les souches vaccinales sont acceptables pour être utilisées à l'exception de la souche Rubini en raison de son efficacité protectrice plus faible par rapport aux autres souches.⁸

Physiopathologie

Le virus des oreillons appartient à la famille des *Paramyxoviridae*, genre *Rubulavirus*. C'est un virus à un seul brin d'ARN, dont l'être humain est le réservoir naturel.⁵

FIG 2 Efficacité d'immunisation des souches vaccinales Urabe, Jeryl-Lynn et Rubini⁴



Avant l'introduction de la vaccination systématique des enfants, les épidémies du virus des oreillons survenaient surtout en hiver et au printemps. La transmission du virus a lieu par voie aérienne par l'intermédiaire de gouttelettes de salive. Il suit ensuite une phase d'incubation d'une moyenne de 21 jours⁶ avec répllication virale dans la muqueuse respiratoire puis dans le sang (virémie), puis l'apparition des symptômes (tableau 1).⁶ Le virus est excrété dans les urines et la salive. L'évolution clinique est habituellement simple, d'une durée de huit à dix jours.⁷

Diagnostic

Le diagnostic des oreillons est essentiellement clinique. Toutefois, sont observées parfois une amylasémie élevée à >100 U/l ainsi qu'une leucopénie et une neutropénie sans autre anomalie de la formule sanguine.⁷

Chez les patients présentant des symptômes classiques/typiques d'oreillons (atteinte des glandes salivaires ou âge pédiatrique), la confirmation diagnostique en laboratoire n'est pas nécessaire. Par contre, chez les patients avec une présentation clinique atypique (atteinte extra-salivaire ou âge gériatrique),

TABLEAU 1 Diverses présentations des oreillons, leurs incidences et prise en charge⁶

Organes atteints	Présentation clinique et/ou biologique	Traitements	Diagnostics différentiels	Incidences de l'infection
Parotides	Tuméfaction jugale	Analgésiques	La bilatéralité et le caractère aigu et transitoire de la tuméfaction sont caractéristiques de la maladie et en limitent ainsi le diagnostic différentiel	La plupart des cas
Glandes salivaires	Tuméfaction localisée	Analgésiques		La plupart des cas
Testicules	Augmentation de volume douloureuse avec irradiation abdomino-lombaire, état fébrile	Analgésiques et anti-inflammatoires. Suspensoir et repos	Torsion testiculaire, orchio-épididymites	<ul style="list-style-type: none"> Orchite: 25% des cas postpuberté avec atrophie testiculaire chez un tiers des patients Stérilité: rare
Ovaire	Présentation exceptionnelle	Analgésique et anti-inflammatoires et repos	Torsion d'ovaire	Annexite: 5% des cas postpuberté
Pancréas	Douleurs abdominales, vomissements, amylasémie élevée, glycosurie, possible stéatorrhée	Analgésique Hospitalisation si nécessité d'une hydratation par voie intraveineuse	Cholécystite, appendicite ectopique, péritonite, pyélonéphrite	Pancréatite: 4% des cas
Système nerveux	Méningite ou encéphalite	Traitement symptomatique	Autres causes de méningite ou encéphalite	<ul style="list-style-type: none"> Méningite lymphocytaire: 1-10% des cas Encéphalite: 0,02-0,3% des cas

la réalisation de sérologie avec dosage des anticorps IgG et IgM devrait être effectuée en première intention. Un deuxième échantillon de sérum en phase de convalescence devrait être extrait environ deux à trois semaines après le prélèvement du premier. Une augmentation de quatre fois ou plus du titre des IgG est considérée comme suffisante pour poser le diagnostic des oreillons.¹ Au niveau sanguin, les anticorps IgM se posent généralement en deux semaines et le restent pour un maximum de quatre semaines. Toutefois, les taux d'IgM peuvent être négatifs dans 50 à 60% des spécimens prélevés chez les personnes ayant été vaccinées au préalable.⁵

Une PCR à la recherche du virus ourlien par prélèvement dans la salive (au niveau du canal de Stenon) peut être envisagée dans un deuxième temps si le diagnostic reste incertain (figure 3).

Dans le diagnostic différentiel des parotidites isolées, il ne faut pas oublier les autres formes virales (coxsackies, chorioméningite lymphocytaire). Ainsi que pour une orchite isolée, il faut également penser à une origine staphylococcique ou gonococcique ou autres maladies sexuellement transmissibles.⁷

Traitement

Le traitement est principalement symptomatique et comprend l'usage d'analgésiques ou d'antipyrétiques. L'application topique de compresses chaudes ou froides au niveau de la parotide peut également être apaisante.

