



Les oreillons

Mise à jour - avril 2016

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-75850-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2016

Fiche technique sur les oreillons
Mise à jour – avril 2016

La mise à jour de la présente fiche technique est basée en partie sur les lignes directrices canadiennes et internationales. Il peut exister des différences entre les recommandations que contient cette fiche et celles qui sont formulées dans les guides existants.

Les dénominations au long des abréviations utilisées sont données au bas de la fiche tandis que les références se trouvent à la fin du document.

Agent infectieux	Paramyxovirus, genre Rubulavirus
Réservoir	Humain
Incubation	De 12 à 25 jours, en moyenne 16 à 18 jours
Transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Par contact direct avec la salive ou des gouttelettes respiratoires provenant du nez ou de la gorge ; • Par la salive, la toux, les éternuements, le partage de boissons ou les baisers, ou par contact avec une surface qui a été contaminée par le virus des oreillons.
Contagiosité	<p>La salive peut contenir le virus à partir du septième jour précédant l'apparition de la tuméfaction des glandes salivaires jusqu'à cinq jours après cette apparition (bien que l'on puisse encore isoler le virus dans la salive après ce cinquième jour, le risque de transmission est alors considéré comme faible en raison de la diminution de la charge virale).</p> <p>Toutefois, la période de contagiosité maximale va de deux jours avant le début de la tuméfaction des glandes salivaires jusqu'à cinq jours après.</p>
Immunité	Définitive
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie asymptomatique dans 20 à 30 % des cas. Peut se présenter comme une IVRS. • Les oreillons se manifestent souvent par une fièvre légère pendant un ou deux jours et une inflammation des glandes parotides (parotidite) dans 60 à 70 % des cas. • La parotidite se manifeste par des douleurs unilatérales ou bilatérales dans la région auriculaire (l'atteinte peut débuter d'un côté pour devenir bilatérale quelques jours plus tard) et une tuméfaction des glandes salivaires pendant deux à dix jours. • Les autres manifestations cliniques fréquentes comprennent : <ul style="list-style-type: none"> – l'épidydimite-orchite (surtout unilatérale) dans 25 % des cas chez les hommes pubères ; – l'oophorite (surtout unilatérale) dans 5 % des cas et la mastite dans une proportion allant jusqu'à 30 % des cas chez les femmes pubères ; – la méningite dans 1 à 10 % des cas ; – l'encéphalite dans 0,1 % des cas ; – la surdité temporaire aux hautes fréquences dans 4 % des cas.

Fiche technique sur les oreillons
Mise à jour – avril 2016

<p>Complications</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes pour qui les risques de complications sont les plus élevés sont les adultes. Le risque de présenter des complications neurologiques est plus élevé pour les hommes. • Méningite aseptique (10 à 30 % des cas). • Encéphalite dans 2 cas sur 100 000, avec un risque de décès de 1 %. • Stérilité après une épидидymo-orchite ou une oophorite très rare. • Chez la femme enceinte : augmentation du risque d'avortement spontané si l'infection survient au cours du premier trimestre de la grossesse, mais pas d'évidence de malformation congénitale, et ce, même si le virus des oreillons peut traverser le placenta. • Surdité permanente dans 1 cas sur 20 000. • Autres : atrophie testiculaire dans 50 % des cas d'�pididymo-orchite, atteintes neurologiques variées rares.
<p>Définitions nosologiques</p>	<p>Cas confirmé</p> <p>Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'une immunisation r�cente¹ contre les oreillons :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. isolement ou détection d'acides nucléiques du virus des oreillons dans un échantillon clinique approprié ; <p>ou</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. détection d'une augmentation significative (≥ 4 fois) du taux d'anticorps contre le virus des oreillons entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence ; <p>ou</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. détection sérologique d'IgM contre le virus des oreillons chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests mentionnés aux points 1 et 2 ou qui a séjourné récemment dans une région où il y a des cas d'oreillons². <p>OU</p> <p>Manifestations cliniques compatibles (fièvre, tuméfaction douloureuse d'une ou de plusieurs glandes salivaires, par exemple) et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire mentionnés aux points 1 et 2.</p> <p>En situation d'écllosion, l'autorité assurant la coordination de l'intervention (la DSP si la situation reste à l'échelle régionale ou le MSSS si elle s'étend à plus d'une région) pourra appliquer une définition de cas propre à l'écllosion, différente de la définition nosologique.</p> <p>Pour plus de précisions concernant la validation des cas secondaires, consulter la section des notes pour interpréter les définitions nosologiques dans le document sur les définitions nosologiques 10^e édition de juin 2015, disponible en ligne à l'adresse suivante :</p> <p>http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-268-02W.pdf</p>

