

UNIVERSITE FERHAT ABBES SETIF 1
FACULTE DES SCIENCES MEDICALES DE SETIF
SERVICE MALADIES INFECTIEUSES
COURS D'EXTERNAT
4^{eme} ANNEE DE MEDECINE



LES OREILLONS

Dr GASMI ABDELKADER

Maitre de conférences A

PLAN DU COURS

1° INTRODUCTION

2° EPIDEMIOLOGIE

3° CLINIQUE

4° FORMES CLINIQUES

5° DIAGNOSTIC

6° TRAITEMENT

LES OREILLONS

Dr GASMI

1° INTRODUCTION :

- ☑ Les oreillons , maladie virale aiguë , contagieuse due à un virus à tropisme glandulaire et nerveux : paramyxovirus . conférant une immunité solide .
- ☑ La transmission est directe par voie aérienne et procédant par des petites épidémies dans les collectivités touchant surtout les enfants .
- ☑ L'expression clinique la plus évocatrice est la parotidite ourlienne , de diagnostic facile mais les formes asymptomatiques sont le plus fréquentes .
- ☑ Les oreillons constituent une maladie bénigne mais elles comportent le risque de complications (atrophie testiculaire) .
- ☑ Le traitement est symptomatique et la prévention repose sur la vaccination .

2° EPIDEMIOLOGIE

☑ **Agent causal :** le virus ourlien est un paramyxovirus

☑ **Réservoir , contagiosité :**

- Infection strictement humaine , elle est très contagieuse ,
- La transmission est directe, aérienne, interhumaine par les gouttelettes salivaires d'un malade .
- Les limites de la contagiosité sont de 07 jours avant à 07 jours après les premiers symptômes.

☑ **Modalités épidémiologiques :**

- Les oreillons sont endémo-épidémiques procédant par des cas sporadiques ou des petites épidémies frappant les collectivités (écoles , casernes) survenant par cycles de 3-5 ans pendant le périodes d'hiver et printemps.
- **Age :** Rare chez les nourrissons (protection par les anticorps maternels) , elles touchent les enfants de 05-10ans et adolescents .

3° CLINIQUE

La symptomatologie est dominée par la diversité des aspects cliniques surtout la localisation glandulaire parotidienne .

Les formes inapparentes sont les plus fréquentes .

Type de description : PAROTIDITE OURLIENNE

C'est la forme habituelle , la première connue, la plus fréquemment rencontrée (70%)

☑ **Incubation :** silencieuse pendant 18-21 jours

☑ **Période d'invasion :** souvent passe inaperçue , elle peut être :

- Brève et peu brutal : fièvre modérée et malaise général
- Parfois fièvre élevée ; céphalées , vomissements, otalgies , angine rouge .

Le diagnostic est rarement posé à ce stade , il faut alors rechercher :

Points douloureux de Rillet et Barthez : douleurs provoquée rétro, sous angulo ou temporo- maxillaire .

Turgescence de l'orifice du canal de Stenon .

☑ **Phase d'état :** en 24-36 Heures s'installe la période d'état et le diagnostic est alors évident :

-**Douleurs** siégeant dans la région parotidienne devant le conduit auditif externe , accentuées par la pression aux points de Rillet et Barthez , rendant très pénible la mastication .

► **Tuméfaction parotidienne :** d'abord unilatérale , secondairement bilatérale , mais rarement symétrique , refoulant le lobe de l'oreille en haut et en dehors , comblant le sillon retro-maxillaire , donnant une tuméfaction piriforme du visage .

La palpation prudente des parotides perçoit une consistance ferme et élastique .

► **Signes associés :**

- Turgescence du canal de Stenon ;
- Parfois une pharyngite érythémateuse ;
- Adénopathies prétragiennes et sous angulo maxillaires ;
- Fièvre modérée , otalgies , céphalées fréquentes ;
- Atteintes possible des glandes sous maxillaires et sublinguales .

► **Evolution :** favorable en 8-10 jours sans séquelles . la parotidite ourlienne ne suppure jamais .

4° FORMES CLINIQUES

4.1 ► Formes asymptomatiques , inapparentes très fréquentes

4.2 ► Formes symptomatiques salivaire :

- **Formes frustes :** très fréquentes surtout chez l'enfant

- **Formes graves :** exceptionnelles : œdème de la glotte , compression trachéale et signes généraux accentués .

