

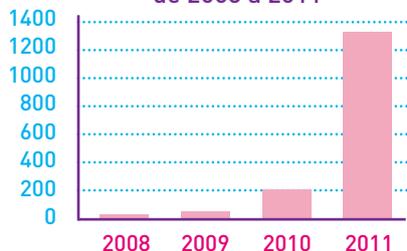
Actualités et conduite à tenir face à la Rougeole

Rougeole

Epidémie de rougeole : la phase exponentielle

Une résurgence des cas de rougeole est apparue en France depuis 2008, la circulation du virus s'étant surtout intensifiée depuis 2010. Une vague de très grande ampleur, explosive dans certaines régions, sévit sans prévision de décroissance à l'heure actuelle (Cf. Conférence de presse DGS/INVS du 23/03/2011 : http://www.invs.sante.fr/surveillance/rougeole/Point_rougeole_220311.pdf).

Nombre moyen d'IgM rougeole positives détectées mensuellement au laboratoire Biomnis de 2008 à 2011



Répartition géographique

Le virus circule surtout dans la moitié sud du pays, ce qui correspond également à la zone de moindre couverture vaccinale. La moitié des cas déclarés depuis janvier 2011 proviennent de la région Rhône-Alpes.

Population touchée

L'infection survient principalement dans la tranche d'âge des moins de 30 ans (la population plus âgée ayant contracté cette infection naturellement pendant l'enfance) ; elle touche particulièrement le très jeune enfant (moins de 1 an), et l'INVS note que l'incidence augmente chez le jeune adulte (20-30 ans) : elle a quintuplé en 2010 par rapport aux années précédentes.

La rougeole est une maladie potentiellement grave

La rougeole n'est pas qu' "une maladie bénigne de l'enfance" :

elle peut provoquer des complications pulmonaires (273 cas sur 5021 déclarés en 2010) et neurologiques (8 cas sur 5021 en 2010) et même être responsable de décès (5 cas depuis 2009). Les complications neurologiques peuvent conduire à des séquelles irréversibles.

Le taux d'hospitalisation moyen correspond environ à 1/3 des cas déclarés mais atteint son maximum dans ces deux populations : 38% chez l'enfant de moins de un an et 46% chez les plus de 20 ans. Il faut cependant compter avec une déclaration plus exhaustive des cas de rougeole lorsqu'ils sont hospitalisés ce qui maximalise l'estimation du taux d'hospitalisation.

Surveillance de l'incidence

Afin de mieux surveiller cette infection et dans le but de l'éradiquer à l'horizon 2015, la rougeole a été déclarée "Maladie à Déclaration Obligatoire" en 2005. Les critères diagnostiques sont cliniques/épidémiologiques et/ou biologiques, la confirmation biologique étant toujours souhaitable.

- Dès suspicion épidémioclinique ou bien détection d'IgM rougeole positives, un *signalement* doit être effectué sans délai par le biologiste responsable du prélèvement et/ou par le médecin auprès du Médecin Inspecteur de la DDASS de leur lieu d'exercice (téléphone, fax...)
- Par ailleurs, le médecin et/ou le biologiste doivent impérativement remplir une fiche de *notification* (http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/fiches/fiche_rougeole.pdf) à faxer à la DDASS également le plus rapidement possible.

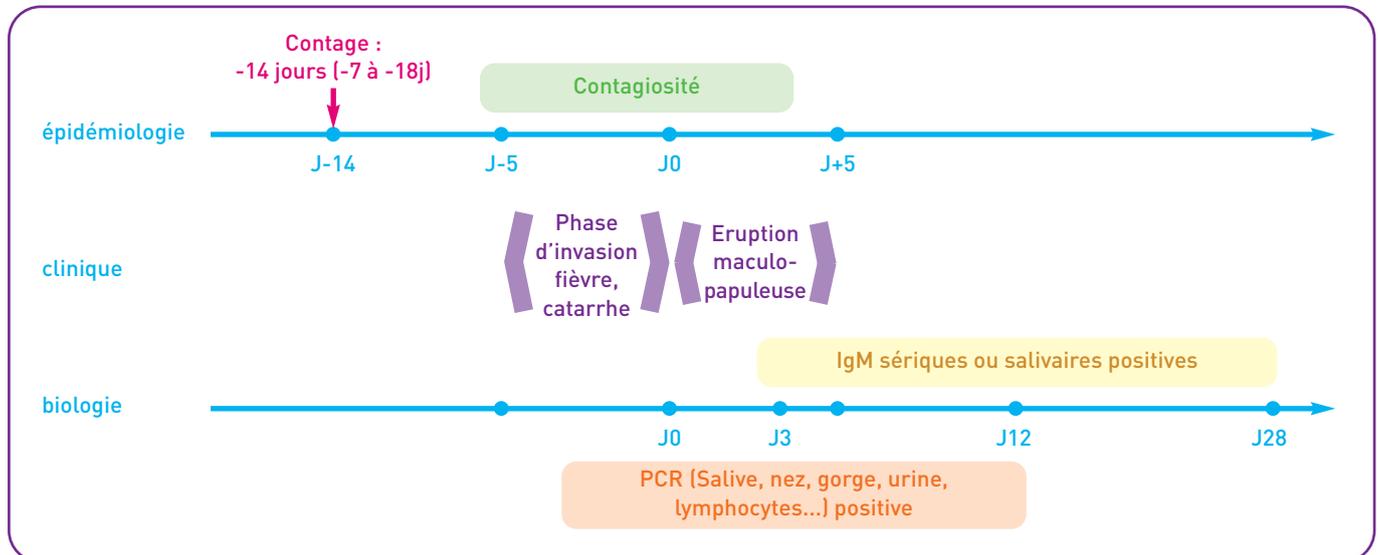
Ce double circuit permet de recueillir plus exhaustivement les cas de rougeole.

