Revues générales

Rougeole : que faire devant un cas suspect ?

RÉSUMÉ : La rougeole est une maladie infectieuse aiguë virale, extrêmement contagieuse. Son fort taux de reproduction implique une couverture vaccinale élevée afin d'interrompre la circulation virale. Le retard vaccinal accumulé du fait de la COVID-19 risque d'aggraver le risque d'épidémies de rougeole. La description clinique de cette maladie, méconnue d'un grand nombre de médecins devant la forte baisse d'incidence liée à la vaccination, doit être rappelée.

En l'absence de signe clinique spécifique en dehors du signe de Köplik, il est important de confirmer biologiquement le diagnostic, au mieux par un test salivaire. Un signalement de cas de rougeole doit être réalisé devant l'association d'une fièvre ≥ 38,5 °C à une éruption maculo-papuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Köplik. Le diagnostic précoce des cas et le repérage des éventuels sujets contacts non immuns dans l'entourage permettent de proposer dans les meilleurs délais une vaccination (dans les 72 heures) ou une immunoprophylaxie passive (dans les 6 jours).

M.-A. DOMMERGUES
Service de pédiatrie,
Centre Hospitalier de Versailles,
LE CHESNAY.

Du fait de son caractère extrêmement contagieux, la rougeole était une maladie quasiment obligatoire avant l'ère de la vaccination. Depuis quelques années, la couverture vaccinale insuffisante conduit à la recrudescence des cas de rougeole en France. Dans le contexte actuel, les périodes de confinement et la réduction des consultations médicales pour un autre motif que la COVID-19 ont conduit à aggraver ce retard vaccinal. D'après les données EPIPHARE sur l'usage des médicaments de ville, 8 mois après le début de l'épidémie de COVID-19, la vaccination accuse un fort déficit pour tous les vaccins, estimé à 150 000 doses pour le vaccin rougeole oreillons rubéole (ROR) [1]. De plus, l'application des mesures barrières est à l'origine d'une diminution du nombre de cas de maladies infectieuses à transmission aérienne chez l'enfant. Ainsi, l'absence de protection induite par la maladie ou la vaccination risque d'aboutir à des flambées épidémiques de rougeole, en l'absence de rattrapage vaccinal rapide.

Quand suspecter cliniquement une rougeole ?

La description clinique de cette maladie mérite d'être rappelée pour permettre une reconnaissance précoce. Après une période d'incubation asymptomatique de 10 à 12 jours, la phase d'invasion correspond à une phase virémique avec présence de virus dans les sécrétions nasopharyngées et l'urine, l'atteinte de l'épithélium respiratoire étant prédominante. D'une durée de 2 à 4 jours, cette phase est caractérisée par l'apparition d'une fièvre pouvant atteindre 39-40 °C et d'un catarrhe oculo-respiratoire (toux, rhinite, conjonctivite) accompagné d'un malaise général avec asthénie. Des symptômes digestifs (douleurs abdominales, diarrhées, vomissements) peuvent aussi être observés à ce stade. Le signe de Köplik, pathognomonique, est inconstant : petites tâches blanches sur fond érythémateux au niveau de la muqueuse jugale, à hauteur des molaires (***fig. 1***). Fugace, il apparaît vers

Revues générales

Fig. 1 : Signe de Köplik.

Fig. 2 : Exanthème de la rougeole.

la 36e heure et disparaît après le début de la phase éruptive.

Le délai moyen d'apparition de l'éruption est de 14 jours après le contage. La phase éruptive correspond à la phase d'état de la maladie. L'éruption morbilliforme débute au niveau de la tête (derrière les oreilles) et du visage. Son extension est descendante en 3 à 4 jours : cou, épaules, thorax et membres supérieurs, puis abdomen et membres inférieurs. Il s'agit de maculo-papules érythémateuses, non prurigineuses, confluentes avec intervalles de peau saine (***fig. 2***). Cette éruption dure 5 à 6 jours. La toux et les râles bronchiques, présents dès la phase catarrhale, persistent lors de la phase éruptive.

Durant la quatrième et dernière phase, l'éruption s'efface et fait place à une desquamation fine. La fièvre disparaît mais la convalescence, marquée par la persistance d'une toux et d'une asthénie, dure une dizaine de jours [2, 3].

