

Éruption fébrile en collectivité

par les D^rs Catherine Le Goff* et Laëtitia Vermeulen*

* Médecins généralistes
F-29200 Brest

Un homme de 20 ans, incorporé la veille au sein d'une école militaire, se présente à la consultation de l'infirmérie de la collectivité pour une éruption apparue dans la nuit.

Il ne présente pas d'antécédent particulier. Il souffre d'un syndrome grippal depuis 6 jours avec rhinite et toux. Il n'y a pas de notion de contagé.

Il rapporte qu'un tiers a constaté la présence de « boutons » derrière ses oreilles la veille au soir.

EXAMEN CLINIQUE TYPIQUE

À l'examen, le patient présente une fièvre à 39,2°C avec une fréquence cardiaque en rapport. Il présente un catarrhe oculo-respiratoire, une éruption morbilloïde ayant débuté derrière les oreilles et concernant actuellement le visage, le cou, le tronc et les membres supérieurs tout en respectant les paumes (fig. 1). Il présente également une éruption buccale constituant le signe de Koplick (fig. 2).

À l'auscultation, il présente des râles bilatéraux mobilisables à la toux. L'examen neurologique est sans anomalie. Il s'agit d'un diagnostic clinique de rougeole typique.

Le complément d'interrogatoire et la lecture du carnet de santé permettent de constater l'absence de vaccination RRO antérieure.

Le diagnostic de rougeole est suspecté. Une barrière respiratoire (masque) est instaurée.

Fig. 1 : éruption morbilloïde : éruption maculo-papuleuse non prurigineuse avec des intervalles de peau saine.



CONFIRMATION

Une déclaration est faite auprès de la DDASS qui fournit alors un kit salivaire de diagnostic de rougeole permettant la confirmation biologique du diagnostic et le génotypage du virus. Le patient est placé en isolement respiratoire et cutané dans une chambre de l'infirmérie pour la durée de la contagiosité (5 jours avant et après le début de l'éruption). Il bénéficie d'un traitement symptomatique de la fièvre et d'une surveillance neurologique et respiratoire. Une enquête épidémiologique est nécessaire pour définir les cas contacts de l'entourage personnels et professionnels et proposer une vaccination post-exposition.

ACTUALITÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE

En population générale, les données de Déclaration Obligatoire^(a) montrent que l'épidémie progresse et explose depuis 3 ans : 40 cas en 2006, 47 cas en 2007, 604 cas en 2008, 1 544 cas en 2009, et déjà plus de 5 000 cas en 2010 (sous réserve des déclarations...). Le taux d'incidence pour l'année 2010 a dépassé 15 cas pour 100 000 chez les 20-29 ans. En 2010, 50 % des cas ont plus de 14 ans, 30 % sont hospitalisés. Entre janvier 2008 et décembre 2010, 4 décès ont été déclarés. Pour les six premiers mois de l'année 2011, plus de 14 000 cas déclarés, dont 15 ont présenté une complication neurologique, 615 une pneumopathie grave et 6 sont décédés.

RAPPEL CLINIQUE

La rougeole, provoquée par un *Paramyxoviridae* de genre *Morbillivirus*, est l'une des maladies infectieuses les plus contagieuses². C'est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2005. La rougeole est une grande récurrente ! Une épidémie sévit en France depuis 2003. L'introduction de la vaccination RRO en 1983 chez le nourrisson a déplacé l'âge de la population cible, en rapport avec le profil immunologique de réceptivité des jeunes adultes actuels (population peu ou pas vaccinée dans l'enfance et n'ayant pas non plus rencontré la souche sauvage).

La transmission est aérienne et cutanée. **L'incubation** est de 10 à 14 jours.

La phase d'invasion dure de 2 à 4 jours sous la forme d'une fièvre à 38,5°C, un catarrhe

ABSTRACT

The measles comes back in our European countries. This diagnosis cannot be missed because the contagiousness is important and the consequences of the disease can be serious. The vaccination must be carried on. It consists in the administration of 2 doses as recommended.

Keywords : measles, measles vaccination.

RÉSUMÉ

La rougeole revient en force dans nos pays européens. Il s'agit de ne pas rater ce diagnostic car la contagiosité est importante et les conséquences de la maladie potentiellement graves. La vaccination doit être impérativement poursuivie et viser l'administration des 2 doses comme recommandées.

Mots-clefs : rougeole, vaccination anti-rougeoleuse.

