

Cas clinique

F.A. Dauchy, H. Dutronc,
A. Merlet, M. Dupon

Service de Maladies Infectieuses et Tropicales
Hôpital Pellegrin – CHU de Bordeaux

Déclaration de conflits d'intérêts de 2009 à 2011

Frédéric-Antoine Dauchy

Absence de conflits d'intérêt

Cas clinique

- Mademoiselle T., née en 1990, est hospitalisée en raison d'une éruption fébrile associée à des vomissements
- **Antécédents** : aucun ; travaille dans une crèche ; vaccins à jour à l'exception du ROR que ses parents ont refusé
- **Histoire** : survenue d'une fièvre le 7.04.11 à 39°C associée à un catarrhe occulo-nasal.

Trois jours plus tard, apparition d'une éruption morbilliforme débutant au niveau du visage puis intéressant le thorax et les membres supérieurs.

Quarante huit heures après, elle se plaint de vomissements incoercibles nécessitant son hospitalisation.

Cas clinique (2)

■ A l'admission :

TA 120/70 mmHg ; pouls 115/min ; 39°2C

Eruption morbilliforme intéressant le visage, le tronc, les bras et les cuisses associée à une bouffissure du visage

Le reste de l'examen est sans particularité

■ Examens biologiques :

leucocytes : 3090/mm³ (PNN : 2010) ; CRP : 16,5 mg/l

TP : 65% ; facteur V : 100%

TGO : 353 → 568 UI/l ; TGP : 857 → 1150 UI/l

phosphatases alcalines : 244 UI/l ; GGT : 284 UI/l

ionogramme sanguin et fonction rénale : normaux

Quel est votre diagnostic ?

- 1 – Hépatite A
- 2 – Rougeole
- 3 – Mononucléose infectieuse
- 4 – Primo-infection à VIH
- 5 – Infection à Parvovirus B19

Quel est votre diagnostic ?

1 – Hépatite A

2 – Rougeole

3 – Mononucléose infectieuse

4 – Primo-infection à VIH

5 – Infection à Parvovirus B19

Comment confirmer le diagnostic ?

- 1 – par sérologie
- 2 – par prélèvement salivaire pour détection des anticorps
- 3 – par prélèvement salivaire pour recherche de l'ARN viral
- 4 – par PCR dans les urines
- 5 – le diagnostic est clinique ; sa confirmation biologique est inutile

Comment confirmer le diagnostic ?

- 1 – par sérologie
- 2 – par prélèvement salivaire pour détection des anticorps
- 3 – par prélèvement salivaire pour recherche de l'ARN viral
- 4 – par PCR dans les urines
- 5 – le diagnostic est clinique ; sa confirmation biologique est inutile

Comment confirmer le diagnostic ?

- La sérologie est la technique la plus simple :
 - Test **ELISA** disponible en 3 jours
 - La sérologie peut être négative pendant les 3 premiers jours du début de l'éruption
 - Les tests ne sont interprétables qu'en l'absence de vaccination dans les 2 mois précédant
- Le prélèvement salivaire (écouvillon mousse, CNR : virologie Caen) :
 - permet la recherche de l'ARN viral (PCR) ; présent dès la phase d'invasion
 - permet la recherche des anticorps ; IgM positifs en même temps que les IgM sériques

Comment confirmer le diagnostic ?

- La confirmation biologique est recommandée dans les situations suivantes :
 - Cas suspect hospitalisé
 - Cas suspect fréquentant une structure de la petite enfance ou autres milieux à risque (service hospitalier, maternité ...)
 - Cas suspect pour lequel une personne de l'entourage est à risque de rougeole grave
 - Cas suspect chez une personne vaccinée à 2 doses (échec),
 - Cas suspect pouvant être à l'origine d'une exportation vers un autre pays, notamment dans une zone où la rougeole est en voie d'élimination
 - Cas suspect survenant dans les 2 semaines d'un retour à l'étranger

Comment interprétez-vous la cytolysse hépatique ?

- 1 – co-infection avec un virus d'une hépatite virale
- 2 – hépatite médicamenteuse au paracétamol
- 3 – hépatite rougeoleuse
- 4 – hépatite auto-immune

Comment interprétez-vous la cytolysse hépatique ?

