

## Rougeole: Diagnostic et prise en charge d'une maladie toujours d'actualité\*

Laurence Lacroix, Elisabeth Delaporte, Claire-Anne Siegrist, Philippe Sudre,  
Claire-Anne Wyler, Alain Gervais, Genève

La rougeole est une maladie hautement contagieuse, dont les complications ne sont pas rares, caractérisée par des symptômes respiratoires associés à un rash cutané et à un état fébrile. Malgré les recommandations fédérales de vaccination systématique par deux doses de ROR administrées à l'âge de 12 mois puis entre 15 et 24 mois, la maladie continue à se manifester en Suisse sous forme d'épidémies locales. Alors que la prise en charge des cas de rougeole est purement symptomatique, les patients en contact avec les cas index bénéficient de l'administration du vaccin ou d'immunoglobulines selon leur âge et le délai écoulé depuis le contact. Il nous paraissait donc indispensable de définir pour le praticien une attitude claire de prise en charge des cas de rougeole et des cas en contact avec les patients infectés.

### Introduction

La rougeole est une maladie hautement contagieuse se caractérisant par un exanthème généralisé associé à des symptômes respiratoires tels que toux, rhinite, conjonctivite et à un état fébrile. Un vaccin efficace disponible dès 1969 en Suisse a permis une nette diminution de la morbidité et de la mortalité liées à cette maladie. Bien que ce vaccin soit recommandé dans

le programme national de vaccination, nous assistons depuis quelques années à une recrudescence des cas de rougeole, sous forme d'épidémies locales touchant essentiellement les enfants et les jeunes adultes. Il nous paraissait donc indispensable de définir pour le praticien une attitude claire de prise en charge des cas de rougeole et des cas en contact avec les patients infectés.

### Clinique

L'agent pathogène de la rougeole est un virus à ARN de type *Morbillivirus*, transmissible par aérosolisation des gouttelettes respiratoires provenant d'un patient infecté. Le virus pénètre l'épithélium de la muqueuse respiratoire ou de la conjonctive, où il se réplique localement, avant d'atteindre le réseau lymphatique, d'où il dissémine dans la circulation sanguine<sup>1</sup>. La période d'incubation entre l'exposition et l'apparition des premiers symptômes est de huit à douze jours. Les individus sont contagieux un à deux jours avant l'apparition des premiers symptômes et restent contagieux jusqu'à quatre jours après l'apparition du rash cutané.

La phase prodromale<sup>2</sup> de la maladie dure deux à quatre jours et se caractérise par un état fébrile, un inconfort et l'apparition rapide d'une toux avec rhinite, conjonctivite avec épiphora et photophobie. Durant cette phase, et jusqu'à deux à trois jours après

l'apparition du rash cutané, peut apparaître chez 60 à 70% des patients un signe pathognomonique de la maladie: les taches de Koplik. Ces dernières sont caractérisées par des papules érythémateuses à centre blanchâtre au niveau de la muqueuse jugale, en général situées en regard des deuxième molaires et ressemblent à un grain de sel sur fond érythémateux.

Par la suite apparaît un rash maculopapulaire généralisé non prurigineux, disparaissant à la vitropression, débutant à la racine des cheveux et derrière les oreilles, s'étendant distalement jusqu'aux extrémités en confluant par endroits, puis pâlisant après trois à quatre jours pour laisser place à une coloration brunâtre et à une desquamation fine de la peau affectée. Des adénopathies multiples ainsi qu'une splénomégalie peuvent également être présentes.

Devant un tel tableau se pose le diagnostic différentiel avec d'autres entités cliniques, essentiellement la rubéole, l'infection par le virus herpès de type 6 (HSV6), la scarlatine, la maladie de Kawasaki et les réactions médicamenteuses.

### Complications

Le taux de complications liées à la maladie varie selon l'âge, la région géographique, le statut nutritionnel et l'état immunitaire de l'hôte. Le taux de mortalité est le plus élevé chez les enfants de moins de douze mois et chez l'adulte.

