

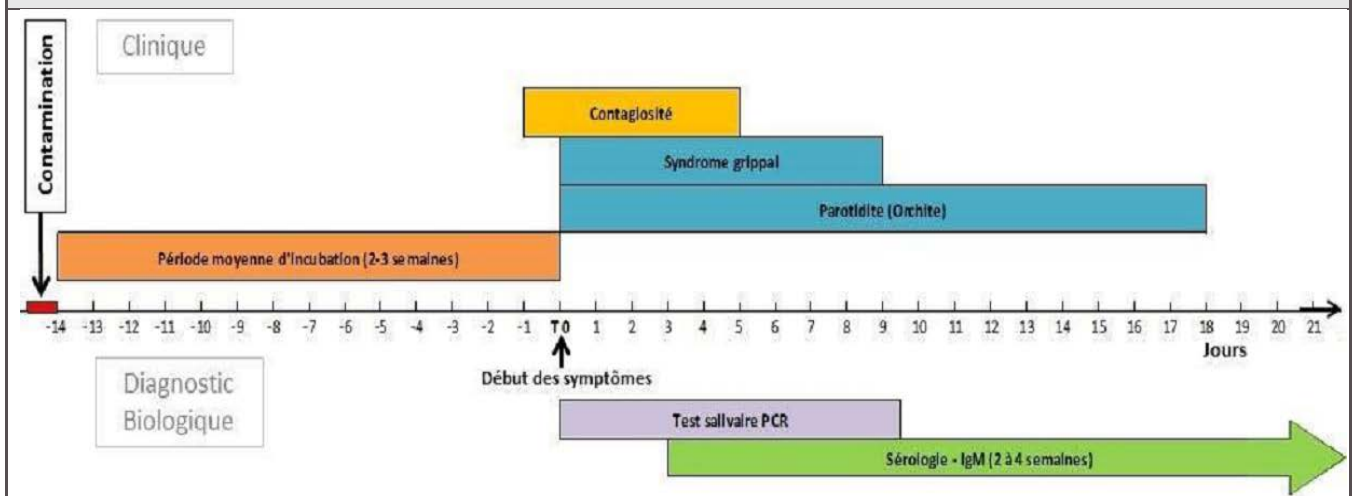
Importance en Santé Publique

Les **oreillons** sont une infection virale qui se présente typiquement avec une parotidite et un syndrome grippal. Bien qu'il s'agisse surtout d'une maladie infantile bénigne, dont le pic d'incidence se produit chez les 5 à 9 ans, le virus ourlien peut également infecter les adultes, chez qui des complications telles que l'orchite, l'oophorite et la méningite sont relativement plus fréquentes. En Belgique, en 2012, 2.648 cas étaient déclarés. L'épidémie a touché principalement une population de jeunes adultes fréquentant des écoles supérieures et ce, dans tout le pays. La résurgence des oreillons est probablement causée par des facteurs tels que la couverture vaccinale insuffisante, la protection incomplète après la vaccination, la baisse de l'immunité au cours du temps et l'intensité des échanges sociaux au sein de certaines populations. Le confinement à domicile des personnes infectées est indispensable, afin d'éviter la propagation du virus. Les mesures de contrôle se concentrent sur la surveillance, les enquêtes épidémiologiques, la sensibilisation médicale à propos de la maladie, et la vaccination de rattrapage proposées aux personnes de l'entourage non ou incomplètement vaccinés.

Rôle du médecin traitant et/ou déclarant

Les cas d'oreillons ne sont pas à déclaration.

Figure : Présentation classique de la maladie



Agent pathogène

Germe	Famille <i>Paramyxoviridae</i> (<i>Myxovirus parotidis</i>), divers sérotypes et génotypes.
Réservoir	Strictement humain.
Résistance Physico-chimique	Rapidement détruit par chaleur, formol, éther, chlore, rayons UV

Clinique

Transmission	Hautement contagieux par voie aérogène via aérosol de sécrétions respiratoires.
Incubation	12-25 jours.
Période de contagiosité	De 2 jours avant symptômes à 5 jours après (de min - 5j à max + 9j).
Symptômes	30% asymptomatiques. 70% symptomatiques : 30% syndrome grippal – 60/70% parotidite avec syndrome grippal.
Complications	Chez les non-vaccinés : Méningite aseptique (1.0-10.0%), encéphalite (0.1%), orchite (20.0-30.0%), surdité unilatérale permanente (0.005%), pancréatite (4.0%), epididymo-orchite (15.0–30.0% ; bilatéralité dans 15–30% des cas), oophorite (5.0%), perte de fertilité rare même après orchite bilatérale. Décès : 1-5% des cas d'encéphalite Diminution significative du risque de complications chez les personnes vaccinées et les moins de 5 ans.

