

Direction de la veille et de la sécurité sanitaire
Affaire suivie par : Dr Frédéric Munoz / Francine Do Monte
Tél : 02 62 93 94 15

Saint-Denis, le 1^{er} février 2019

NOTE AUX PROFESSIONNELLS DE SANTE

DEBUT D'EPIDEMIE DE ROUGEOLE



Suite à l'arrivée fin décembre 2018 de plusieurs voyageurs ayant été contaminés par la rougeole hors département, la Réunion doit actuellement faire face à **un début d'épidémie** dans le sud de l'île. **Dix-huit cas de rougeole ont été diagnostiqués** chez des personnes n'ayant pas voyagé, et compte tenu de l'extrême contagiosité de cette maladie il est à craindre que de nombreux cas se déclarent dans les jours qui viennent, notamment avec la fin de la période de congés académiques.

Entre le 01/12/2018 et le 29/01/2019, **22 cas de rougeole** ont été déclarés à l'ARS OI :

- **8 cas importés**, en majorité en provenance de Madagascar (5 cas), mais aussi de Métropole (1 cas), de Maurice (1 cas) et de Mayotte (1 cas)
- **18 cas contractés à La Réunion**, faisant craindre une diffusion du virus sur le territoire.

Cette situation est inhabituelle et suivie avec la plus grande attention, La Réunion étant habituellement indemne de rougeole. Le dernier épisode de circulation du virus sur l'île d'une telle ampleur remonte à 2011 (avec 33 cas au total répartis sur 11 semaines).

Bien qu'en progression, la couverture vaccinale à La Réunion est actuellement trop faible pour assurer une protection collective de la population vis-à-vis de la rougeole.

Pour cette raison, **il est demandé aux professionnels de santé de signaler à la CVAGS de l'ARS tout cas de rougeole** suspecté sur le tableau clinique ou confirmé par la biologie : ars-oi-signal-reunion@ars.sante.fr ou 02.62.93.94.15.

Ce signalement doit être suivi par l'envoi de la fiche de notification obligatoire téléchargeable sur : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12554.do



Ce signalement est essentiel pour permettre l'identification des cas par les équipes de l'ARS et de la CIRE ; le but étant d'interrompre la chaîne de contamination.

>> RAPPEL

La période de contagiosité est de cinq jours avant l'apparition de l'éruption cutanée et cinq jours après, soit une dizaine de jours.

>> SUJETS CONTACT A RISQUE

En raison des complications possibles, il est notamment indispensable de repérer les sujets contact à risque de faire une rougeole grave :

- Les femmes enceintes,
- Les enfants de moins de un an,
- Les personnes atteintes de maladies entraînant une diminution des défenses immunitaires.

Les sujets contact font l'objet autant que possible d'une vérification de leur statut vaccinal ou de leur antériorité vis à vis de la rougeole. Faute de pouvoir justifier d'une vaccination à jour ou d'un antécédent de rougeole (sauf pour les immunodéprimés pour lesquels l'indication d'Ig ne dépend pas de leur immunité par rapport à la rougeole), la prise en charge des personnes contact à risque, comporte deux volets :

1. La vaccination (actuellement seul le vaccin trivalent est disponible)

Réalisée dans les 72 heures suivant l'exposition y compris pour les enfants âgés de 6 à 11 mois (**entre 6 et 8 mois elle fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation**); elle reste contre-indiquée chez les femmes enceintes et les personnes présentant une maladie (ou prenant un médicament) affectant l'immunité.

2. L'administration (à minima en HDJ) d'immunoglobulines polyvalentes

Réalisée par voie intraveineuse dans les 6 jours suivant le contact pour :

- les femmes enceintes non immunes.
- **toutes les personnes présentant une maladie** (ou prenant un médicament) **affectant l'immunité**, y compris en cas de vaccination antérieure ou d'antécédent de rougeole,
- les nourrissons âgés de 6 à 11 mois, qui n'auraient pas pu bénéficier de la vaccination dans les 72 heures.
- les nourrissons de moins de 6 mois de mère non immune ou présentant une rougeole.