Dès la suspicion clinique : signaler

Il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire et un signalement doit être réalisé devant l'association d'une fièvre ≥ 38,5 °C à une éruption maculo-papuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Köplik (***tableau I***) [4]. Dès la suspicion clinique de rougeole, le signalement doit être fait en urgence à l'Agence régionale de santé (ARS) par téléphone, mail ou fax. La fiche de notification peut être envoyée dans le même temps et sera complétée ultérieurement. Elle est disponible en ligne à l'adresse suivante : www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12554.do. Une éviction de la collectivité du malade est recommandée pendant toute la période de contagiosité, jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption [5].

Dès la suspicion clinique : confirmer biologiquement

L'absence de signe clinique spécifique en dehors du signe de Köplik rend le diagnostic biologique de la rougeole nécessaire. La sérologie sanguine basée sur la détection d'IgM et d'IgG spécifiques dans le sang présente l'inconvénient de pouvoir être négative sans éliminer le diagnostic jusqu'au 3e jour de la phase éruptive, nécessitant alors la réalisation d'une deuxième sérologie tardive à J8 pour détecter une séroconversion. La technique de RT-PCR permet un diagnostic précoce de la rougeole, dès 3 jours avant l'éruption et jusqu'à 12 jours après celle-ci (***fig. 3***).

Afin de permettre un diagnostic précoce et non invasif, la Direction générale de la santé (DGS) privilégie dans sa circulaire du 28 septembre 2018 l'utilisation de kits salivaires fournis par l'ARS, couplant la recherche d'ARN viral et d'anticorps spécifiques dans un même prélèvement salivaire [4]. Sa réalisation technique est facile (frottement de la face interne de la joue pendant une minute). Son envoi au Centre national de référence de la rougeole à Caen est gratuit et permet généralement l'obtention d'un résultat en 72 heures, selon la durée de l'acheminement du prélèvement.

Si le signalement n'a pas été réalisé sur les critères cliniques, il peut être réalisé en présence des critères biologiques (***tableau I***).

Critères de signalement
➢ **Critères cliniques** Association d'une fièvre ≥ 38,5 °C, d'une éruption maculo-papuleuse et d'au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Köplik.
➢ **Critères biologiques** Détection (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) d'IgM spécifiques de la rougeole dans un prélèvement sanguin ou de liquide buccal, **OU** 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 aiguë et la phase de convalescence, **OU** Détection du virus par PCR sur prélèvement sanguin, de liquide buccal, rhino-pharyngé ou urinaire, **OU** Culture positive sur prélèvement(s) sanguin, rhino-pharyngé, buccal ou urinaire.

Tableau I : Déclaration de la rougeole, critères de notification.

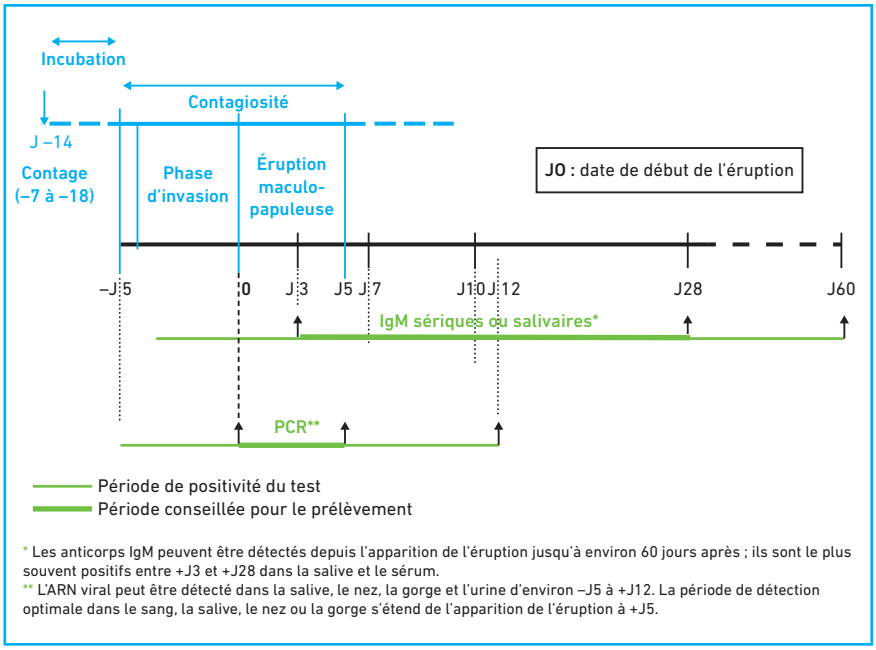

Fig. 3 : Évolution clinique et biologique de la rougeole.

