

CONDUITE A TENIR DEVANT UN CAS DE ROUGEOLE

CLINIQUE

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

1. Kit salivaire
2. Sérologie
3. RT-PCR

DECLARATION OBLIGATOIRE ET EVICTION

1. Signalement
2. Eviction

PRISE EN CHARGE DES CAS CONTACTS

1. Définition et identification des cas
2. Cas à risque de rougeole grave
3. Prise en charge

INCUBATION

10 jours en moyenne

SYMPTOMES

Phase d'invasion de 2 à 4 jours (contagiosité maximale) :

- ▶ fièvre élevée, AEG
- ▶ catarrhe oculo respiratoire (conjonctivite, rhinite, toux, photophobie)
- ▶ Köplik (apparition vers la 36^{ème} heure puis disparition au début de l'éruption)

Puis éruption :

- ▶ apparition environ 14 jours après le contage (7 à 18 jours)
- ▶ éruption maculo-papuleuse non prurigineuse débutant derrière les oreilles puis extension à la face puis de haut en bas en 3 jours. Paumes et plantes épargnées. Intervalles de peau saine
- ▶ disparition en 5 à 6 jours

NB : Une éruption survenant dans les 10 jours suivant une vaccination par un vaccin ROR est à priori d'origine vaccinale. Dans un contexte épidémique ou de contage, seul le génotypage (kit salivaire pour RT-PCR) permettra la distinction entre rougeole post vaccinale et rougeole liée à un virus sauvage.

COMPLICATIONS

- ▶ Plus fréquentes chez les moins de 1 an et les plus de 20 ans.
- ▶ Pneumonies chez l'enfant : 2-7%
- ▶ Encéphalite aiguë : 1-2%, survenant 1 à 2 semaines après l'éruption. 10 à 30% de décès, séquelles 20 à 40%

CONTAGIOSITE

5 jours avant et 5 jours après le début de l'éruption

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

En médecine générale, l'utilisation du prélèvement salivaire et/ou de la sérologie est recommandée pour le diagnostic (si le résultat peut être obtenu en **moins de 3 jours**).

Si la sérologie ne peut être réalisée à domicile et est réalisée au laboratoire, port du **masque chirurgical**.

① KIT SALIVAIRE

- ▶ Permet de réaliser une RT-PCR et la recherche IgM et IgG
- ▶ Techniqué par le CNR rougeole
- ▶ A envoyer **en urgence en cas de contact du cas avec un sujet à risque de rougeole grave** (femme enceinte, patient immunodéprimé, nourrisson de moins de 12 mois – cf [prise en charge des cas contacts](#)).

Demande des kits à faire auprès de l'ARS

Réalisation : lien vers la fiche « [technique de prélèvement](#) »

② SÉROLOGIE (ELISA)

- ▶ Apparition des IgM au moment de l'éruption, détection possible jusqu'à 60 jours plus tard.
- ▶ Apparition des IgG à peu près au même moment que les IgM.

Diagnostic positif si :

- IgM positives dans un contexte d'éruption morbilliforme
- Séroconversion (apparition des IgM ou élévation d'au moins 4 fois du titre des IgG sur 2 prélèvements espacés d'une semaine)



Attention : pièges de la sérologie

- **Une sérologie négative lors d'un prélèvement réalisé au cours des 3 premiers jours de l'éruption ne permet pas d'éliminer le diagnostic** → second prélèvement à 1 semaine.
- La présence d'**IgG seules** en début d'éruption signe soit une **rougeole antérieure** soit un **antécédent de vaccination** (même incomplète). **Elle ne permet pas**

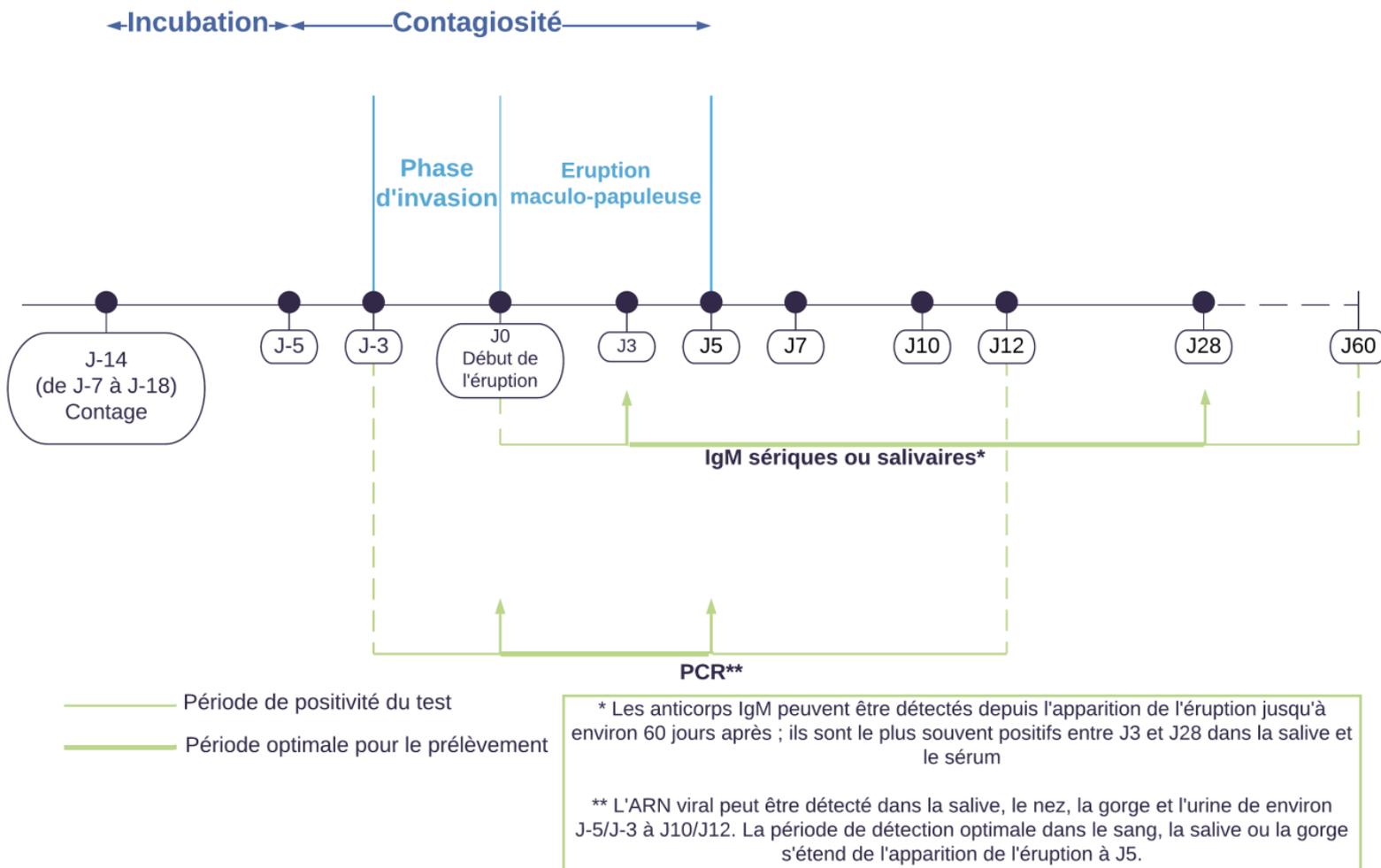
d'attester de l'immunisation contre la rougeole (pas de corrélation entre le taux d'anticorps et la protection contre la rougeole).