A noter que la réalisation d'une sérologie à des fins de contrôle de l'immunité est inutile, car il n'y a pas de corrélation entre le dosage d'IgG et l'immunisation d'un sujet (le dosage des Ac neutralisant ne peut pas être effectué en routine).

>> AUTRES SUJETS CONTACT

La prise en charge des autres cas contacts requiert le **rattrapage vaccinal pour les personnes nées à partir de 1980**, non ou incorrectement vaccinées, conformément au calendrier vaccinal.

Pour les sujets contacts nés avant 1980, sans antécédent de vaccination ou d'antécédent de rougeole documenté, une dose de vaccin peut-être proposée. Idéalement réalisée dans les 72 heures après exposition, la vaccination peut éviter la survenue de la maladie.



Tous les professionnels de santé doivent avoir reçu au moins une dose de vaccin (deux s'ils sont nés après 1980 et/ou sont en contact avec des enfants), sauf s'ils ont un antécédent documenté de rougeole maladie.

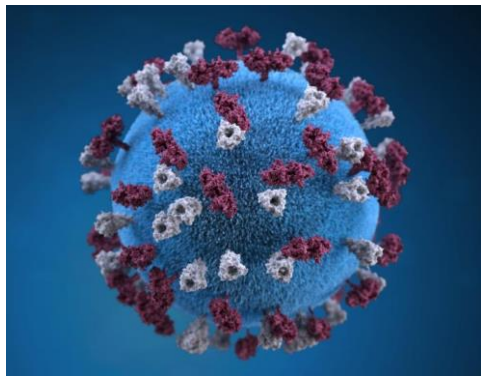
D'après l'enquête Vaxisoïn réalisée en 2009, à l'exception des sages-femmes dont la couverture vaccinale était estimée à 92,7%, les couvertures vaccinales vis-à-vis de la rougeole des personnels soignants sans antécédent de rougeole étaient très insuffisantes : 67% pour les médecins, 42% pour les infirmières et 55% pour les aides-soignantes.

Le HCSP précise en 2016 que les critères qui pourraient justifier une obligation vaccinale des professionnels de santé non immunisés sont remplis pour la rougeole.

Plus généralement, **tous les personnels, même non professionnels de santé, travaillant en établissement de santé, en établissements médico-sociaux, en libéral, en structures accueillant des enfants** devraient **être à jour de leur vaccination contre la rougeole** (sauf antécédent documenté de rougeole maladie).

La vaccination d'un sujet pendant la période d'incubation ne présente pas de risque particulier.

>> ACTIONS A VISEE PREVENTIVE





Virus de la rougeole

Les autres actions à visée préventive sont les mesures visant à diminuer la transmission :

- mesures d'hygiène standard et de précaution complémentaire type « air » (port d'un masque, lavage régulier des mains, ...)
- maintien à domicile jusqu'à 5 jours après l'apparition des signes.

Il est rappelé l'importance devant tout cas suspect de rougeole de **limiter autant que possible les contacts avec d'autres personnes**, que ce soit lors de la consultation (*salle d'attente dédiée, rendez-vous organisé pour que le patient puisse consulter sans passer par la salle d'attente ou a minima avec un masque chirurgical*), en cas d'envoi du patient aux urgences (*information préalable des urgences pour s'assurer que le patient sera pris en charge sans passer par la salle d'attente, s'assurer que le patient ne prendra pas les transports en commun...*), à la pharmacie, au laboratoire,...