Dès la suspicion clinique : identifier les cas contacts à risque

L'urgence réside dans l'identification précoce des sujets contacts à risque de rougeole grave (nourrisson de moins d'un an, femme enceinte, sujet immunodéprimé), candidats à la mise en place de mesures de prévention post-exposition (vaccination, immunoglobulines) rapides, voire urgentes [4]. La période de contagiosité s'étend de 5 jours avant à 5 jours après l'éruption, avec une contagiosité maximale pendant la phase d'invasion. Les cas contacts sont définis parmi les personnes ayant été en contact avec le patient pendant sa phase de contagiosité :

– pour l'entourage familial : les personnes vivant sous le même toit ;

– en cas de garde en crèche ou haltegarderie : les enfants et les adultes de la même section ;

– en cas de garde par une assistante maternelle : les enfants et les adultes présents au domicile de l'assistante maternelle ;

– quels que soient les locaux : toute personne ayant fréquenté le malade en face à face ou pendant plus de 15 minutes, ou personne ayant fréquenté la même pièce que le malade moins de 2 heures après son départ de la pièce.

Mesures à prendre pour les cas contacts à risque

La vérification du statut vaccinal de ces personnes permettra de leur proposer un traitement préventif, en cas de non immunisation préalable, pour éviter la survenue de la maladie : vaccination dans les 72 heures suivant le contage ou administration intraveineuse d'immunoglobulines polyvalentes dans les 6 jours suivant le contage chez les sujets à risque de rougeole sévère ne pouvant bénéficier de la vaccination post-exposition (***fig. 4 et 5***) [4]. Si le délai de rendu du résultat compromet l'application de la vaccination post-exposition dans les 72 heures, il n'est pas obligatoire d'attendre cette confirmation avant de débuter la vaccination, notamment pour les cas contacts les plus à risque de rougeole sévère.

La population cible de cette vaccination post-exposition est constituée :

– prioritairement des nourrissons âgés de 6 à 11 mois révolus, donc à risque de rougeole sévère, dans un délai post-exposition de 72 heures. Les enfants âgés de 6 à 8 mois révolus pourront recevoir le vaccin trivalent hors autorisation de mise sur le marché (AMM) avec une recommandation temporaire d'utilisation. Ces enfants devront par la suite recevoir deux injections de vaccin trivalent après l'âge de 12 mois, conformément au calendrier vaccinal standard ;

– des enfants de plus de 12 mois et des adultes nés après 1980 "réceptifs" (n'ayant pas eu la rougeole ou n'ayant

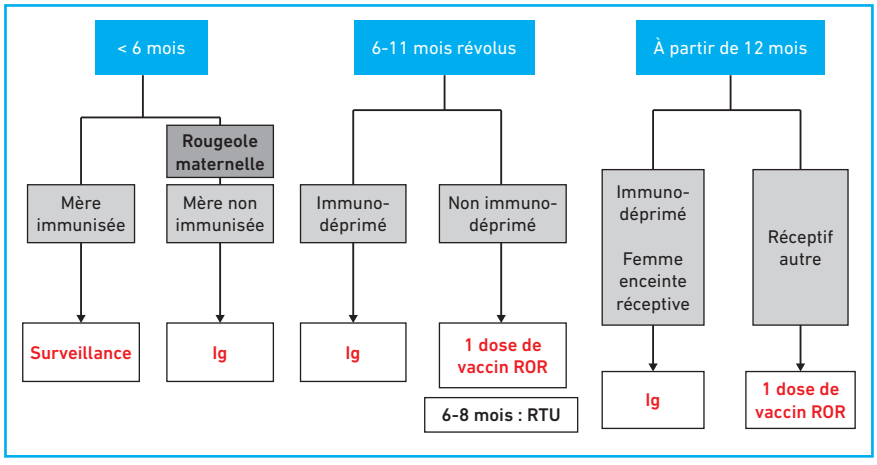

Fig. 4 : Prophylaxie post-exposition dans un délai inférieur à 72 heures (adaptée de [4]). Ig : immunoglobulines ; ROR : rougeole oreillons rubéole ; RTU : recommandation temporaire d'utilisation.