Les complications immédiates associées à la rougeole sont l'otite moyenne aiguë (7-9% des cas), la pneumonie (1-6% des cas), les diarrhées (8% des cas) et l'immunosuppression transitoire. Dans le canton de Genève, environ 20% des cas de rougeole nécessitent une hospitalisation. En outre, dans les pays en voie de développement, la rougeole est la cause principale de cécité chez l'enfant.

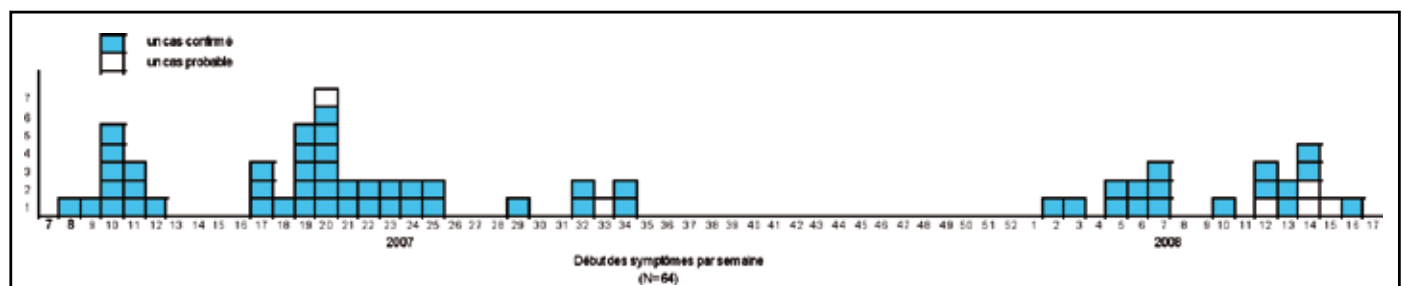


Figure 1a: Courbe épidémique des cas de rougeole, déclarations obligatoires, canton de Genève, février 2007-avril 2008.

\* Cet article est une mise à jour de l'article original, paru dans la Revue Médicale Suisse (Rev Med Suisse 2008; 4: 920-4)

Les complications neurologiques plus tardives sont réunies sous trois entités distinctes. L'ADEM (*Acute demyelinating encephalomyelitis*) survient dans un cas sur 1 000 dans les deux semaines suivant l'apparition du rash cutané. La mortalité est de 15% et la morbidité à long terme de 20 à 40%. La SSPE (*Subacute sclerosing panencephalitis*) se manifeste chez un cas sur 25 000, principalement les enfants infectés avant l'âge d'un an (immaturité immunitaire) et la mortalité est de 100%. A Genève, le dernier cas a été diagnostiqué en 2001 chez un enfant de dix-huit mois suite à une rougeole congénitale<sup>3</sup>. Finalement, l'encéphalite post-rougeoleuse, caractéristique des patients immunosupprimés, se manifeste dans les un à sept mois après l'exposition, avec une mortalité élevée, de 76 à 85%.

### Épidémie de rougeole à Genève 2007–2008

Après deux années caractérisées par l'absence de nouveaux cas à Genève, une flambée de rougeole a débuté fin février 2007, suite à une épidémie dans le canton de Lucerne. Au total, 64 cas de rougeole sont survenus entre fin février 2007 et fin avril 2008 dans le canton de Genève, soit une incidence de 14 cas pour 100'000 habitants (*figure 1a et 1b*). L'épidémie s'est également développée ailleurs en Suisse avec un total de 2'546 cas (au 29 avril 2008)<sup>4</sup>, soit une incidence

globale de 34 cas pour 100'000 habitants. Vingt-cinq pour cent des cas (179 cas / 100'000) sont survenus dans le canton de Lucerne, dont la couverture vaccinale contre la rougeole des enfants de deux ans était de 71,4%, contre 82,3% en moyenne suisse, en 2001<sup>5</sup>.