Mesures d'hygiène à recommander dès le diagnostic clinique de rougeole (transmission air, virus hautement contagieux)	
 En hospitalisation	 A domicile
<p>Prévenir l'équipe opérationnelle d'hygiène</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Isolement géographique : chambre seule✓ Limitation des visites✓ Précaution air et contact<ul style="list-style-type: none">• Masque de soin pour le patient si sortie de la chambre• Masque FFP2 pour toute personne entrant dans la chambre, désinfection des mains après retrait du masque	<ul style="list-style-type: none">✓ Isolement géographique :<ul style="list-style-type: none">• Éviction de la collectivité jusqu'au 5^{ème} jour après le début de l'éruption• Maintien du patient à son domicile✓ Suspension des visites✓ Masque pour le patient (à jeter après usage) si sortie nécessaire, <u>notamment au laboratoire d'analyses médicales</u>✓ Lavage des mains✓ Aérer les pièces quotidiennement

Pour le moment, il n'y a pas d'indication de vacciner à partir de 9 mois au niveau de la population générale (par contre la vaccination des cas contact d'une rougeole confirmée est indiquée dès l'âge de 6 mois). En effet, la vaccination à cet âge nécessiterait tout de même 2 vaccinations ultérieures contre la rougeole pour assurer un bon niveau de protection. Le bénéfice-risque avant l'âge d'un an n'est pas en faveur d'une vaccination chez tous les enfants (pas de protection à long terme en l'absence des 2 vaccinations ultérieures, avec un risque d'oubli de la 3^{ème} injection).

En l'absence de complications, le traitement est symptomatique.

>> ANNEXES

ANNEXE 1 : Rappels cliniques et épidémiologiques.

ANNEXE 2 : Stratégie de diagnostic biologique.

Guide complet de la DGS (annexé à l'instruction), sur cette page

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/10/cir_44038.pdf

ANNEXE 1 : Rappels cliniques et épidémiologiques

La rougeole est l'une des infections virales les plus contagieuses.

La transmission se fait essentiellement par voie respiratoire (sécrétions nasopharyngées), mais est également possible par le biais d'objets contaminés.

La phase de contagiosité débute la veille de l'apparition des premiers symptômes et perdure jusqu'à 5 jours après l'éruption cutanée.

FORME COMMUNE :



Rougeole débutant au visage

Période d'incubation

Environ 10 jours.

Phase d'invasion

2 à 4 jours caractérisés par :

- **Fièvre** accompagnée d'asthénie et d'anorexie.
- **Catarrhe oculo-respiratoire** avec toux, conjonctivite et photophobie.
- Aspect « bouffi, grognard et pleureur » très évocateur chez l'enfant, alors qu'une conjonctivite est souvent notée chez l'adulte.
- **Signe de Köplick** (quasi-pathognomonique)
- Petites papules blanchâtres, bleuâtres ou grisâtres présentes à la face interne des joues sur fond érythémateux. Il n'est pas constant.



Rash cutané caractéristique

Eruption cutanée

Elle apparaît en moyenne 14 jours après le comptage (extrêmes de 7 à 18 jours).

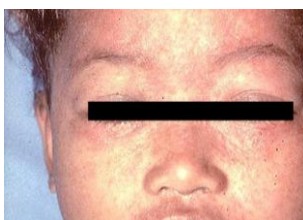
- Il s'agit d'une éruption généralement non prurigineuse, descendante.
- Elle débute aux niveaux des régions rétro-auriculaires.
- Elle s'étend vers le visage, puis le tronc et les extrémités en une seule poussée (3 jours en moyenne).
- Paumes des mains et plantes des pieds sont épargnées.
- Durée moyenne : 5 à 6 jours.



Conjonctivite

L'apyrexie est constatée à J3 ou J4.

Des polyadénopathies sont fréquentes.



Eruption maculopapuleuse



Rash cutané à J3



Signe de Koplik



Rougeole sur peau noire

FORMES COMPLIQUEES :

Les formes les plus sévères sont la pneumonie chez l'enfant (1 à 7%) et l'adulte, ainsi que l'encéphalite aiguë (0,1 à 0,2%). Les plus fréquentes sont les atteintes hépatiques chez l'adulte.

- **Complications respiratoires** : pneumonies rougeoleuses ou après surinfections bactériennes, otites, laryngites. Pneumopathie interstitielle à cellules géantes chez l'immunodéprimé.