Revues générales

POINTS **FORTS**

- La rougeole est une maladie très contagieuse : la phase de contagiosité commence 5 jours avant le début de l'éruption et s'étend jusqu'à au moins 5 jours après.
- La suspicion clinique de rougeole (association d'une fièvre ≥ 38,5 °C à une éruption maculo-papuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Köplik) doit déclencher un signalement immédiat à l'ARS et une confirmation biologique du diagnostic (kit salivaire en priorité).
- La rougeole peut être à l'origine de graves complications qui justifient le diagnostic précoce des cas et le repérage dans l'entourage du patient des éventuels sujets contacts à risque accru de développer ces complications.
- Le repérage précoce des sujets contacts à risque permet de mettre en place des mesures de prophylaxie post-exposition : vaccination (dans les 72 h suivant le contage) ou immunoglobulines polyvalentes (dans les 6 jours suivant le contage).

pas reçu deux doses de vaccin trivalent) ;
– des professionnels de santé et de la petite enfance réceptifs, quelle que soit leur date de naissance.

Les deux dernières catégories de cas peuvent bénéficier de la vaccination y compris si le délai post-exposition dépasse les 72 heures.

L'injection d'immunoglobulines en post-exposition consiste en une injection unique par voie intraveineuse d'immunoglobulines polyvalentes à la dose de 200 mg/kg. Elle doit être réalisée dans les 6 jours suivant le premier contact potentiellement infectant et est recommandée chez les personnes à risque de rougeole grave ne pouvant pas (du fait d'une contre-indication) ou n'ayant pas pu (délai dépassé) bénéficier d'une vaccination post-exposition :
– la femme enceinte réceptive ;
– le sujet immunodéprimé ;
– les nourrissons de moins de 6 mois dont la mère présente la rougeole ;
– les nourrissons de moins de 6 mois de mère réceptive ;
– les nourrissons de 6 à 11 mois non vaccinés dans les 72 heures suivant l'exposition, quel que soit le statut de leur mère ;
– le nouveau-né de mère ayant présenté une rougeole dans les 10 jours précédents la naissance.

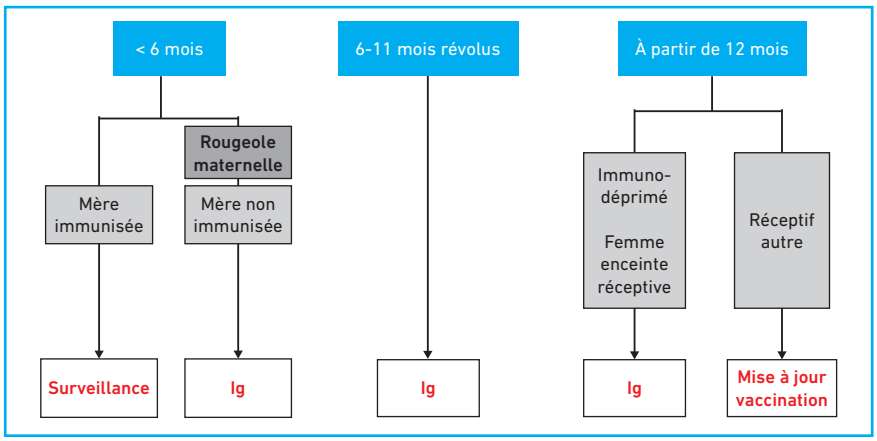

Fig. 5 : Prophylaxie post-exposition dans un délai compris entre 3 et 6 jours (adaptée de [4]). Ig : immunoglobulines.

Un délai de 9 mois est à respecter entre l'injection d'immunoglobulines et une injection de vaccin trivalent [6].

Les ***figures 4 et 5***, adaptées des recommandations de la circulaire de la DGS de 2018 [4], résument la conduite à tenir selon le délai post-exposition, l'âge des sujets contacts et leur statut immunitaire.

En cas de rougeole chez une femme enceinte

Lorsqu'elle survient en cours de grossesse, la rougeole expose la femme enceinte à des complications pour elle-même (risque de pneumopathie avec syndrome de détresse respiratoire aiguë) et son enfant. Le virus de la rougeole peut être détecté dans le placenta. Il n'est pas responsable de malformations fœtales, mais peut entraîner un dysfonctionnement placentaire pouvant expliquer la survenue dans certains cas d'une mort fœtale *in utero*. Le risque majeur est celui de fausse couche (20 à 50 %) ou d'accouchement prématuré [7]. Il existe en plus, en cas de rougeole en fin de grossesse, un risque de rougeole congénitale de gravité variable, allant de simples éruptions à des pneumopathies et des formes rapidement mortelles [8]. Enfin, les rougeoles congénitales et néonatales sont associées à un risque augmenté de panencéphalite subaiguë sclérosante.

En cas de rougeole maternelle, le choix du lieu d'hospitalisation (gynécologie-obstétrique, maladies infectieuses, voire réanimation) dépendra de la situation obstétricale, de l'état clinique de la mère

et des possibilités d'isolement [8]. Une suspicion de rougeole chez une femme enceinte nécessite une confirmation biologique comprenant la recherche du virus au niveau d'un prélèvement de salive ou de gorge.