Diagnostic

Diagnostic biologique	<ul style="list-style-type: none"> - Détection du virus ourlien par PCR dans la salive (jusqu'à 7 jours après début maladie) ; - Détection d'anticorps IgM et IgG par des tests sérologiques (présence d'IgM sériques quelques jours après l'apparition des premiers signes) ; - Chez les sujets vaccinés, élévation des anticorps IgM souvent absente, de sorte que ce test ne possède qu'une sensibilité limitée dans une communauté vaccinée ; - Critères de laboratoire devant être interprétés en fonction de l'historique vaccinal.
------------------------------	---

Définition de cas de l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control)¹	
Critères de diagnostic	<p>Critères cliniques : Toute personne qui présente de la fièvre accompagnée d'au moins 1 des 3 caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tuméfaction douloureuse aigue des glandes salivaires ; - Orchite ; - Méningite. <p>Critères de laboratoire : Présence d'au moins un des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolement du virus ourlien dans un échantillon clinique, quel que soit sa provenance ; - Détection d'acide nucléique du virus ourlien ; - Mise en évidence, dans le sérum ou la salive, d'anticorps spécifiques du virus ourlien, caractéristiques d'une infection aiguë. <p>Critères épidémiologique : Lien épidémiologique par transmission interhumaine.</p>
Cas possible	Tout cas qui répond aux critères européens de diagnostic clinique.
Cas probable	Tout cas relié de manière épidémiologique à un autre cas et qui répond aux critères européens de diagnostic clinique.
Cas confirmé	Image clinique confirmée par le laboratoire chez une personne non-vaccinée ou vaccinée dans une période lointaine.
Epidémiologie	
Groupe d'âge	Epidémie 2012-2013 : majoritairement 15-24 ans.
Incidence	Belgique : 2013 : 95,0/100.000 personnes-années. 2014-2017 : <22 /100.000 personnes-années.
Immunité	Immunité naturelle : à vie (pour un même génotype) ; Immunité post-vaccinale diminuant avec le temps ; efficacité vaccinale : inférieure à 90% pour le schéma complet.
Saisonnalité	Hiver – printemps.
Géographie Sex-ratio	Recrudescence dans les pays industrialisés et populations vaccinées depuis fin des années 1990. Homme/femme sexe ratio : > 1.
Populations à risque	
Groupes à risques de développer la maladie	Non-vaccinés depuis plus de 5 à 10 ans - Collectivités de jeunes adultes 18 – 25 ans
Groupes à risque de développer des formes graves	Patients présentant troubles immunitaires / sous traitement immunosuppresseur. Adultes mal vaccinés ou non-vaccinés.
Grossesse allaitement	[Controversé : Femmes enceintes au premier trimestre, surtout si elles sont mal vaccinées : risque de fausse couche]
Prise en charge du patient	
Traitement	Symptomatique.

¹ European Centre for Diseases Prevention and Control:
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:159:0046:0090:FR:PDF>

Mesures d'Hygiène	<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer les mesures d'hygiène générale et les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission respiratoire, disponibles sur ce site ; - Tousser dans un mouchoir jetable et éternuer dans un mouchoir jetable ou au niveau du pli du coude ; - Se moucher régulièrement au moyen de mouchoirs en papier jetables ; - Assurer une bonne aération des locaux ; - Se laver les mains fréquemment, surtout après contact avec des sécrétions respiratoires.
Isolement	5 jours à partir du début des symptômes.
Prise en charge de l'entourage du patient (post-exposition)	
Prophylaxie	N/A
Mesures d'Hygiène	<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer les mesures d'hygiène générale et les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission respiratoire, disponibles sur ce site ; - Tousser dans un mouchoir jetable et éternuer dans un mouchoir jetable ou au niveau du pli du coude ; - Se moucher régulièrement au moyen de mouchoirs en papier jetables ; - Assurer une bonne aération des locaux ; - Se laver les mains fréquemment, surtout après contact avec des sécrétions respiratoires.
Isolement	Attention particulière pour les personnes à risque de développer les formes graves.
Collectivité à risque	Action de prévention à entreprendre si le cas est en milieu collectif. Contactez le médecin inspecteur.
Prévention pré-exposition	
Mesures préventives générales	Appliquer les mesures d'hygiène générale et les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission respiratoire , disponibles sur ce site.
Vaccination	RRO1 à 12 mois, RRO2 à 7-9 ans (décision Mars 2019), précédemment administré à 10-13 ans. Contre-indications : Femmes enceintes, patients immunodéprimés, allergie à un composant vaccin RRO.

1. Agent pathogène

- Germe :

Le virus ourlien est un paramyxovirus (*Myxovirus parotidis*) à ARN monocaténaire. Il possède une capsidie hélicoïdale. Il existe plusieurs serotypes du virus. Une infection par plusieurs serotypes au cours d'une vie est théoriquement possible. Au cours des dernières années, plusieurs épidémies d'oreillons ont été observées dans nos pays voisins et aux États-Unis, impliquant surtout le génotype G5. Les éclosions locales sont souvent causées par un génotype qui diffère par quelques nucléotides. Lors de la récente épidémie aux Pays-Bas, le sous-type de Groningen a été mis en évidence.

