

1. Généralités

Depuis l'apparition en 1968 d'un vaccin efficace, l'incidence de la rougeole a considérablement diminué dans les pays du Nord. Dans les pays du Sud, où l'accès à la vaccination est encore réduit, la rougeole est toujours une cause majeure de mortalité chez l'enfant. Chaque année, plus de 30 millions de cas surviennent dans le monde dont près de 900 000 décès en 1999. Cependant, grâce aux activités de vaccination, la mortalité a globalement diminué de 48% dans le monde entre 1999 et 2004 (871 000 décès en 1999, 454 000 en 2004). La plus forte baisse s'est produite en Afrique. Cependant, la couverture vaccinale varie selon les pays.

Les facteurs favorisant la survenue d'une rougeole grave sont le jeune âge (enfants de moins de 9 mois), la malnutrition, le déficit en vitamine A, les infections associées, la promiscuité, le bas niveau d'hygiène. Les épidémies de rougeole sont courantes et graves chez les réfugiés et les personnes déplacées et la mortalité est élevée > 15% (Darfour, 2004).

La rougeole est une virose anergisante, d'où la fréquence et la gravité des complications, liées au virus lui-même ou à des germes de surinfection, qui mettent en jeu le pronostic vital.

2. Epidémiologie

La rougeole est due à un virus à ARN de la famille des Paramyxoviridae, du genre Morbillivirus. La transmission se fait par voie aérienne, transmission directe par les gouttelettes de Flügge.

3. Clinique

La rougeole atteint dans les PED, pendant la saison sèche, les enfants très jeunes, souvent vers 9 mois (tranche d'âge 6-9 mois : 15, 2% au Cameroun). Elle évolue dans sa forme habituelle selon un rythme bien défini.

3.1. Incubation : silencieuse, durant 10 jours. Il y a une forte contagiosité 4 jours avant et 4 jours après le début de l'exanthème.

3.2. Période d'invasion de 3 jours : fièvre à 39-40°C, catarrhe oculo-nasal, toux, énanthème apparaissant 2 jours après le début du catarrhe, muqueuse buccale rouge avec petites taches blanchâtres pathognomoniques réalisant le signe de Köplick, fugace, disparaissant en 1 à 2 jours, mais de haute valeur diagnostique.

3.3. Période d'état

Quatorze jours après le contagement apparaît un exanthème au niveau du visage, débutant derrière les oreilles, s'étendant de haut en bas en 4 jours, atteignant le cou et le thorax à J2, l'abdomen et les cuisses à J3, les membres inférieurs à J4 : c'est une éruption punctiforme, puis maculo-papuleuse érythémateuse, non prurigineuse, plus ou moins confluyente, mais respectant des intervalles de peau saine, plus ou moins purpurique.

Le diagnostic est difficile sur peau noire. Il faut retenir la valeur du signe de Köplick, la sensation de relief à la surface de la peau au toucher, la coloration rouge violet, bistre, suivie

La rougeole

Écrit par Eric Ismaël ZOUNGRANA

Mardi, 12 Mai 2009 18:48 - Mis à jour Lundi, 16 Novembre 2009 01:16

d'une desquamation très nette, sauf au niveau palmo-plantaire, permettant un diagnostic rétrospectif.

A la période d'état, les complications sont :

- respiratoires dues au virus de la rougeole : laryngite aiguë précoce, otite moyenne, pneumonie, ou à des germes de surinfections (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, ...) : otite moyenne bactérienne, laryngite tardive staphylococcique, conjonctivite surinfectée cause de cécité, broncho-pneumonies ;
- digestives (salmonelles, shigelles, rotavirus, ...) cause de diarrhées et de déshydratation ;
- neurologiques: encéphalite post-infectieuse ou encéphalite aiguë disséminée survenant de façon aiguë 3 à 6 jours après l'éruption,
- rougeole sévère hémorragique, à l'apparition de l'éruption, même en période hémorragique.

Le taux de mortalité est de 5 à 15%.

3.4. □ Période post-rougeole : complications liées au terrain

Elle dure du 11^{ème} jour après le début de l'exanthème à la fin du 3^{ème} mois. Une dépigmentation est notée, pouvant durer plusieurs semaines ou mois. Les complications sont fréquentes et souvent intriquées :

- nutritionnelles : malnutrition protéino-énergétique (marasme, kwashiorkor), carence en vitamine A (xérophtalmie, lésions cornéennes)
- surinfections bactériennes (broncho-pneumonies, staphylococcie pleuro-pulmonaire), candidosiques (candidose digestive), virales (primo-infection herpétique), noma.

La mortalité est de 25%.

A part, l'encéphalite aiguë retardée, exceptionnelle, débutant 2 à 6 mois après une rougeole dont l'évolution a été simple, chez des malades ayant été traité préalablement pour une maladie néoplasique par des immunosuppresseurs, mais pouvant survenir chez des sujets normaux.

Problème : le rôle de l'infection à VIH/SIDA chez l'enfant dans les PED ?

4. Diagnostic

Il est posé par l'examen clinique. Il est aidé par un contexte épidémique. Classiquement, le diagnostic se pose avec les exanthèmes toxiques ou allergiques morbilliformes, la scarlatine, la rubéole, l'exanthème subit.

