

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 épididymite 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 oedémateuse.**
- **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 2017, 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 il n'y a pas de mesure spécifique à prendre vis-à-vis des sujets contacts si ce n'est l'information de l'existence d'un cas dans la collectivité. 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, avec un délai de 1 mois entre les 2 injections. (Cf. item 146). Il n'existe pas de vaccin monovalent en France.

Pour en savoir plus

- Calendrier vaccinal annuel. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_29juin20.pdf
- 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/hcsp20120928_maladieinfectieusecollectivite.pdf

© Alinéa Plus - CMM