- **Complications neurologiques** : encéphalites post-éruptive dans les 7 à 14 jours après l'éruption (létalité de 10 à 30%, morbidité de 20 à 40%). Chez l'immunodéprimé, on peut constater une encéphalite à inclusions 1 à 6 mois après. La panencéphalite sclérosante subaiguë peut survenir 4 à 10 ans après l'épisode rougeoleux et est constamment létale (fréquence : 0,01% si survenue avant 12 mois, 0,001% après l'âge de 5 ans).
 - **Atteinte hépatique** : peu fréquente et paucisymptomatique chez l'enfant, fréquente chez l'adulte (50 à 80% des patients hospitalisés avec cytolyse souvent modérée se normalisant sur plusieurs semaines).

 - **Autres localisations rares** : appendicite, pancréatites, myocardites, péricardites et atteintes ophtalmiques.

ROUGEOLE ET GROSSESSE :

Chez la femme enceinte, le risque de décès lié à la rougeole est 6 fois plus élevé qu'en dehors d'une grossesse. La pneumopathie constitue la complication la plus fréquente (risque jusqu'à 3 fois plus élevé que pour une femme non enceinte d'âge comparable).

ANNEXE 2 : Stratégie de diagnostic biologique

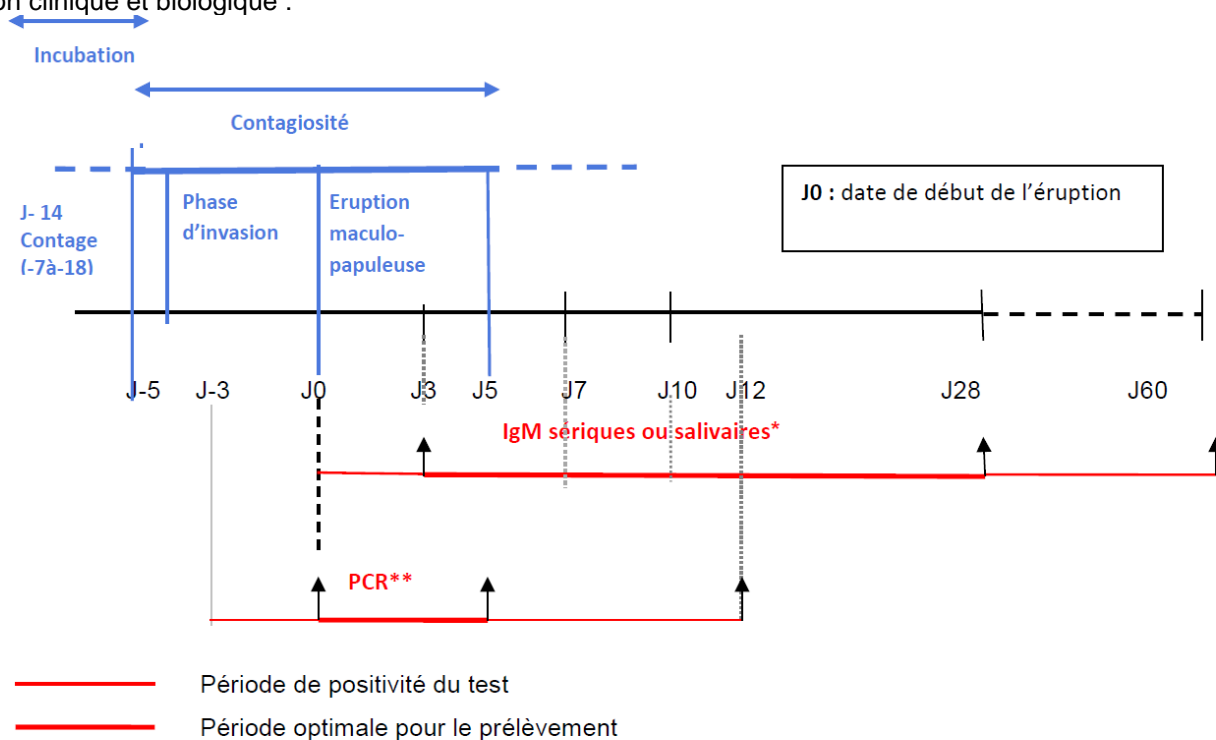
Rq : En l'absence de circulation active du virus, la confirmation biologique est essentielle.