- Réservoir :

Strictement humain.

- Résistance physico-chimique :

Le virus des oreillons est rapidement détruit par la chaleur et les agents suivants : formol, éther, chloroforme et rayons ultra-violet.

- Pathogenèse :

Le virus se réplique dans l'appareil oro-pharyngé, à partir duquel il peut se disséminer dans l'organisme par voie sanguine. Les glandes parotides sont généralement touchées. Le virus s'y développe produisant un œdème local, accompagné d'une infiltration lymphocytaire et macrophagique.

2. Clinique

- Transmission :

La transmission se fait via l'aérosolisation de sécrétions respiratoires des voies aériennes supérieures, générées lors de la toux, des éternuements ou la parole d'une personne infectée. La transmission par voie indirecte, via des objets infectés a été décrite.

- Incubation :

Le temps d'incubation dure environ trois semaines (12 à 25 jours).

- Période de contagiosité :

Les oreillons sont une maladie très contagieuse (mais moins que la rougeole et la varicelle). Les formes pauci-symptomatiques le sont également. Le patient est contagieux pendant environ deux semaines (de 3 à 6 jours avant et 6 à 9 jours après l'apparition des premiers symptômes). La contagiosité maximale débute 2 jours avant la parotidite et se poursuit durant 9 jours, à compter de celle-ci.

- **Symptômes :**

Environ un tiers des infections ourliennes se déroule de manière asymptomatique, surtout chez les enfants de moins de deux ans. Les symptômes prodromiques ne sont pas spécifiques et se présentent sous forme d'un syndrome grippal. Ils consistent en des douleurs musculaires, des céphalées et un malaise général s'accompagnant de fièvre.

La parotidite, tuméfaction des glandes parotides, est la manifestation la plus courante des oreillons et s'observe chez 60 à 70% des personnes infectées (95% des patients symptomatiques). La glande salivaire le plus souvent atteinte est la parotide (à l'arrière de la mandibule), de façon bilatérale dans la majorité des cas, parfois associée à une atteinte des glandes sous-maxillaires et/ou sublinguales. L'augmentation de volume des parotides est majorée par la présence constante de ganglions cervicaux. Elle entraîne une gêne croissante à l'ouverture de la bouche et se présente entre 16 et 18 jours suivant l'exposition au virus ; elle atteint son maximum après 2 à 3 jours et disparaît après une dizaine de jours.

Le diagnostic différentiel se fera avec d'autres infections virales (para-influenzavirus, influenza A, coxsackie A-virus, echovirus, HIV), un processus tumoral (kystique ou malin), , diabète ID, cirrhose, urémie calculs salivaires, médicaments (phenylbutazone, thiouracil, iodides, phenothiazines), syndromes de Mikulicz, Parinaud et Sjogren.



Source : Ministère de la Santé, Ontario, Canada

- **Complications :**

Si les complications des oreillons sont relativement fréquentes, les séquelles permanentes sont par contre rares. Une orchite peut se produire chez 20 à 30% des hommes en période post-pubertaire contre seulement 1% dans le cas d'infections pré-pubertaires. L'orchite est le plus souvent unilatérale, mais chez un patient sur six, les deux testicules sont atteints. Elle se produit généralement dans les 4 à 8 jours suivant l'apparition de la parotidite, mais elle peut aussi se manifester jusqu'à 6 semaines après, précéder la parotidite ou se présenter isolément. Les symptômes sont comparables à ceux d'une orchite classique: rougeur et héli-scrotum chaud et tuméfié. L'épididymite précède généralement l'orchite. La douleur et la tuméfaction disparaissent après une semaine, mais une sensibilité accrue peut persister pendant des semaines. La stérilité consécutive à une orchite ourlienne est un sujet controversé avec des données contradictoires relatives à l'effet de l'orchite sur la fonction endocrinienne des testicules. Le virus des oreillons endommage le tissu testiculaire via le développement d'un œdème parenchymateux. Cet œdème entraîne une congestion des tubules séminifères et une infiltration périvasculaire de lymphocytes. L'albuginée forme une barrière à l'œdème intense, ce qui cause une élévation de la pression testiculaire entraînant une nécrose et une hyalinisation des tubules séminifères, une fibrose et une atrophie des testicules. Bien qu'une stérilité complète soit rare, une subfertilité est observée chez environ 13% des patients. Le spermogramme de ces patients se caractérise par une oligoasthénospermie grave ou une azoospermie. Une subfertilité peut également se produire en l'absence de signes d'atrophie testiculaire. Une atrophie testiculaire est observée chez 30 à 50% des patients atteints d'une orchite ourlienne. Chez les patients du sexe féminin, les oreillons peuvent entraîner une oophorite, mais cette atteinte des ovaires ne provoque que rarement une atrophie ou des problèmes de fertilité.