1. En présence d'une immunisation récente, la confirmation du cas devra s'appuyer sur la détection du virus sauvage dans un échantillon clinique approprié. Les IgM induits par la vaccination peuvent être détectés pendant environ un mois.

2. Lorsqu'un cas répond au troisième critère de la définition de cas confirmé, il devient par le fait même un cas confirmé par un test de laboratoire.

<p>Laboratoire³</p>	<ul style="list-style-type: none">• La RT-PCR, ou TAAN, est la méthode diagnostique privilégiée pour la confirmation en laboratoire des cas d'oreillons.<ul style="list-style-type: none">– Préférentiellement à partir d'un écouvillonnage buccal ou d'un prélèvement de salive effectués notamment autour de la région du canal de Sténon, à proximité des glandes salivaires gonflées, jusqu'à cinq jours suivant le début de la parotidite ou l'apparition des symptômes.– À partir d'un échantillon d'urine prélevé jusqu'à quatorze jours après l'apparition des symptômes. La détection ne serait pas aussi sensible dans l'urine que dans les échantillons oraux.• Sérologie<ul style="list-style-type: none">– La sérologie ne devrait être utilisée que lorsqu'il est impossible de prélever un échantillon buccal pour une recherche par TAAN. La sérologie est peu sensible pour le diagnostic des oreillons, particulièrement dans une population vaccinée, et, en dehors d'une éclosion, elle est assujettie à de faux positifs. Pour les enfants de 1 an et toute autre personne récemment vaccinée qui présente des symptômes, l'analyse à privilégier est un TAAN afin de déterminer si l'infection est attribuable à la souche vaccinale ou à une souche virale sauvage.– La détection d'anticorps de la classe des IgM anti-oreillons s'est révélée un piètre prédicteur pour le diagnostic des oreillons aigus dans une population partiellement immunisée (ces anticorps sont détectables chez 30 % seulement des cas aigus).– Lorsque la prévalence des oreillons est faible, la valeur prédictive positive des IgM est faible elle aussi et le risque d'obtenir des résultats faussement positifs est grandement accru.– Le prélèvement d'un échantillon sérique en phase aiguë et d'un échantillon sérique en phase de convalescence, au moins dix jours et au plus trois semaines après le premier prélèvement, peut mettre en évidence une séroconversion IgM ou IgG chez les cas ayant obtenu un résultat négatif ou indéterminé à la RT-PCR et à la recherche des anticorps IgM au début de la maladie, ce qui permet de détecter des cas additionnels. Si les IgM ont tardé à apparaître, ils devraient être détectables dans le deuxième sérum.• Isolement du virus des oreillons<ul style="list-style-type: none">– Le virus des oreillons peut être isolé dans plusieurs lignées cellulaires. L'effet cytopathogène est habituellement détecté entre six et huit jours après l'inoculation. La qualité de l'échantillon doit toutefois être assurée afin de conserver la viabilité du virus.• Génotypage du virus des oreillons<ul style="list-style-type: none">– Le génotypage est utile aux fins de l'épidémiologie moléculaire, notamment pour distinguer les souches vaccinales des souches sauvages, établir des liens entre les cas et entre les éclosions, retracer les souches importées et colliger des données sur la présence éventuelle de souches spécifiques dans une région géographique. Il n'est donc pas nécessaire de procéder au génotypage de tous les cas d'oreillons.
---------------------------------------	--

3. Pour les modalités de prélèvement des échantillons selon le test diagnostique pour confirmation de laboratoire des oreillons, voir le tableau à l'annexe 1.