L'OMS retient 3 critères majeurs :

- l'éruption maculo-papuleuse généralisée,
- la fièvre > 38°C,
- un signe parmi : conjonctivite, coryza, toux.

La biologie est rarement utile. Si la confirmation au laboratoire du diagnostic clinique est nécessaire, la recherche des IgM spécifiques de la rougeole est positive par méthode immunoenzymatique peu après l'apparition de l'éruption et le reste pendant 4 semaines après l'infection.

5. Traitement

Il n'y a pas de traitement antiviral spécifique de la rougeole.

Le traitement est symptomatique : désinfection du nez, de la gorge, des yeux ; réhydratation ;

La rougeole

Écrit par Eric Ismaël ZOUNGRANA

Mardi, 12 Mai 2009 18:48 - Mis à jour Lundi, 16 Novembre 2009 01:16

poursuite de l'alimentation ; toilette quotidienne et après chaque selle.

Le traitement spécifique des complications : déshydratation, infections respiratoires, otite moyenne, diarrhée, candidose, est essentiel pour éviter l'évolution vers la mort.

La vitamine A est systématiquement prescrite dans les PED : 100 000 unités avant un an, 200 000 après un an.

L'antibiothérapie est prescrite en cas de surinfections respiratoires : amoxicilline sur le principe des infections respiratoires aiguës.

6.Prévention

Le vaccin anti rougeoleux vivant atténué est efficace et sans danger. L'infection à VIH/SIDA asymptomatique est une indication et non une contre-indication, pour la vaccination anti rougeoleuse.

Dans les PED, les taux d'atteinte élevés et la gravité de la maladie chez les non-vaccinés exigent une vaccination précoce à 9 mois, même si les taux de séroconversion consécutifs à la vaccination sont relativement plus faibles [les nourrissons sont protégés jusqu'à 6 mois par les anticorps maternels acquis passivement). Tous les enfants doivent bénéficier d'une seconde chance de vaccination anti rougeoleuse. La vaccination est incluse dans le PEV. La couverture vaccinale est passée à l'échelle mondiale de 71% en 1999 à 76% en 2004. Elle est passée en Afrique de 49% en 1999 à 65% en 2004. Mais, elle varie beaucoup d'une région à l'autre. Elle devrait être à 90% pour permettre d'envisager l'éradication de la rougeole.

Les réactions indésirables au vaccin sont la fièvre (5%) et des réactions anaphylactiques (1/1 000 000).

L'éducation sanitaire des familles, en particulier des mères, est indispensable : conseils diététiques, mesures d'hygiène et obligation des vaccinations du PEV. On rappelle que l'éviction scolaire est de 7 jours après le début de l'éruption.

L'OMS a lancé un plan stratégique mondial contre la rougeole (2001 à 2005) dont le but était de voir baisser la mortalité au-dessous de 450 000 cas/an et pour cela de faire passer la couverture vaccinale à 80% en 2005. Ce but est presque atteint.

Les résultats des programmes visant à éliminer la rougeole de la Région Amérique et Caraïbes sont probants : la couverture vaccinale est de 92%, le nombre de décès inférieur à 1000 (chiffres de 1999 et 2004). La Région qui a enregistré la plus forte baisse est l'Afrique (50%), alors que l'Asie du Sud n'a enregistré qu'une baisse de 23%. L'explication vient de l'absence d'activités de vaccination supplémentaire (AVS) en Asie, alors qu'elles ont commencé en Afrique dès 1996. En décembre 2005, 87% de la population âgée de moins de 15 ans avait fait l'objet en Afrique d'AVS. Deux pays: le Nigeria et la RDC sont en retard.

Les nouveaux objectifs de l'OMS et de l'UNICEF sont d'atteindre à une couverture vaccinale mondiale dépassant les 90% et plus précisément d'obtenir en 2010 une diminution de la mortalité de 90% par rapport à son niveau de 2000.

Source: medecinetroppicale.free.fr

La rougeole

Écrit par Eric Ismaël ZOUNGRANA

Mardi, 12 Mai 2009 18:48 - Mis à jour Lundi, 16 Novembre 2009 01:16

Références

- OMS. Réduction de la morbidité rougeoleuse mondiale et élimination régionale de la maladie (2000-2001). Partie I, REH, 2002, 77, 50-55. Partie II, REH, 2002, 77, 58-61
- OMS. Vaccins anti rougeoleux. REH, 2004, 79, 130-142.
- OMS. Prévention contre les décès imputables à la rougeole au Darfour (Soudan). REH, 2004, 79, 344-348.
- OMS. Réduction de la mortalité par rougeole dans le monde : progrès en 1999-2004. REH, 2006, 81,
- OMS. Impact des activités de lutte anti rougeoleuse dans le Région africaine de l'OMS. REH, 2006, 81, 365-371.
- Borderon J.C., Goudeau A., Barthez M.A. Rougeole. (I) Le virus, aspects épidémiologiques et cliniques. Encycl. Méd. Chir., Maladies infectieuses, 8-050-G-10, 2007.
- Borderon J.C., Goudeau A. (II) Rougeole. Diagnostic, traitement et prophylaxie. Encycl. Méd. Chir., Maladies infectieuses, 8-050-G-11, 2007.