Les autres complications possibles d'une infection par le virus des oreillons sont une méningite aseptique (1-10%), une encéphalite (0.1%), une surdité transitoire et permanente (respectivement 4% et 1 cas/20.000) ou encore une pancréatite (4%). Selon une étude faite en Grande-Bretagne (Yung C et al, 2011), les risques d'hospitalisation, d'orchite et méningite étaient diminués respectivement de 54, 72 et 28% chez les patients ayant reçu une dose de RRO.

3. Diagnostic

- Diagnostic biologique :

Un diagnostic au laboratoire est généralement superflu, puisque le diagnostic peut généralement être posé sur la base du tableau clinique. Outre le diagnostic clinique en cas de orchite, une culture urinaire avec antibiogramme doit toujours être effectuée chez le patient, afin d'exclure une (sur)infection bactérienne.

Le diagnostic biologique peut se faire grâce à l'isolement et la détection du virus ainsi que par la sérologie. Il est préférable de prélever l'échantillon dans la semaine suivant l'apparition des premiers symptômes.

Actuellement, le diagnostic de choix repose sur des techniques de détection du virus par réaction en chaîne par polymérase après transcription inverse (RT-PCR). L'ARN du virus des oreillons peut être détecté à partir d'échantillons de salive, de liquide céphalorachidien (LCR), ou nasopharyngé. Il est rarement retrouvé dans le sang. La sensibilité de la PCR est bonne, tant que l'échantillon est prélevé durant la semaine consécutive aux premiers symptômes. L'isolement du virus par la culture de salive, d'urine ou de liquide céphalorachidien est également possible mais plus difficile.

Des tests sérologiques comprenant la détection d'anticorps IgM et IgG peuvent également contribuer à la confirmation du diagnostic. Les anticorps IgM peuvent être détectés dès le troisième jour suivant les premiers symptômes jusqu'à quelques semaines après avoir contracté la maladie. Chez les sujets vaccinés, cette élévation des anticorps IgM est souvent absente, de sorte que ce test ne possède qu'une sensibilité limitée dans une communauté vaccinée, comme en Belgique. C'est la raison pour laquelle la RT-PCR est davantage indiquée chez les personnes vaccinées. Une élévation (quadruple) des anticorps IgG constitue en revanche une donnée utile. Le dosage des IgG exige toutefois deux prélèvements sanguins, le premier échantillon étant prélevé de préférence aussi rapidement que possible après l'apparition des premiers symptômes et le second, quelques semaines plus tard.

L'indication d'une détection de l'ARN du virus des oreillons par PCR dans la salive ou les sécrétions nasopharyngées est proposée par le Centre National de Référence selon les critères suivants : symptômes des oreillons (parotidite avec fièvre) max cinq ans après vaccination, pour un cas isolé, avec complications graves (orchite, ovarite, pancréatite, encéphalite, méningite,...)

Ces détections peuvent se faire sur demande des médecins inspecteurs de la Cellule Inspection d'hygiène. Les informations détaillées peuvent être trouvées sur le site du Centre National de Référence :

Site internet : https://nrchm.wiv-isp.be/fr/centres_ref_lab/default.aspx

Instructions pour échantillonnage : https://www.sciensano.be/en/analysis-request/medical-analysis-request?field_pathogen_s_tid_selective=10389

4. Définition de cas de l'ECDC

- Critère de diagnostic :

Critères cliniques :

Toute personne présentant de la fièvre, ET au moins un des trois symptômes suivants:

- Apparition brutale d'une tuméfaction unilatérale ou bilatérale sensible de la parotide ou d'autres glandes salivaires sans cause apparente ;
- Orchite ;
- Méningite.

Critères de laboratoire :

Au moins un des trois critères suivants:

- Isolement du virus ourlien à partir d'un échantillon clinique ;
- Détection d'acide nucléique du virus ourlien ;
- Formation, dans le sérum ou la salive, d'anticorps spécifiques du virus ourlien caractéristiques d'une infection aiguë.

Attention : Les résultats de laboratoire doivent être interprétés à la lumière du statut vaccinal.

Critères épidémiologiques :

Lien épidémiologique par transmission interhumaine.

- Cas possible :

Tout cas qui répond aux critères européens de diagnostic clinique.

- Cas probable :

Tout cas relié de manière épidémiologique à un autre cas et qui répond aux critères européens de diagnostic clinique.

- Cas confirmé :

Image clinique confirmée par le laboratoire chez une personne non-vaccinée ou vaccinée dans une période lointaine. En cas de vaccination récente : toute personne chez laquelle a été détecté un sérotype « sauvage » du virus ourlien (wild-type mumps virus strain)

5. Epidémiologie

- Groupe d'âge :

Dans une population non-vaccinée, les oreillons touchent généralement les enfants entre 1 et 9 ans. Dans une population vaccinée, la moyenne d'âge augmente. En Belgique, pendant l'épidémie de 2012-2013, le groupe d'âge le plus touché était celui des adolescents/jeunes adultes de 15 à 24 ans.