A Genève, la majorité des cas déclarés (91%) a été confirmée par un examen de laboratoire positif (70% des cas) ou par l'existence avérée d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé au laboratoire (20% des cas). L'ARN viral a été séquencé chez 15 patients. Quatorze étaient du génotype D5, identique à celui circulant dans le reste de la Suisse et un du génotype B3 (cas importé d'Ethiopie). La majorité des cas (56%) avaient entre 10 et 29 ans. Un patient sur quatre a été hospitalisé (22%) ou a présenté des complications (pneumonies 9%, otite moyenne aiguë 6%). Parmi les patients pour lesquels le statut vaccinal était connu, 98% n'étaient pas vaccinés et un cas l'était avec une seule dose. Dix chaînes de transmissions ont été identifiées, regroupant 61% des cas. Les modes de transmission pour ces 39 cas étaient familial (44%), extrafamilial (13%), scolaire (10%) et nosocomial (salle d'attente) (3%). Une éviction scolaire préemptive (quarantaine) a été préconisée et acceptée chez huit frères ou sœurs non vaccinés de malades dont six (75%) ont développé la maladie. Aucun ne l'a transmise dans les écoles ou crèches fréquentées.

### Prise en charge et contrôle épidémique à Genève

Au niveau de la collectivité, les autorités sanitaires ont mis en place un ensemble de mesures de prévention: déclaration obligatoire au médecin cantonal, surveillance accrue, identification et information des contacts quant à leur prise en charge (*figure 2*), contrôle des carnets de vaccination et information des parents des établissements concernés par la médecine scolaire, éviction scolaire des frères et sœurs non vaccinés et non immuns durant la phase d'incubation de la maladie<sup>6</sup>, information des médecins du canton et de la population.

Au niveau individuel, les mesures principales reposent sur la vaccination ou l'administration d'immunoglobulines pour les patients non immuns en contact avec un cas index. En effet, l'isolement des cas index est insuffisant puisque les individus infectés sont déjà contagieux lors des premiers prodromes, avant que la maladie ne soit déclarée.

Les personnes susceptibles d'être infectées sont celles qui ne sont pas immunisées de façon adéquate, le risque de complications étant majeur pour les enfants de moins de douze mois, les patients immunosupprimés et les femmes enceintes. Une immunisation adéquate est définie par l'un des éléments suivants: confirmation que le patient a bien reçu deux doses de ROR, évidence de taux d'anticorps IgG protecteurs ou naissance avant 1963.

### Patients présentant une rougeole déclarée

Puisque le tableau clinique évocateur n'a qu'une faible valeur prédictive positive dans les pays où l'incidence est faible, une confirmation biologique est nécessaire. Cependant, les IgM peuvent être absentes au moment de l'apparition de l'exanthème et n'apparaissent généralement qu'au troisième jour du rash. Les IgG ne sont détectables qu'au septième jour après apparition du rash et présentent une concentration maximale au quatorzième jour. Il est donc préférable de rechercher directement le virus, par culture ou plus rapidement par PCR sur un frottis oropharyngé.

En l'absence de complication nécessitant une hospitalisation, le maintien du patient à domicile est requis jusqu'à quatre jours après

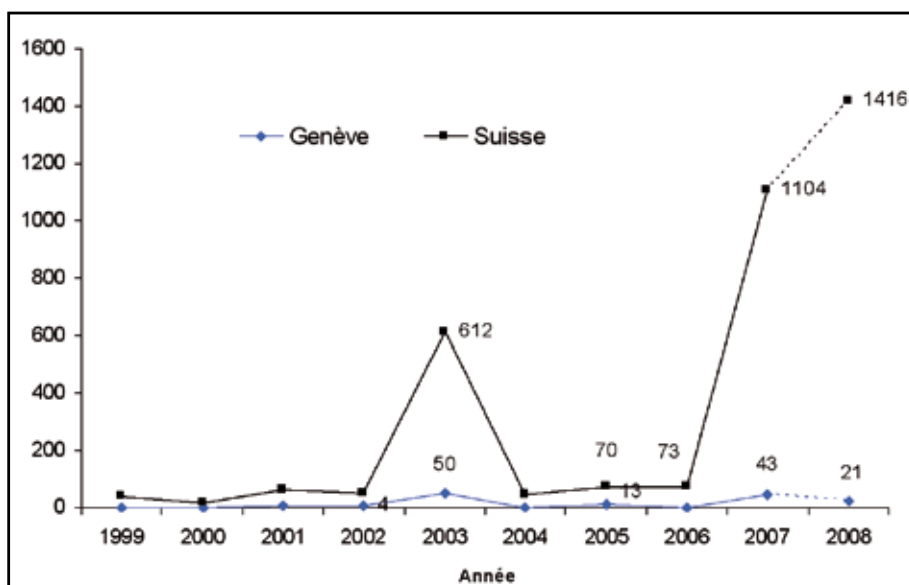


Figure 1b: Courbe épidémique des cas de rougeole, déclarations obligatoires, canton de Genève et Suisse, 1999–avril 2008