4.3 ► Autres localisations glandulaires :

4.3.a). Orchite ourlienne :

C'est la manifestation plus fréquente après la parotidite ; très rare avant la puberté mais très fréquente chez l'adolescent et l'adulte (15-30% des atteintes post pubertaires)

Elle peut précéder de 24-48 H la parotidite , exceptionnellement qu'elle soit la seule manifestation des oreillons.

Elle succède le plus souvent la parotidite et est annoncée par recrudescence fébrile ; douleurs abdominales et se traduit par une tuméfaction scrotale douloureuse avec œdème .

L'évolution se fait le plus souvent vers la guérison avec un risque d'atrophie testiculaire chez l'adulte et possibilité de stérilité (azoospermie) .

4.3.b) Pancréatite ourlienne :

Exceptionnelle , apparaît entre le 4^e et 10 jours de la maladie , rarement avant la parotidite.

L'expression clinique est faite de douleurs intense de type solaire et vomissements .

Le diagnostic est difficile , la biologie peut montrer une hyperamylasémie non spécifique et une glycosurie transitoire mais heureusement , elle évolue habituellement en 2-10jours vers la guérison complète .

4.3.c)Autres atteintes glandulaires : Ovarite ; Mastite ; thyroïdite qui sont rarissimes

4.4 ► Atteintes neuroméningées :

► **La méningite** peut survenir avant , pendant ou après la parotidite , habituellement entre le 4-7^e jours .

Elle peut être isolée résumant la symptomatologie et réalisant une méningite à liquide clair lymphocytaire virale mais elle peut être infra clinique .

L'évolution peut être prolongée pendant plusieurs semaines mais la guérison se fait sans séquelles.

► **Atteinte des nerfs crâniens :**

Surdité uni ou bilatérale souvent transitoires (4%) . le risque est la surdité définitive qui inappareillable.

Cécité : rare , par névrite optique

Myélite et polyradiculonévrite exceptionnelles .

5° DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF :

Le diagnostic est essentiellement clinique et le recours aux examens complémentaires se fait rarement .

▶ **Certitude** : Isolement du virus ourlien dans la salive , le LCR et les urines (après 8^ej)

▶ **Sérodiagnostic** : soit fixation du complément , soit inhibition de l'hémagglutination . Deux prélèvements sont nécessaires à 10 jours d'intervalle (augmentation de taux des anticorps surtout Ig M)

▶ **NFS : leuconéutropénie**

▶ **Hyperamylasémie**

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : Eliminer les autres causes de parotidite :

- Parotidites virales : coxackies virus A ; Echovirus , et virus parainfluenza .
- Parotidites Bactériennes : Staphylocoque et streptocoques surtout chez les sujets avec défense altérées .
- Parotidites médicamenteuses : Pyrazolés , isoprénaline
- Parotidites toxiques : iode , plomb et mercure
- Lithiases salivaires

6° TRAITEMENT

▶ **Le traitement est uniquement symptomatique** avec mesures prophylactiques (isolement du malade et éviction scolaire jusqu'à guérison clinique)

▣ **Parotidite** : soins locaux , antipyrétiques ; antalgiques

▣ **Orchites** : Repos au lit , port du suspensoir , anti- inflammatoires non stéroïdiens

▣ **Pancréatites** : Antalgiques salicylés , antiémétiques

▣ **Méningites** : repos , antalgiques et/ ou AINS .

▶ **Prophylaxie**

- Mesures prophylactiques : isolement du malade et éviction scolaire jusqu'à guérison clinique.
- Immunoglobulines humaines : en cours d'évaluations
- **Vaccination** :
 - ▣ Vaccin vivant atténué : voie sous- cutanée ou intramusculaire
 - ▣ Vaccin couplé au vaccin contre rougeole t vaccin contre rubéole : ROR .
 - ▣ 02 injections : séroconversion à 100%
 - ▣ Bonne tolérance , immunité solide et stable proche à celle conférée par la maladie .
 - ▣ Contre-indications : immunodépression , grossesse
 - ▣ Indications
 - 12 mois de vie : 1^{ere} dose
 - Entre 3-6 ans : 2eme dose
 - Entre 11-13 ans : dose de rappel .