- Incidence :

Les oreillons surviennent partout dans le monde et des cas sont signalés tout au long de l'année, des épidémies survenant tous les deux à cinq ans. Les oreillons demeurent endémiques dans de nombreux pays. Il est difficile d'établir une estimation précise de l'incidence des oreillons. En effet, ces derniers n'ont pas de profil clinique clairement établi : dans 30 % des cas, la maladie est asymptomatique, tandis qu'un gonflement unilatéral ou bilatéral est observé dans 60-70% des cas. L'année 2012 a été une année charnière pour l'incidence des oreillons en Belgique, la première grande épidémie d'oreillons depuis l'introduction de la double vaccination RRO en Belgique s'est déclarée à partir d'avril 2012 dans des écoles supérieures à Gand. Au cours de l'année 2012, 2542 cas d'oreillons ont été déclarés en Flandre et 144 cas en Wallonie et à Bruxelles, la déclaration n'étant devenue obligatoire qu'à partir de septembre 2012. Entre janvier et juin 2013, plus de 2000 cas ont été notifiés en Flandre et plus de 1000 cas en Wallonie et à Bruxelles. Les données de surveillance fournissent très probablement une sous-estimation de l'ampleur de la situation en Belgique malgré la déclaration obligatoire pendant l'épidémie. À partir du second semestre de 2013, une forte diminution du nombre de cas a été constatée. Celle-ci s'est poursuivie en 2014-2017 selon toutes les sources de données.

En 2013, l'incidence basé sur des consultations chez les Médecins vigies était estimée à 95,0/100.000 (IC à 95 % : 80,9-110,9) personnes-années avant de chuter à 18,3/100.000 (IC à 95 % : 12,4-26,2) en 2014, 21,3/100.000 (IC à 95 % : 14,7-29,9) en 2015, 15/100 000 (IC 95 % : 9,2-23,1) en 2016 et 16,3/100 000 (95% CI: 13,5-19,1) en 2017.

Avec l'épidémie d'oreillons la Belgique a rejoint les pays avoisinants où des épidémies d'oreillons ont eu lieu depuis fin 2009. En Grande-Bretagne, où le taux de vaccination est plus faible qu'en Belgique, le nombre de cas a été estimé à 2716 en 2011. Aux Pays-Bas, où le taux de vaccination est comparable, voire supérieur à celui de la Belgique, le nombre de cas a été estimé à 610 la même année.

- **Immunité :**

L'immunité naturelle pour un serotype dure toute la vie. La récurrence des oreillons est possible, mais rare. Il existe, en effet, divers serotypes du virus ourlien.

L'immunité vaccinale est semble-t-il limitée. Un échec primaire du vaccin, sans réaction IgG lors de la vaccination, est soupçonné dans 6 à 10 % des cas. L'on pense aussi que l'atténuation de l'immunité (waning immunity) joue un rôle, mais celui-ci est plus difficile à établir. Toutefois, la diminution de l'efficacité de la vaccination et le taux d'attaque augmenté dans les groupes vaccinés depuis plus longtemps semblent aller dans le sens d'un échec secondaire du vaccin. En outre, il y a aussi une discussion quant à la diminution du renforcement naturel et quant à une non-correspondance des souches du vaccin avec les souches circulantes (mismatch). Dans une revue systématique de Cochrane, l'efficacité de la vaccination est estimée autour de 64 à 66 % pour une dose et à 83 à 88 % pour deux doses. En outre, l'accumulation de personnes sensibles au fil du temps, insuffisamment vaccinées, et le modèle de contact spécifique des étudiants (nombreux contacts mutuels et étroits avec les personnes de même âge) jouent également un rôle. L'immunité post-vaccinale diminue avec le temps, mais la durée de son efficacité n'a pas été clairement établie.

- **Saisonnalité :**

Hiver et printemps.

- **Géographie et sexe ratio :**

Se retrouve plus fréquemment chez le sexe masculin.

6. **Population à risque**

- **Groupes à risque de développer la maladie :**

- o Toute personne qui n'est pas vaccinée ou naturellement immunisée, surtout s'il y a regroupement des personnes non immunes dans certains lieux de séjour ou de résidence;
- o Les populations avec échanges sociaux intenses, variés et fréquents (par exemple : collectivité de jeunes adultes dans les milieux étudiants);
- o Toute personne souffrant d'immunodépression ou étant sous traitement immunosuppresseur ;
- o Les enfants qui, par exemple pour différentes convictions, ne sont pas vaccinés ;
- o Les jeunes adultes n'ayant reçu qu'une dose RRO et les adultes nés avant 1985 n'ayant pas développé la maladie.