- Dans les 2 mois suivant une vaccination contre la rougeole, la détection des IgM et des IgG spécifiques ne permet pas de différencier une rougeole vaccinale d'une rougeole « sauvage ».

③ RT-PCR

- ▶ Positive quelques jours avant le début de l'éruption et jusqu'à 10-12 jours après (salive, nez, gorge, urines).
- ▶ Permet l'identification du génotype viral et donc de distinguer une souche vaccinale et une souche sauvage de rougeole.
- ▶ Réalisée par le CNR (cnr-roug-para@chu-caen.fr) et les CHU.

Figure 1 : résumé de l'évolution clinique et biologique (d'après Guide pratique : conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de rougeole, DGS, septembre 2018)



DECLARATION OBLIGATOIRE ET EVICTION

① SIGNALEMENT

- **le plus rapidement possible**
- devant un diagnostic **certain** (critères biologiques) **ou suspecté** (critères cliniques) – *cf ci-dessous*
- auprès de l'**ARS**
 - Lien vers la démarche de déclaration obligatoire [ici](#)
 - [Cerfa rougeole](#)
- Rechercher un contage dans les 18 jours précédant l'éruption

Critères de signalement

► Critères cliniques

Association d'une fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, 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 2 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 2 mois précédant le prélèvement) de 4 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

② EVICTION

Le virus de la rougeole peut rester présent dans l'air **jusqu'à 2 h après le départ** du malade.

En milieu de soins : **mesures de prévention de type « air »** jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption.

En salle d'attente en ville :

- Mise à l'écart des autres patients, port du **masque chirurgical** si déplacements (notamment pour sérologie au laboratoire).
- Après le départ du malade, **aérer la salle d'attente au moins 10 minutes**
- Si l'état de santé du malade nécessite une hospitalisation, **contacter le médecin du service qui accueillera le patient** ou du Service d'Accueil des Urgences afin que les mesures de prévention soient prises.
- **Eviction** du malade de la collectivité (cas clinique ou cas confirmé) recommandée **jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption**.

PRISE EN CHARGE DES CAS CONTACTS

① DEFINITION ET IDENTIFICATION DES CAS

La réalisation d'examens biologiques est inutile chez les cas contacts asymptomatiques.

Sujets contacts Personnes ayant côtoyé le malade pendant sa période de contagiosité (5 jours avant et jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption)	Identification et prise en charge
Entourage familial (personnes de la même famille vivant sous le même toit)	Médecin traitant
Les enfants et adultes de la même section en crèche ou en halte-garderie	ARS
Les enfants et adultes exposés au domicile de garde quand le cas est gardé par une assistante maternelle	
Toute personne ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux que le malade (école, internat, local professionnel, transports publics, aéronef...) avec un contact avec le malade en face à face ou un séjour de plus de 15 mn (*)	Médecin traitant et ARS
Toute personne ayant séjourné dans une pièce fréquentée par le malade jusqu'à 2 h après le départ de ce dernier	

(*) Le médecin traitant devra notamment vérifier le statut vaccinal de **l'ensemble des patients** présents en **salle d'attente au même moment** que le patient suspect de rougeole **et jusqu'à 2 heures après** que celui-ci ait quitté les lieux (sauf si la pièce a pu être correctement aérée).

② CAS A RISQUE DE ROUGEOLE GRAVE

Il s'agit :

- Des femmes enceintes insuffisamment vaccinées et sans antécédent de rougeole
- Des nourrissons de moins de 12 mois
- Des patients immunodéprimés (quels que soient ses antécédents vaccinaux ou de rougeole)

Ces populations relèvent d'une **prise en charge urgente** et la confirmation biologique du diagnostic chez le cas index **ne doit pas retarder la prise en charge** de ces patients.

③ PRISE EN CHARGE