Les patients atteints d'une méningite ou d'une pancréatite avec nausées et vomissements peuvent nécessiter une hospitalisation pour surveillance clinique et réhydratation.

Les patients avec une orchite sont également traités de manière symptomatique avec repos au lit, la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et le port de suspensoir.

En milieu hospitalier, des mesures d'isolement sont nécessaires jusqu'à guérison clinique du patient. Une enquête d'entourage n'est pas nécessaire. Une vaccination postexpositionnelle, y compris pour les personnes immunosupprimées et les

femmes enceintes, n'est pas recommandée. La contagiosité pour le virus des oreillons débute une semaine avant l'apparition des symptômes et persiste une semaine après leur résolution.

Prévention par la vaccination

Dans le monde entier, les pratiques en matière de vaccination sont basées sur les recommandations mises à jour par l'OMS en 1998. Depuis lors, le vaccin contre les oreillons est couramment utilisé par les programmes nationaux de vaccination dans 82 pays à travers le monde.⁵

En Suisse en 1995-1996, 87% des enfants de 13-14 ans étaient vaccinés contre les oreillons. En 2001, environ 80% des enfants d'âge préscolaire, 85% des écoliers et 90% des enfants en fin de scolarité avaient reçu au moins une dose de vaccin trivalent ROR.⁸ Si on se réfère aux épidémies qui ont été observées ces dernières années dans les pays ayant mis en place la vaccination, les cas d'oreillons sont survenus majoritairement chez des sujets ayant été vaccinés au préalable avec une ou deux doses de vaccin ROR.³ Cette réalité épidémiologique rend le diagnostic des oreillons par sérologie inapproprié.

La vaccination contre les oreillons s'effectue de nos jours conjointement avec celle contre la rougeole et la rubéole par le vaccin ROR, vaccin vivant atténué, homologué en 1967 et administré en deux doses. La première dose vaccinale est injectée à 12 mois de vie et la deuxième entre 15 et 24 mois avec un intervalle minimum de quatre semaines entre les deux injections.⁸

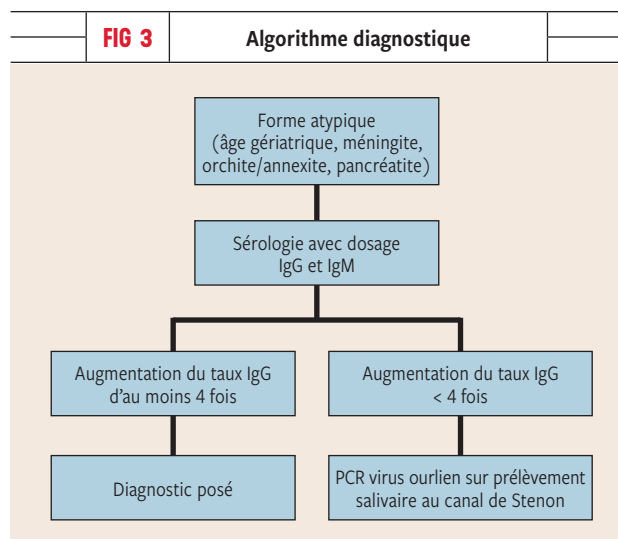
Une seule dose vaccinale de ROR protège à plus de 90% contre la rougeole et la rubéole et entre 75% et 95% contre les oreillons. La deuxième dose de vaccin procure une efficacité à > 99% selon le *Compendium suisse des médicaments*.

Le vaccin est remboursé par la LaMal et coûte entre CHF 45.- et 47.-. Il est thermolabile, raison pour laquelle une vigilance particulière doit être donnée aux conditions de sa préservation (chaîne du froid).⁸

La vaccination s'adresse à toute la population. Les personnes considérées comme étant immunes sont celles ayant déjà contracté la maladie au préalable (cela concerne les personnes nées en Suisse avant 1964), et celles qui ont reçu deux doses de ROR à au moins quatre semaines d'intervalle.⁸ Elle est contre-indiquée lors de grossesse (risque théorique d'embryopathie), lors de réaction anaphylactique (néomycine, gélatine ou à une précédente vaccination), ou lors de déficience immunitaire connue. La vaccination peut être administrée aux patients infectés par le VIH et est bien tolérée si les CD4 sont >200 cellules/ml.^{8,9} Le risque de parotidite postvaccinale est de moins de 1%.⁸

En Suisse, la vaccination ROR est effectuée chez les petits enfants depuis 1981.⁸ Le vaccin contre les oreillons a conduit à des baisses spectaculaires des cas d'infections ourliennes.