Pendant une épidémie, il demeure essentiel de confirmer les premiers cas de nouveaux foyers et les cas pour lesquels des sujets contacts sont considérés comme à risque (nourrissons de moins de un an, femmes enceintes, personnes immunodéprimées).

Le diagnostic repose sur :

- La sérologie : mise en évidence d'Ac dans le sérum ou le liquide buccal.
- La PCR : ADN du virus détecté au niveau du sang total, du liquide buccal, des prélèvements respiratoires ou des urines.

Evolution clinique et biologique :



* Les anticorps IgM peuvent être détectés depuis l'apparition de l'éruption jusqu'à environ 60 jours après ; ils sont le plus souvent positifs entre +J3 et +J28 dans la salive et le sérum.

** L'ARN viral peut être détecté dans la salive, le nez, la gorge et l'urine de environ J-5 /J-3 à +J10/J12. La période de détection optimale dans le sang, la salive le nez ou la gorge s'étend de l'apparition de l'éruption à +J5.

STRATEGIE DE DIAGNOSTIC EN PERIODE EPIDEMIQUE :

1 – PRIVILEGIER LE PRELEVEMENT A DOMICILE PAR IDE si le patient n'est pas hospitalisé.

A défaut, contacter le secrétariat du laboratoire avant que le patient ne s'y déplace avec un masque chirurgical. Prévenir aussi les urgences si leur recours est indispensable.

Certains laboratoires ont mis en place des locaux dédiés (ou un laboratoire de prélèvement dédié par arrondissement pour des regroupements de laboratoires).

2 – CHOIX DE L'EXAMEN :

- Sérologie (**peut être négative avant J3 de l'éruption**) : à privilégier pour les premiers cas de foyers non connus par le professionnel de santé.
- PCR : dans les 5 premiers jours après l'éruption. A privilégier pour une confirmation rapide, prioritairement dans deux situations :
 - S'il y a des cas contact connus comme à risque de rougeole grave.
 - Professionnel de santé ou personnel encadrant des enfants et présentant une rougeole.

Fiche accompagnant le prélèvement pour le diagnostic biologique de la rougeole

Nom du laboratoire :

Téléphone du laboratoire :

Nom du médecin prescripteur :

Téléphone du médecin prescripteur :

Fax du médecin prescripteur :

Date du prélèvement : __ / __ / ____

Informations sur le patient	
<p>Coordonnées :</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Sexe : M. <input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/></p> <p>Date de naissance : __ / __ / ____</p> <p>Commune de Résidence :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone :</p>	<p>Éléments cliniques</p> <p>fièvre <input type="checkbox"/> coryza <input type="checkbox"/> toux <input type="checkbox"/> éruption cutanée <input type="checkbox"/></p> <p>pneumopathie <input type="checkbox"/> femme enceinte <input type="checkbox"/></p> <p>immunodépression <input type="checkbox"/> retour de voyage <input type="checkbox"/></p> <p>Date de début des signes : __ / __ / ____</p> <p>Date de début de l'éruption : __ / __ / ____</p> <p>Vaccination anti-rougeole : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/></p> <p>↳ Si oui : 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/></p>

Analyse et type de prélèvement :

<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> prélèvement salivaire <input type="checkbox"/> prélèvement rhinopharyngé (UTM) <input type="checkbox"/> LBA, aspiration trachéo-bronchique
<input type="checkbox"/> sérologie	<input type="checkbox"/> sang (tube sec)

- Du lundi au vendredi : les prélèvements pour PCR sont à adresser par les laboratoires à +4°C au laboratoire du CHU (sites Nord ou Sud).
- Le week-end ou jours fériés : uniquement les cas nécessitant une confirmation en urgence (hospitalisés, femmes enceintes non vaccinées, contacts à risque par immunodépression ou par l'âge < 1 an). **Appel préalable** pour validation au **biologiste d'astreinte** du CHU (06 92 70 08 51) ou à l'**ARS (02 62 93 94 15)**.