1 – co-infection avec un virus d'une hépatite virale

2 – hépatite médicamenteuse au paracétamol

3 – hépatite rougeoleuse

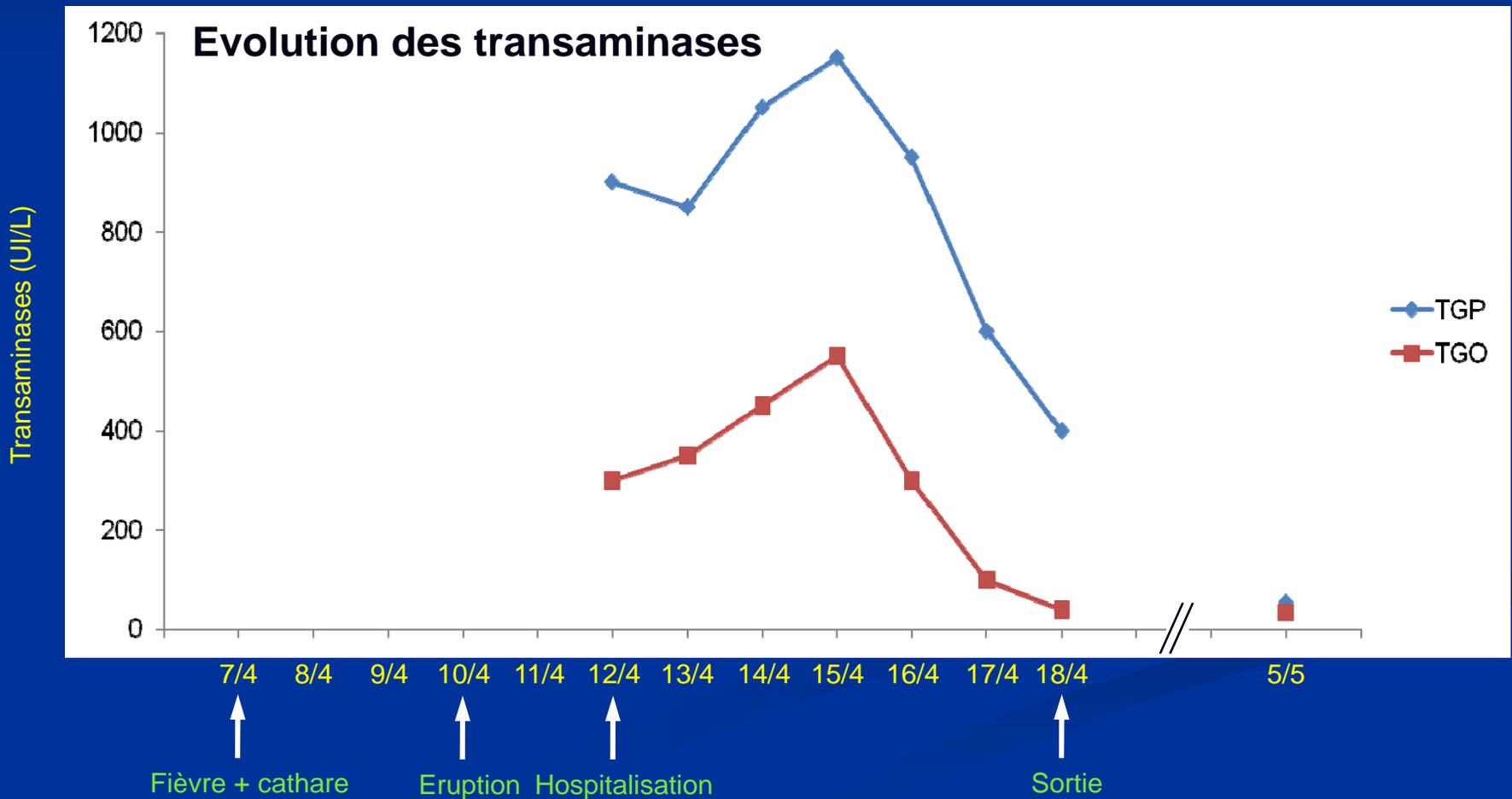
4 – hépatite auto-immune

■ **Sérologies :**

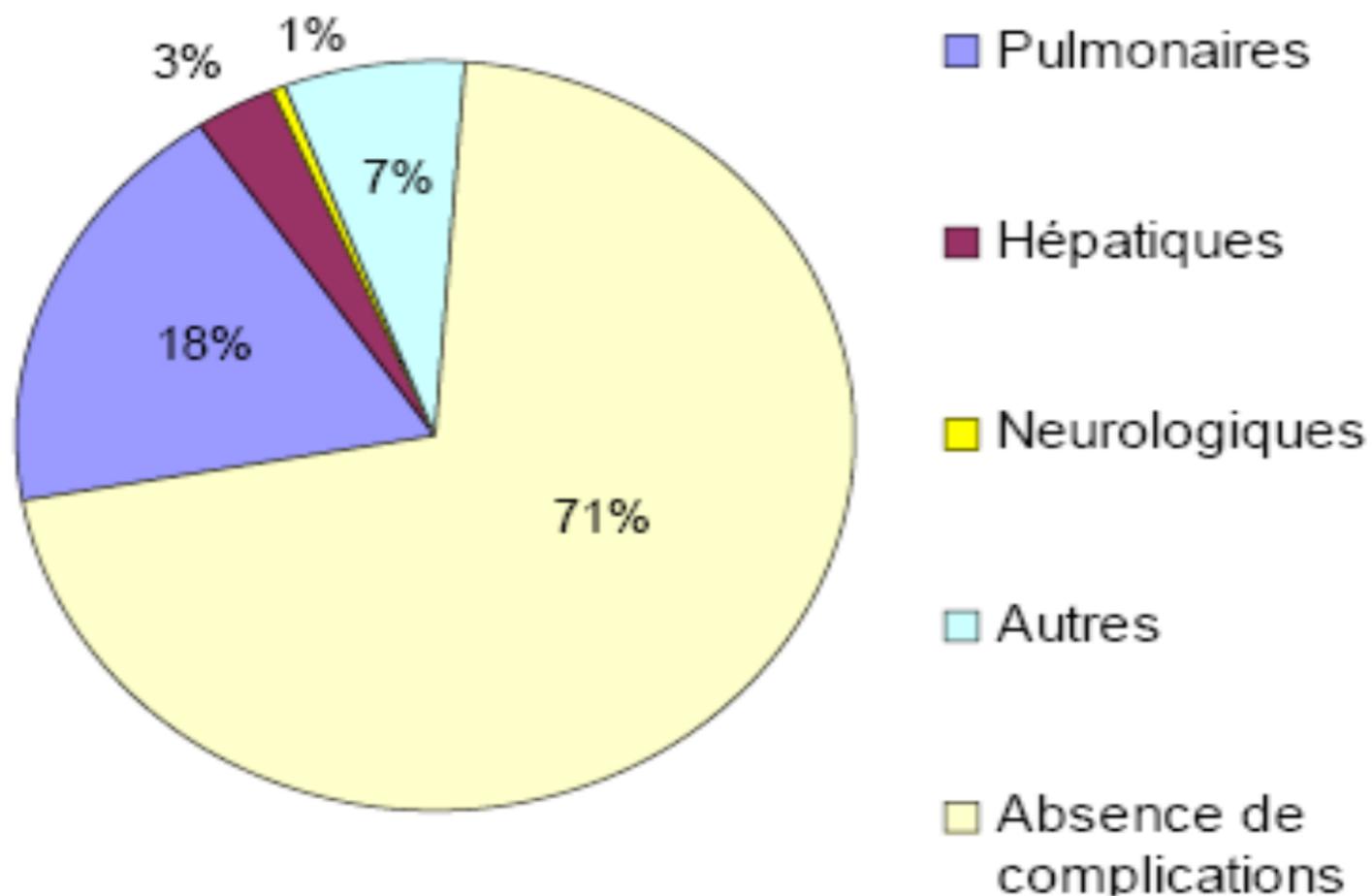
■ VHA : cicatricielle ; VHB : vaccinée ; VHC VHE et VIH : négatives

■ **Auto-immunité :**

■ Ac anti LKM₁ ; Ac anti muscle lisse ; Ac anti mitochondrie : négatifs



Ensemble des complications recensées chez les patients hospitalisés en 2010



Cytolyse hépatique et rougeole

- L'incidence varie de 50 à 80% chez l'adulte et de 5 à 20% chez l'enfant (K-Y Lee et al. *Scand J Infect Dis* 2005)
- Atteinte plus sévère chez l'adulte que chez l'enfant (RD Wong et al *Am J Med* 1993)
- La cytolysse est rarement symptomatique (1 cas de coma hépatique chez un enfant traité par antiépileptique [A Papadopoulou et al *J Paediatr Child Health* 2001])
- Niveau de cytolysse variable : surtout 2 à 3 fois la normale mais pouvant dépasser 4 fois la normale (M Gilladi et al. *Br Med J* 1987)
- La cytolysse apparait habituellement entre le 4^{ème} et le 10^{ème} jour de la maladie et disparaît en 1 mois

Recommandations

Vaccination Anti-Rougeole

- La 1ère dose est recommandée à l'âge de 12 mois (9 mois pour les enfants gardés en collectivité)
- La 2ème dose est recommandée entre 13 et 24 mois (respecter 1 mois entre les 2 vaccins) ou plus tard si non réalisée pendant cette période
- Compte tenu :
 - de l'épidémie actuelle de rougeole
 - du nombre de cas de rougeole touchant les personnes nées entre 1980 et 1991 n'ayant reçu qu'une dose de vaccin : 22%
 - du nombre de cas touchant les personnels de santé

Recommandations

Vaccination Anti-Rougeole

- Le Haut Conseil de santé publique a établi de nouvelles recommandations en février 2011 :
 - pour les personnes nées **après 1980** : 2 doses de vaccin trivalent
 - pour les personnes nées **avant 1980**, non vaccinées et sans antécédent de rougeole exerçant les professions de santé ou en charge de la petite enfance
 - vaccination à pratiquer sans contrôle sérologique préalable si ATCD de vaccination ou de rougeole incertains

FIN