(a) Données françaises, mais évolution identique en Belgique.



Fig. 2: signe de Koplick: énanthème buccal à type de tâches punctiformes blanchâtres sur une base rouge.

oculo-respiratoire, un malaise général, une asthénie. Le signe de Koplick pathognomique, inconstant apparaît à la 36^e heure et disparaît après le début de l'**éruption**. Celle-ci apparaît de 7 à 18 jours après le contagage: elle est de nature maculo-papuleuse, en relief, de quelques mm de diamètre, confluant en larges plaques, débutant au niveau de la tête et derrière les oreilles puis s'étendant de haut en bas

vers les extrémités. Elle est maximale en 3 jours, et dure 5 à 6 jours. La fièvre disparaît parallèlement à la disparition de l'éruption. La guérison survient après 10 jours, mais l'asthénie post-infectieuse peut être tenace. Les **complications** sont, le plus fréquemment, pneumonie chez l'enfant, et encéphalite aigüe chez l'adulte. La contagiosité débute 2 à 4 jours avant l'apparition de l'éruption au moment de la phase d'invasion et se prolonge jusque 2 à 5 jours après.

CRITÈRES DE SIGNALLEMENT¹

CRITÈRES CLINIQUES

Association d'une fièvre $\geq 38,5$ °C, d'une éruption maculo-papuleuse et d'au moins un des signes suivants: conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik.

CRITÈRES BIOLOGIQUES

- détection (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédent le prélèvement) sérologique ou salivaire d'IgM spécifiques de la rougeole;
- séroconversion ou élévation (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédent le prélèvement) de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aigüe et la phase de convalescence;
- détection du virus par PCR sur prélèvement sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire;
- culture positive sur prélèvement(s) sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire.

CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic est clinique mais la confirmation biologique du cas index doit être systématique. En France, le test salivaire (IgM et PCR) est recommandé (résultat en 3 jours) (disponible dans les SAU ou sur demande téléphonique auprès de l'ARS); il a l'intérêt du génotypage (envoi aux Centres Nationaux Référents). La sérologie peut être réalisée si le rendu du résultat est possible dans les trois jours (selon laboratoire)^{3, 4}.

En Belgique, le diagnostic se fait par dosage sérologique sanguin des IgM et IgG. Le diagnostic par PCR sur prélèvement salivaire ou nasopharyngé ne se fait pas systématiquement.

RAPPELS PRATIQUES

L'éviction doit être systématique (contagiosité entre J-5 et J+5 de l'éruption). La fréquentation de la crèche ou de l'école est interdite

Déclaration obligatoire
à l'inspection d'hygiène
endéans les 48 h

(Bruxelles: 0478 777 708,
Wallonie: 02 413 26 13 ou
surveillance.sante@cfwb.be)

Patient	Recommandations
12 mois	1 ^{er} vaccination
10-13 ans	2 ^e vaccination
Les enfants de moins de 12 mois se rendant dans une région à risque épidémique accru (comme actuellement dans plusieurs pays européens).	Le CSS conseille une dose supplémentaire de vaccin RRO à partir de 6 mois. La vaccination entre 6 et 12 mois offrant une protection considérable mais non permanente, le calendrier vaccinal normal doit être respecté, à savoir la vaccination à 12 mois (ou au moins quatre semaines après la vaccination supplémentaire) et entre 10 et 13 ans.
Les personnes nées après 1970 qui n'ont pas connu d'infection rougeoleuse et n'ont pas encore reçu le vaccin ou n'en ont reçu qu'une seule dose.	Une vaccination de rattrapage est souhaitable. Cette vaccination de rattrapage existe de 2 doses avec un intervalle de 4 semaines au minimum.
Les personnes nées avant 1970.	Elles peuvent être considérées comme protégées car elles ont, selon toute vraisemblance, déjà été cliniquement ou subcliniquement affectées par la maladie lorsque celle-ci était encore en circulation.
Femmes enceintes	Étant donné que le vaccin RRO contient des virus vivants atténusés, il ne peut être administré aux femmes enceintes. Il est recommandé de ne pas devenir enceinte dans les 4 semaines suivant la vaccination.