- **Groupes à risque de développer des formes graves :**

- o Adultes, à historique vaccinal est incomplet ou n'ayant pas développé naturellement la maladie dans le passé ;
- o Parotidite chronique chez les enfants infectés par le virus de l'immunodéficience humaine.
- o Quid immunodépression ?

- **Grossesse et allaitement :**

Développer l'infection durant le premier trimestre accroît le risque de fausses-couches.

Il existe une transmission materno-fœtale avec une possibilité d'atteinte placentaire. Certains auteurs ont décrit une relation entre la maladie chez la mère et la survenue de cardiomyopathie chez le fœtus, mais le rôle tératogène du virus ourlien n'est pas démontré. Par ailleurs, il a également été décrit des cas de parotidite néonatale après infection virale de la mère à l'approche du terme.

L'administration du vaccin vivant atténué contre les oreillons n'a pas été mise en relation avec des malformations congénitales. Cependant, il est contraindiqué de vacciner durant la grossesse.

Les vaccins vivants sont en principe contre-indiqués pendant la grossesse, et il est aussi préférable de ne pas débuter une grossesse dans le mois suivant l'administration d'un vaccin contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, la varicelle ou la fièvre jaune. A l'heure actuelle, il n'existe cependant aucune preuve d'un effet tératogène ou d'une toxicité embryonnaire pour aucun vaccin (y compris les vaccins vivants). Lorsque le risque d'infection est très élevé et que l'infection comporte des risques importants pour la mère et/ou pour l'enfant, on peut quand même vacciner

Allaitement : pas de contraindication

7. Prise en charge du patient

- **Traitement :**

Le traitement des oreillons est symptomatique. En règle générale, la guérison survient spontanément après 8 à 10 jours.

- **Mesures d'hygiène :**

Il convient d'appliquer les [mesures d'hygiène générales](#) et les [mesures spécifiques aux maladies à transmission respiratoire](#), disponibles sur ce site. En particulier : tousser et éternuer de manière hygiénique, se moucher régulièrement au moyen de mouchoir en papier jetable, assurer une bonne aération des locaux, se laver fréquemment les mains, surtout après contact avec des sécrétions respiratoires.

- **Isolement – éviction :**

Toute personne malade doit rester confinée à la maison et éviter les contacts sociaux au moins cinq jours après le début des symptômes pour éviter autant que possible de transmettre l'infection à d'autres personnes.

8. Prise en charge de l'entourage du patient (post-exposition)

- **Prophylaxie :**

Une vaccination de rattrapage peut être administrée aux personnes qui n'ont pas reçu antérieurement les deux doses de Rougeole-Rubéole-Oreillons (RRO) recommandées, et certainement à celles qui ont (eu) des contacts avec des personnes infectées. Néanmoins, la vaccination n'enraye pas le processus d'incubation.

Si l'entourage a été correctement vacciné, aucune action n'est à entreprendre. A l'heure actuelle, il n'y a pas assez d'arguments pour recommander une troisième dose du vaccin.

- **Mesures d'hygiène :**

Il convient d'appliquer [les mesures d'hygiène générales](#) et spécifiques aux [maladies à transmission respiratoire](#), disponibles sur ce site.

En particulier : **Tousser dans un mouchoir jetable et éternuer dans un mouchoir jetable ou au niveau du pli du coude**, se moucher régulièrement au moyen de mouchoir en papier jetable, assurer une

bonne aération des locaux, se laver fréquemment les mains, surtout après contact avec des sécrétions respiratoires.

- **Isolement – éviction :**

Il convient d'éviter le contact avec le patient, notamment avec les enfants immunodéprimés ou des adultes mal vaccinés, durant la période contagieuse.

Des mesures d'éviction sont à discuter pour les femmes enceintes au 1er trimestre non-immunisées ou les personnes immunodéprimées.

- **Collectivité à risque :**

En collectivité, il est nécessaire d'informer le personnel et les parents de l'existence de cas dans la collectivité.

La surveillance des personnes à risque de développer une forme grave (personnes immunodéprimées, femmes enceintes mal vaccinées ou non-vaccinées, adultes mal vaccinés ou non-vaccinés) s'impose. Elle durera au moins le temps nécessaire à l'incubation, c'est-à-dire de 12 à 25 jours.

9. Prévention pré-exposition

- **Mesures préventives générale :**

Il convient d'appliquer [les mesures d'hygiène générale](#) et [les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission respiratoire](#), disponibles sur ce site.