l'apparition du rash cutané, avec un traitement symptomatique. En outre, dans les pays en voie de développement, l'administration de vitamine A est recommandée.

### Patients en contact avec un cas index

La prise en charge proposée à Genève est indiquée dans la figure 2. Au-delà de l'administration du vaccin ou d'immunoglobulines, une éviction de la collectivité durant 21 jours est requise pour toute personne non immune vivant sous le même toit que l'enfant, afin d'interrompre la chaîne de transmission. Il n'est donc pas nécessaire d'appliquer ces mesures d'éviction aux

bébés de moins de 6 mois qui ont encore des anticorps maternels circulants (Ig G positifs), aux personnes qui ont déjà reçu une dose de vaccin, ni à celles qui sont vaccinées dans les 72 heures suivant l'exposition.

### Prévention primaire

A Genève, la couverture vaccinale est suivie de manière systématique au moyen de la collecte des carnets de vaccinations de tous les enfants âgés de 28 mois<sup>7)</sup>. Entre 2000 et 2005, la proportion d'enfants vaccinés avec une dose de vaccin antirougeoleux a progressé de 87,9% à 91,5%. Pour deux doses de vaccin, cette proportion se situait à 81,7% en 2005. Paradoxalement,

la couverture vaccinale est meilleure dans certains pays du tiers-monde, ce qui a permis de diminuer le nombre de décès lié à la maladie d'environ un million par an dans les années 2000 à moins de 300 000 dès 2005.

L'administration d'immunoglobulines aux patients à risque n'est efficace que dans la semaine qui suit le contact, et celle du vaccin dans les 72 premières heures seulement. Cependant, bien qu'une prévention secondaire soit possible, elle reste difficile à mettre en œuvre sur le plan pratique, rendant la prévention primaire essentielle.

Le vaccin de la rougeole est un vaccin vivant atténué, en général combiné avec le vaccin des oreillons et celui de la rubéole (ROR).