Tableau 1 : politique belge de vaccination envers la rougeole (CSS juillet 2011 http://www.itg.be/itg/GeneralSite/MedServ/Downloads/CSS_communique_rougeole.pdf).

jusqu'à guérison. La déclaration est obligatoire auprès des autorités compétentes (l'ARS en France et l'inspection d'hygiène en Belgique). La recherche des cas contacts permet la mise en œuvre de mesures de prévention post-exposition ; elle est laborieuse et complexe et se réfère à la définition suivante : personnes ayant côtoyé le malade depuis la veille de l'apparition de la fièvre et jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption.^{3,4} Il faut veiller à l'information particulière des femmes enceintes.

PRÉVENTION⁵

VACCINATION POST-EXPOSITION

En fonction du statut vaccinal des contacts, la vaccination post-exposition doit avoir lieu au mieux dans les 72 heures suivant le contact mais reste préconisée, au-delà. En situation de cas groupés, les sujets contacts sans antécédent de rougeole doivent être vaccinés de façon à obtenir 2 doses chez chacun, quel que soit l'âge. Chez les femmes en âge de procréer, la contraception est obligatoire le mois suivant la vaccination.

CALENDRIER VACCINAL

La vaccination est déterminée par les récentes recommandations françaises de l'HCSP de février 2011 et les recommandations belges du Conseil Supérieur de la Santé (CSS⁶) de juin 2011. En France, la diffusion du virus rougeoleux est la conséquence d'une couverture vaccinale insuffisante. Une amélioration de cette

couverture a été observée ces dernières années : 90% pour la première dose à 24 mois, mais cela reste insuffisant pour interrompre la circulation virale puisqu'il faudrait atteindre 95% à 24 mois pour la première dose et 80% pour la deuxième dose.

La deuxième dose introduite dans le calendrier vaccinal en 1996 ne constitue pas un « rappel » mais un « rattrapage » des 5 à 10% des enfants vaccinés qui ne répondent pas à la première dose.

Le calendrier vaccinal français de mars 2011 prévoit que tous les sujets nés après 1980 bénéficient de deux injections vaccinales RRO, quels que soient les antécédents vis-à-vis de ces trois maladies ; que les sujets nés avant 1980 exerçant les professions de santé ou de la petite enfance et sans antécédent de rougeole ou non vaccinés, reçoivent une dose RRO.

En Belgique, le taux de vaccination contre la rougeole est en ce moment élevé (97% en Flandre, 92% en Wallonie, 92% à Bruxelles en ce qui concerne l'administration de la première dose). Une réapparition de larges épidémies de rougeole (comme nous les avons connues avant 1985 avec plus de 50 000 cas par an) est donc exclue grâce à cette couverture vaccinale élevée.

La protection individuelle après vaccination est bonne mais le pourcentage de personnes vaccinées est cependant encore trop bas pour éviter des émergences périodiques et limitées de rougeole comme nous en constatons à l'heure actuelle en Belgique. Au cours des 5 premiers mois de 2011, 400 cas de rougeole ont déjà été signalés, soit dix fois plus que durant toute l'année 2010. D'autres pays

européens voient également le nombre de cas de rougeole augmenter. Il s'agit, dans la grande majorité des cas, d'enfants ou d'adultes non vaccinés ou d'enfants de moins de 12 mois (i.e. avant l'âge de la première vaccination au moyen du vaccin RRO)⁶.

CONCLUSION

La rougeole revenant actuellement, nous, généralistes, devons être attentifs à toute personne, enfant, adolescent ou adulte, présentant un rash cutané dans un contexte vial avec hyperthermie. Le signe de Koplick étant pathognomonique, doit être recherché. La preuve de la rougeole doit être apportée et la déclaration aux autorités compétentes impérative dès la suspicion. Le sujet doit être isolé et, autant que faire se peut, être traité à domicile pour éviter une dissémination importante. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Épidémie de rougeole en France. Actualisation des données au 2 août 2011. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites>
2. Pilly E Rougeole. In: *Maladies infectieuses et tropicales*. 2010; 392-393.
3. Circulaire DGS/RII/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés.
4. Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010. DGS, bureau des risques infectieux et de la politique vaccinale RI 1. *Livres des plans de santé publique*, 54-5.
5. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique. *Bull Epidémiol Heb*. 2011; 10-11: 101-56.
6. Avis du Conseil Supérieur de la Santé 2011 http://www.its.be/its/GeneralSite/MedServ/Downloads/CSS_communique_rougeole.pdf

*Cet article est paru, dans sa version purement française
dans le *Quotidien du médecin*.*