- **Vaccination :**

La vaccination contre les oreillons a pour objectif de prévenir la maladie, d'éviter sa transmission ainsi que d'éviter d'éventuelles complications telles que la pancréatite, la méningite, la surdité (parfois définitive), l'orchite post-pubertaire avec un faible risque de stérilité définitive, ou encore l'oophorite. La vaccination des enfants est préconisée par le Conseil Supérieur de la Santé. Le vaccin n'est disponible, en Belgique, que sous forme trivalente : « Rougeole-Rubéole-Oreillons » (RRO). Actuellement, la première dose est administrée à 12 mois et la deuxième entre 7 et 9 ans (décision prise en Mars 2019, précédemment l'âge de la deuxième dose était entre 10 et 13 ans). Pour la vaccination de rattrapage, une personne vierge de toute vaccination contre les oreillons recevra deux doses espacées au minimum d'un mois. Le vaccin contre les oreillons est de type « vivant atténué », tout comme celui contre la rubéole et la rougeole. Le vaccin « RRO » est contrindiqué lors des circonstances suivantes en tenant compte de toutes les valences vaccinales lors de l'évaluation des contrindications :

- Réactions allergiques connues au vaccin ou à l'un de ses composants ;
- Grossesse ;
- Patients atteints d'une déficience immunitaire (entre autres hypo- ou agammaglobulinémie, leucémie ou lymphome) ou immunodéprimés (entre autres : traitement par des immunosuppresseurs, des corticostéroïdes à doses élevées, des antitumoraux ou en cas de radiothérapie étendue), chez les patients infectés par le VIH avec un taux de lymphocytes T CD4+ < 200/μl ou souffrant du sida). Voir aussi l'avis du Conseil Supérieur de la Santé "[Vaccination d'enfants et d'adultes immunodéficients et malades chroniques](#)";
- Tuberculose active non traitée (risque d'exacerbation).

Personnes de contact

Centre National de référence

Dr Veronik Hutse

Sciensano Site Uccle – Engelandstraat 642, 1180 Bruxelles

Direction scientifique Maladies infectieuses humaines, Service Maladies virales

Tél. 02/373.32.97

Fax. 02/373.32.91

Email : virologie@sciensano.be

Site internet : https://nrchm.wiv-isp.be/fr/centres_ref_lab0/default.aspx

Informations détaillées sur les examens via le lien :

https://www.sciensano.be/en/analysis-request/medical-analysis-request?field_pathogen_s_tid_selective=10389

Sciensano

Personne responsable : Amber Litzroth

E-mail : Amber.Litzroth@sciensano.be

Tél. : 02/642.50.20

Références

1. American Academy of Pediatrics. Mumps. In: Pickering L ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2003:439–43.
2. Pink book. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 12th edition. 2012
3. Vaccines. Stanley Plotkin *et al.* 6th Edition. 2013.
4. Rubin SR, Vandermeulen C. Mumps virus. In: The Biology of Paramyxovirus. Ed.: Samal SK. Maryland: Caister Academic Press, 2011:5-36.
5. Hviid A, Rubin S, Muhlemann K. Mumps. Lancet 2008 March 15;371(9616):932-44.
6. Davis NF, McGuire BB, Mahon JA, Smyth AE, O'Malley KJ, Fitzpatrick JM. The increasing incidence of mumps orchitis: a comprehensive review. BJU Int 2010;105:1060-5.
7. Lane TM, Hines J. The management of mumps orchitis. BJU Int 2006;97:1-2.
8. Adamopoulos DA, Lawrence DM, Vassilopoulos P, Contoyiannis PA, Swyer GI. Pituitary-testicular interrelationships in mumps orchitis and other viral infections. Br Med J 1978;1:1177-80.
9. Bertschat FL, Alexander M. Infertility after mumps orchitis (author's transl). MMW Munch Med Wochenschr 1981;123:606-8.
10. Sabbe M et al. Maladies infectieuses pédiatriques à prévention vaccinale. Tendances et évolutions en Belgique et dans les Communautés, 2012. Bruxelles : Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP). 2013. N° de référence interne : 2014-045. N° de dépôt légal D/2014/2505/04.
11. Sabbe M et al. Maladies infectieuses pédiatriques à prévention vaccinale. Synthèse annuelle 2014. Bruxelles : Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP). 2015. N° de référence interne : 2016/003. N° de dépôt légal D/2016/2505/76.
12. Sabbe M et al. Maladies infectieuses pédiatriques à prévention vaccinale. Rapport annuel 2015. Bruxelles : Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP). 2016. N° de référence interne : 2016/038. N° de dépôt légal D/2016/2505/46.
13. Mendes da Costa et al. Maladies infectieuses pédiatriques à prévention vaccinale. Synthèse annuelle 2016. Bruxelles : Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP). 2015. N° de référence interne : 2018/007. N° de dépôt légal D/2018/2505/7.
14. Litzroth A et al. Surveillance épidémiologique des oreillons. Virus ourlien – 2017. Sciensano. Disponible sur : <https://epidemio.wiv-isp.be/ID/reports/Oreillons%20Virus%20ourlien%20-%20Epid%3%a9miologie%20-%20Rapport%20annuel%202017.pdf>
15. Demicheli V, Rivetti A, Debalini MG, Di PC. Vaccines for measles, mumps and rubella in children. Cochrane Database Syst Rev 2012;2:CD004407.
16. European Center for Disease Prevention and Control (ECDC). Annual epidemiological report for 2016. Mumps. Disponible sur : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2016-mumps-rev.pdf
17. Vandermeulen C, Leroux-Roels G, Hoppenbrouwers K. Mumps in highly vaccinated populations. Human vaccines. 2009;5:494-6.
18. Otto W, Mankertz A, Santibanez S, Saygili H, Wenzel J, Jilg W et al. Ongoing outbreak of mumps affecting adolescents and young adults in Bavaria, Germany, August to October 2010. Euro Surveill 2010;15(50).
19. Theeten H et al. Are we hitting immunity targets? The 2006 age-specific seroprevalence of measles, mumps, rubella, diphtheria and tetanus in Belgium. Epidemiol Infect. 2011 Apr;139(4):494-504.
20. Kaaijk P, van der Zeijst BA, Boog MC, Hoitink CW. Increased mumps incidence in the Netherlands: Review on the possible role of vaccine strain and genotype. Euro Surveill. 2008;13(26).
21. Whelan J, van BR, Greenland K, Fanoy E, Khargi M, Yap K et al. Ongoing mumps outbreak in a student population with high vaccination coverage, Netherlands, 2010. Euro Surveill 2010 April 29;15(17).