Mécanisme épidémiologique de l'épidémie

Cette épidémie est la conséquence d'une couverture vaccinale encore insuffisante dans la population française (bien qu'elle se soit améliorée ces dernières années) : elle est de 90% pour une injection à 2 ans alors que la recommandation est supérieure à 95%. Une enquête séro-épidémiologique (2009-10) montre que plus de 1,3 M de sujets ne sont pas immunisés alors que les objectifs OMS fixent un maximum à 600 000 le nombre de sujets non immuns.

Confirmation biologique

Rappel épidémioclinique et biologique



La confirmation biologique est un élément important de surveillance. En effet, l'INVS estime que seulement 50% des cas de rougeoles (voire 1/3 depuis début 2011) font l'objet d'une déclaration. Le diagnostic biologique repose sur :

- la détection d'IgM spécifiques dans le sang (prise en charge dans les laboratoires spécialisés privés ou publics) ou bien dans la salive (kit salivaire à demander par le médecin auprès de la DDASS et à renvoyer par voie postale au Centre National de Référence – CNR – de la Rougeole et des Paramyxoviridae, Caen) ; les IgM apparaissent entre 1-3 jour(s) post-éruption et disparaissent au bout de 1 à 2 mois environ. (A noter que le CNR pratique en priorité un test de détection de l'ARN, plus précoce, et en cas de négativité, la recherche des IgM.)
- la détection de l'ARN rougeoleux dans les prélèvements tels que : sécrétions rhino-pharyngées, bronchiques, LBA, urines, les lymphocytes sanguins, LCR. Cette détection est positive à la phase d'invasion avant l'éruption et jusqu'à 12 jours après. Elle peut être prise en charge par les laboratoires spécialisés ou bien le CNR sur les échantillons salivaires envoyés rapidement après le début de l'éruption ; le CNR procède alors au génotypage de la souche virale. Cette détection est particulièrement intéressante dans les cas d'hospitalisation (détection précoce), dans les cas importés (génotypage des souches d'importation), dans les complications neurologiques (LCR) et en cas de rougeole surveillant chez un sujet vacciné antérieurement (vaccination incomplète) ou bien vacciné suite à un contage.

Circulation des souches

Entre 2003 et 2007, les rares rougeoles observées étaient dues à des génotypes variés d'importation. La résurgence observée dès 2008 met en évidence la prédominance du génotype D5.

Conduite à tenir suite à un contage

Dans les 72 heures suivant un contage identifié, il est recommandé d'effectuer une injection vaccinale (Cf. Circulaire de la Direction Générale de la Santé 2009 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/09_334t0pdf.pdf) sur la base du statut d'immunité anti-rougeole du carnet de santé (vaccination ou infection naturelle) : cette vaccination précoce peut éviter la survenue de l'infection.

L'intérêt de l'administration d'immunoglobulines polyvalentes après exposition à un cas confirmé biologiquement est évalué au cas par cas dans certains contextes particuliers (femmes enceintes, sujets immunodéprimés, enfants de moins de 6 mois dont la mère présente une rougeole...) et se pratique jusqu'à 6 jours post-contage.

Les clefs de l'interruption de l'épidémie actuelle

Elles consistent dans le renforcement de la protection vaccinale chez les jeunes enfants et le rattrapage vaccinal chez les adolescents / jeunes adultes de moins de 30 ans, le but étant d'atteindre deux injections vaccinales car les données montrent un taux de séroconversions insuffisant après une injection unique (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/09_334t0pdf.pdf).

D'après une communication de Sylvie Gonzalo, Biomnis Lyon.