En cas de vaccination, il n'y a pas de taux d'anticorps cible connu pour attester que le patient est immun. Il est admis qu'avec deux doses, l'immunité est suffisante au vu des études effectuées.⁸ Par contre, malgré l'application de cette politique



vaccinale, les Etats-Unis ont connu en 2006 la plus importante épidémie d'oreillons depuis vingt ans. Une enquête épidémiologique détaillée a indiqué que deux doses de vaccin n'étaient vraisemblablement pas une protection optimale pour la plupart des étudiants qui avaient probablement reçu leur dernière dose dans la petite enfance. Des études complémentaires sont nécessaires pour évaluer les rôles du génotype du virus, des différences antigéniques et de la persistance de l'immunité humorale et cellulaire aux oreillons, afin de mieux comprendre leurs contributions relatives à la protection à long terme des personnes vaccinées.⁹

CONCLUSION

Comme l'illustre la situation clinique présentée dans cet article, les cas d'oreillons peuvent encore de nos jours survenir chez les personnes adultes. Le cas présenté est celui d'un adulte considéré comme étant immun au vu de son année de naissance (1942), mais celui-ci a développé une orchite, une parotidite et une pancréatite dans le cadre d'un diagnostic confirmé pour les oreillons. Il a également présenté une leucocytose, en lien avec sa pancréatite et son orchite. La revue de la littérature évoque quelques rares cas de diagnostics confirmés d'oreillons chez les personnes âgées. Ainsi, le cas d'une femme de 88 ans atteinte d'une pancréatite et parotidite à virus ourlien⁹ ainsi que deux autres cas de parotidites ourliennes chez des patients d'âge gériatrique ont été rapportés.¹⁰ Il ne semble pas que les patients âgés soient plus à risque de développer les oreillons par rapport aux personnes plus jeunes, selon l'avis d'experts. Dans la situation de notre patient, celui-ci a contracté le virus des oreillons au retour d'un voyage en Asie du Sud-Est, région qui ne pratique pas la vaccination contre les oreillons de routine.⁶

Remerciements: Au Dr Serge De Vallière pour les commentaires et conseils avisés, infectiologue à la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne, ainsi qu'au Dr Urfer, médecin traitant du patient.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

RECHERCHE DANS PUBMED

Mots-clés: mumps and geriatrics. Les articles ont été évalués pour leur pertinence par rapport à notre recherche. Nous avons ainsi trouvé trois autres cas d'oreillons chez des patients d'âge gériatrique. Ensuite, nous avons repris des articles depuis les références des premiers trouvés. Nous avons utilisé d'autres sources (UpToDate) pour les recherches sur la physiopathologie et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour l'épidémiologie notamment.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les oreillons sont devenus rares depuis la vaccination de routine des enfants en Suisse, cependant il faut y penser devant un tableau clinique typique ou atypique, y compris chez les patients adultes
- Les formes atypiques peuvent être diagnostiquées à l'aide du dosage des anticorps IgG en deux temps avec un contrôle de l'augmentation de leur taux d'un facteur quatre au minimum
- La vaccination systématique des enfants est fortement recommandée et efficace, avec deux doses à au moins quatre semaines d'intervalle

1 WHO, UNICEF. State of the World's Vaccines and Immunization. 1 ed. Geneva: World Health Organisation, 1996;169.
2 * Sentinella (Internet). Office fédéral de la santé publique 2015. Available from: www.bag.admin.ch/sentinella
3 Albrecht MA. Mumps virus vaccine 2014 (updated 04.03.2014). Available from: www.uptodate.com/contents/mumps-virus-vaccine/contributors
4 Toscani L, Batou M, Bouvier P, Schlaepfer A. Comparison of the efficacy

of various strains of mumps vaccine: a school survey. *Soz Praventivmed* 1996; 41:341-7.
5 Albrecht MA. Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and management of mumps. 2015 updated 09.07.2015. Available from: www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-diagnosis-and-management-of-mumps/contributors
6 Galazka AM, Robertson SE, Kraigher A. Mumps and mumps vaccine: a global

review. *Bull World Health Organ* 1999;77: 3-14.
7 Carrière JP, Debuissou C. Item 97: Oreillons. Diagnostiquer les oreillons 2011. Available from: http://medecine.ups-tlse.fr/dcem3/pediatric/Item_97_Oreillons.pdf
8 ** Prévention de la rougeole, des oreillons et de la rubéole (Internet). Office fédéral de la santé publique 2003. Available from: www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/02535/

index.html?lang=fr
9 Glick D. An isolated case of mumps in a geriatric population. *J Am Geriatr Soc* 1970;18:642-4.
10 Menon GN, Hasan M. Perforation of peptic ulcer during early management of myocardial infarction. *J Am Geriatr Soc* 1967;15:842-7.

* à lire
** à lire absolument