22. Whyte D, O’Dea F, McDonnell C, O’Connell NH, Callinan S, Brosnan E et al. Mumps epidemiology in the Mid-West of Ireland 2004-2008: increasing disease burden in the university/college setting. *Euro Surveill* 2009;14(16).
23. Eriksen J, Davidkin I, Kafatos G, Andrews N, Barbara C, Cohen D, et al. Seroepidemiology of mumps in Europe (1996-2008): why do outbreaks occur in highly vaccinated populations? *Epidemiol Infect.* 2012 Jun 12;1–16.
24. Van Boven M, Ruijs WLM, Wallinga J, O’Neill PD, Hahné S. Estimation of vaccine efficacy and critical vaccination coverage in partially observed outbreaks. *PLoS Comput Biol.* 2013 May 2;9(5):e1003061.
25. Burgmeijer R, Hoppenbrouwers K, Bolscher (red.). *Handboek Vaccinaties (Deel B, Hoofdstuk 1, p. 3-11)*. Assen: Van Gorcum, 2007. ISBN 978 90 232 4339 7.
26. Flipse W, Deschrijver K. Uitbraak van bof onder universiteitsstudenten in 2012. *Vlaams Infectieziektebulletin.* Infectieziektebulletin 2013-3.
27. Schrijver De K, Byvoet V, Branden Van Den D. Bofopstoot in de provincie Antwerpen. *Vlaams Infectieziektebulletin.* 80/2012/2.
28. Date AA, Kyaw MH, Rue AM, Klahn J, Obrecht L, Krohn T et al. Long-term persistence of mumps antibody after receipt of 2 measles-mumps-rubella (MMR) vaccinations and antibody response after a third MMR vaccination among a university population. *J Infect Dis* 2008 June 15;197(12):1662-8.
29. Dayan GH, Rubin S. Mumps outbreaks in vaccinated populations: Are available vaccines effective enough to prevent outbreaks? *CID* 2008;47:1458-67.
30. Huang AS, Cortese MM, Curns AT, Bitsko RH, Jordan HT, Soud F et al. Risk factors for mumps at a university with a large mumps outbreak. *Public Health Rep* 2009 May;124(3):419-26.
31. Ogbuanu, et al. Impact of a third dose of measles-mumps-rubella vaccine on a mumps outbreak. *Pediatrics* 2012;130:6 e1567-e1574.
32. Abedi GR et al. Adverse events following a third dose of measles, mumps, and rubella vaccine in a mumps outbreak. *Vaccine.* 2012 Nov 19;30(49):7052-8.
33. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: Summary Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Recommendations and Reports. June 14, 2013 / 62(RR04);1-34.
34. Yung CF, Andrews N, Bukasa A, Brown KE, Ramsay M. Mumps complications and effects of mumps vaccination, England and Wales, 2002-2006. *Emerg Infect Dis.* 2011 Apr;17(4):661–667; quiz 766.
35. Conseil Supérieur de la Santé CSS Guide de vaccination – avis mars 2019 <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9141-calendrier-vaccinal-de-base>
36. European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:159:0046:0090:FR:PDF>
37. Relevé épidémiologique hebdomadaire. Organisation Mondiale de la Santé. No. 7, 2007, 82, 49–60. Disponible sur : http://www.who.int/immunization/wer8207mumps_Feb07_position_paper.pdf
38. Jacquinet S. et al. Caractéristiques de l’épidémie d’oreillons en Wallonie, 2012- premier semestre 2013. Disponible sur : http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/maladies_transmissibles/Caracteristiques_epidemie_Oreillons_FWB_aout_2013.pdf