>>> Conduite à tenir pour la femme enceinte

Il n'y a pas d'intérêt à administrer des immunoglobulines à une femme enceinte ayant la rougeole. En cas de menace d'accouchement, si la présence de contractions utérines avec modifications cervicales l'exige, la tocolyse peut être tentée en fonction du terme de la grossesse. Si la situation justifie l'administration de corticoïdes à la mère à des fins de maturation pulmonaire du fœtus, il n'existe aucune évidence de contre-indication du fait de la rougeole. Si la femme est en travail et proche du terme, il n'y a pas d'indication à tenter d'arrêter le travail. Le déclenchement de l'accouchement ou la pratique d'une césarienne ne sont pas indiqués sauf en cas de complication de la rougeole (notamment respiratoire) mettant en jeu la vie de la mère.

>>> Conduite à tenir pour le nouveau-né

L'administration d'immunoglobulines polyvalentes par voie intraveineuse (IV) dès la naissance doit être pratiquée sauf si la mère a débuté son éruption rougeoleuse plus de 10 jours avant l'accouchement. Si la rougeole maternelle date de plus de 15 jours, une sérologie avec dosage d'IgM sera réalisée chez le nouveau-né. Si le délai est plus court, on fera une PCR rougeole sur les sécrétions pharyngées. L'enfant peut rester avec sa mère sauf si son état justifie un transfert en néonatologie. Dans ce cas, le nouveau-né devra être isolé. La surveillance de l'excrétion virale par PCR pourra aider à déterminer la durée d'isolement.

Il n'y a pas de contre-indication à l'allaitement maternel.

Il est recommandé d'isoler le couple mère-enfant pendant une durée de 5 jours après le début de l'éruption de la mère. Si l'enfant développe la rougeole, il devra être isolé pendant 5 jours après le début de l'éruption. Dans ce cas, il est souhaitable que la mention d'une rougeole congénitale apparaisse dans le carnet de santé de l'enfant.

Conclusion

Il est essentiel de rappeler aux médecins la conduite à tenir en cas de suspicion de rougeole, tant leur réactivité est importante dans la gestion d'une telle situation. Pour limiter la contagiosité, le port d'un masque chirurgical par le patient dès la suspicion clinique et l'aération de la salle d'attente permettent de réduire le risque de transmission. Pour protéger les plus fragiles non immuns, la gestion en urgence des cas contacts est faite par le médecin en charge du malade (contacts familiaux et cabinet/hôpital) et par l'ARS (contacts extra-familiaux et hors cabinet/hôpital). C'est la connaissance des recommandations et la bonne coordination des différents intervenants qui permet d'éviter des cas secondaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – Point de situation jusqu'au 22 novembre 2020. EPI-PHARE-ANSM-CNAM, rapport du 15 décembre 2020. www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport5/
2. Strebel PM, Papania MJ, Parker Fiebelkorn A *et al.* Measles vaccine. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA (Eds). *Vaccines*. 6th Edition. Saunders, Philadelphia, 2012:895-992.
3. Leung TN, Hon KL, Leung AK. Measles: a disease often forgotten but not gone. *Hong Kong Med J*, 2018;24:593-601.
4. Instruction N° DGS/SP/SP1/2018/205 du 28 septembre 2018 relative à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de rougeole (actualisation des recommandations de la circulaire DGS du 4 novembre 2009).
5. Guide des conduites à tenir en cas de maladie transmissible dans une collectivité d'enfants. Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Séance du 14 mars 2003. http://www.sante.gouv.fr/guide-des-conduites-a-tenir-en-cas-de-maladie-transmissible-dans-une-collectivite-d-enfants.html
6. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif au délai à respecter entre l'administration d'immunoglobulines polyvalentes en post-exposition de la rougeole et du vaccin trivalent ROR. 16 avril 2012.
7. Eberhart-Phillips JE, Frederick PD, Baron RC *et al.* Measles in pregnancy: a descriptive study of 58 cases. *Obstet Gynecol*, 1993;82:797-801.
8. Haut Conseil de Santé Publique : Avis relatif à la problématique de la rougeole chez la femme enceinte. 23 mai 2011.

L'auteure a déclaré les liens d'intérêts suivants : invitations en qualité d'intervenant et d'auditeur (frais de déplacement et d'hébergement pris en compte par une entreprise) par GSK, Sanofi, MSD et Pfizer.