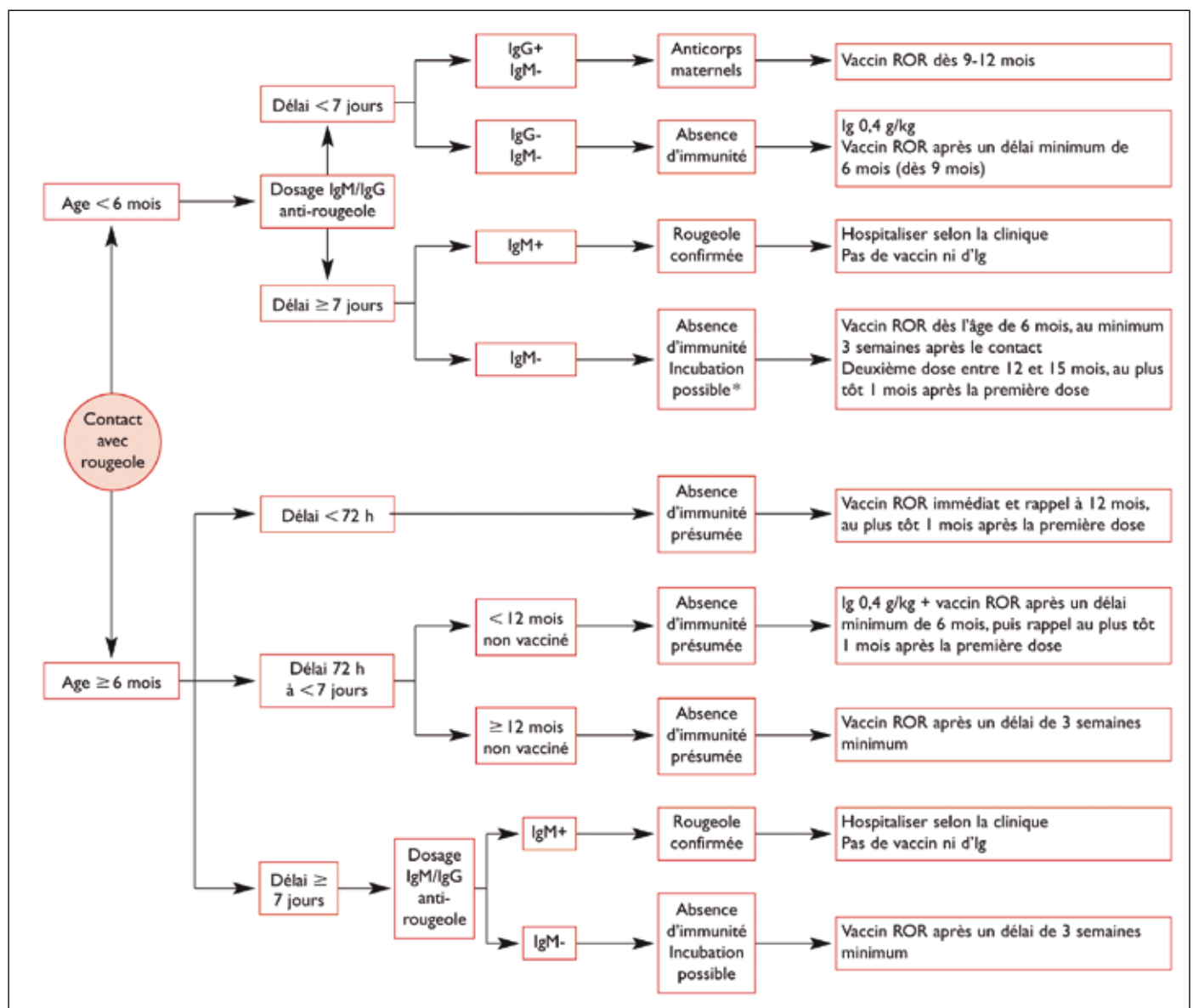


Figure 2: Algorithme de prise en charge d'un patient en contact avec un cas index

\* Au-delà de 7 jours après le contact avec un cas de rougeole, l'efficacité des immunoglobulines n'est plus prouvée. Ig: immunoglobulines.

Selon le plan de vaccination suisse<sup>8)</sup>, il est recommandé de l'administrer en deux doses, la première à l'âge de 12 mois et la seconde entre 15 et 24 mois. Il est à envisager entre neuf (voire six mois) et onze mois pour les nourrissons à haut risque (prématurés, bébés en crèche, résidence en zone endémique pour la rougeole dans cette classe d'âge). En cas de vaccination avant douze mois, il faut donner la deuxième dose dès douze mois, au plus tôt un mois après la première dose. Les effets secondaires connus du vaccin, tels que rash ou état fébrile survenant dans les six à douze jours qui suivent, peuvent se manifester chez 5 à 15% des enfants. Aucune association avec l'autisme<sup>9)</sup> ou les maladies inflammatoires intestinales<sup>10)</sup> n'a été démontrée. Après deux doses, la protection est de 95 à 98%, les premiers anticorps étant détectables après douze à quinze jours déjà. Les contre-indications à l'administration du vaccin<sup>11)</sup> sont la grossesse et l'immunosuppression sévère. L'utilisation du vaccin chez les enfants présentant une allergie à l'œuf est recommandée, provoquant tout au plus une réaction urticarienne. Certaines précautions doivent également être prises en compte chez les patients thrombocytopeniques, chez ceux ayant bénéficié de l'administration récente d'immunoglobulines ou de dérivés sanguins et chez ceux traités par stéroïdes à hautes doses. L'état fébrile associé à une infection mineure ne représente pas une contre-indication au vaccin mais lors de toute infection plus sévère, l'attente est préconisée afin de ne pas confondre les signes de la maladie de base avec ceux d'une éventuelle réaction vaccinale.

Un rattrapage vaccinal est recommandé pour toute personne non immunisée née après 1963, les personnes plus âgées étant très probablement immunes. Ces recommandations concernent particulièrement les membres du personnel soignant paramédical et médical, et les personnes professionnellement en contact avec les enfants. L'existence d'une éventuelle immunité à la rougeole, la rubéole ou les oreillons ne constitue pas une contre-indication à l'utilisation d'un vaccin ROR, les souches vaccinales «superflues» étant immédiatement neutralisées par les anticorps correspondants préexistants<sup>12)</sup>.

## Conclusion

La rougeole est une maladie hautement contagieuse qui évolue encore en Suisse

malgré les recommandations fédérales pour une vaccination systématique. La survenue d'un cas représente une urgence de santé publique. Si le traitement dépend surtout de mesures symptomatiques, la prise en charge des patients en contact avec un cas index repose sur l'administration du vaccin ou d'immunoglobulines en fonction de l'âge du patient, de son statut immunitaire et du temps écoulé depuis le contact.

## Références internet:

- [www.infovac.ch](http://www.infovac.ch)
- [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) Barinaga JL, Skolnik PR. Clinical presentation and diagnosis of measles
- [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) Bekhor D, Barinaga JL, Skolnik PR. Prevention and treatment of measles
- [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) Barinaga JL, Skolnik PR. Epidemiology and transmission of measles

## Bibliographie:

- 1) Duke T, Mgone CS. Measles: Not just another viral exanthema. *Lancet* 2003; 361: 763-73.
- 2) Cherry JD. Measles virus. In: Saunders ed. Textbook of pediatric infectious diseases, vol. 2, fifth edition.
- 3) Cruzado D, Masserey-Spicher V, Roux L, et al. Early onset and rapidly progressive subacute sclerosing panencephalitis after congenital measles infection. *Eur J Pediatr* 2002; 161: 438-41.
- 4) Office fédéral de la santé publique. Epidémie de rougeole en Suisse, fin 2006-2007, relevé hebdomadaire (9.1.2008) communiqué par JL Richard.
- 5) Office fédéral de la santé publique. La couverture vaccinale en Suisse de 1999-2003. *Bulletin de l'OFSP* 2006; 19: 366-71.
- 6) Vaudaux B, Anderau R, Bouvier P, et al. Recommandations romandes et tessinoises d'éviction (pré) scolaire pour maladie transmissible. *Paediatrica* 2005; 16: 45-8.
- 7) Golay M, Sudre P. Immunization of 28 months old children in Geneva, Switzerland: Trend over a 6-year period, 1995-2000. *Soz Praventivmed* 2005; 50: 319-23.
- 8) [www.infovac.ch/index2.php?option=com\\_docman&task=docget&Itemid=1&id=342](http://www.infovac.ch/index2.php?option=com_docman&task=docget&Itemid=1&id=342)
- 9) DeStefano F. Vaccines and autism: Evidence does not support a causal association. *Clin Pharmacol Ther* 2007; 82: 756-9.
- 10) Seagroatt V. MMR vaccine and Crohn's disease: Ecological study of hospital admissions in England, 1991 to 2002. *BMJ* 2005; 330: 1120-1.
- 11) Caldararo S, Adam H. Measles. *Pediatr Rev* 2007; 28: 352-4.

## Correspondance:

Prof. Alain Gervaix  
Service d'accueil et d'urgences pédiatriques  
Hôpitaux Universitaires de Genève  
1211 Genève 14  
alain.gervaix@hcuge.ch

## Implications pratiques:

- Le praticien doit garder un degré de suspicion élevé de rougeole devant tout exanthème cutané associé à un état fébrile et à des symptômes respiratoires
- En raison d'une contagiosité élevée, la survenue d'un cas doit déclencher une alerte épidémique immédiate, avec isolement rapide des patients suspects
- La prise en charge des patients requiert la connaissance de leur âge, de leur statut vaccinal, de leur fonction immunitaire et pour les femmes en âge de procréer de la présence éventuelle d'une grossesse
- Les mesures de vaccination systématique doivent être encouragées