Fiche technique sur les oreillons
 Mise à jour – avril 2016

<p>Éléments de surveillance et d'intervention en cas d'écllosion</p>	<p>La définition de <i>cas probable</i>, en période d'écllosion, a pour objectif de cibler les cas pour confirmation de laboratoire et enquête. Elle permet de mieux mesurer le niveau d'activité de la maladie.</p> <p>Exemple de définition de <i>cas probable</i> dans le contexte d'une écllosion : « apparition soudaine d'une parotidite unilatérale ou bilatérale qui dure plus de deux jours, sans autre cause apparente ».</p> <p>Le questionnaire d'enquête sera rempli pour les cas qui correspondent à la définition de <i>cas probable</i> ou de <i>cas confirmé</i>.</p> <p>On ne saisira dans le Fichier des MADO que les cas confirmés selon la définition nosologique en vigueur. Ainsi, les cas probables ne doivent pas être inscrits dans ce fichier.</p>
<p>MADO</p>	<p>Les oreillons constituent une maladie à déclaration obligatoire. Tout cas doit être déclaré à la DSP dans les 48 heures.</p>
<p>Mesures générales</p>	<p>Enquête épidémiologique par la DSP, notamment afin d'identifier les contacts étroits qui seront visés par l'intervention.</p> <p>Vaccination selon les indications du PIQ⁴.</p>
<p>Protection active et passive</p>	<p>L'efficacité de l'administration du vaccin contre les oreillons n'a pas été démontrée lorsqu'il s'agit de prévenir la maladie après une exposition.</p> <p>Les immunoglobulines ne sont pas recommandées pour la prévention des oreillons.</p>
<p>Mesures visant le cas</p>	<p>Auto-isolement du cas à la maison pour une période de cinq jours après le début des symptômes (tuméfaction des glandes salivaires) et application des mesures de prévention pour éviter la transmission du virus par contact et gouttelettes.</p> <p>Si l'enfant fréquente un milieu de garde et que tous les enfants ainsi que les adultes de son groupe sont considérés comme protégés contre les oreillons, selon les critères du PIQ, l'enfant peut y retourner lorsque son état général le lui permet.</p> <p>Enquête épidémiologique par la DSP de la région.</p>
<p>Mesures visant les contacts étroits (familiaux, contacts intimes, services de garde)</p>	<p>La période de contagiosité recommandée pour la recherche des contacts étroits va de deux jours avant la tuméfaction des glandes salivaires chez le cas jusqu'à cinq jours après.</p> <p>Les contacts intimes sont les personnes ayant été en contact direct avec les sécrétions orales ou nasales d'un cas (tête-à-tête, partage d'une cigarette, d'un verre, d'aliments ou d'un produit pour les lèvres, baiser, etc.) ou ayant partagé la même chambre.</p> <p>Dans les services de garde à l'enfance, les enfants et le personnel du même groupe que le cas sont considérés comme des contacts étroits.</p>

4. Pour plus d'information sur la vaccination contre les oreillons, consulter le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), disponible en ligne au http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?documentation_pro, ainsi que l'avis du Comité sur l'immunisation du Québec concernant la nécessité d'administrer une deuxième dose de vaccin contre les oreillons aux étudiants des établissements d'enseignement de niveau secondaire et postsecondaire au Québec, consultable en ligne à l'adresse suivante : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/717_avis_ciq_2e_dose_oreillons.pdf.

Fiche technique sur les oreillons
Mise à jour – avril 2016

<p>Mesures visant les contacts étroits (familiaux, contacts intimes, services de garde) (suite)</p>	<p>Le médecin traitant pourrait recommander d'exclure les contacts réceptifs immunosupprimés pendant une période allant jusqu'à 26 jours après l'apparition du dernier cas.</p> <p>Envoi d'une lettre d'information aux contacts. Pour des exemples de lettres types, se référer au guide d'intervention intitulé « Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance » et à ses mises à jour, disponibles en ligne à l'adresse suivante : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000374/.</p> <p>Dire aux contacts de surveiller l'apparition des symptômes et de consulter au besoin, et leur recommander de mettre à jour leur vaccination.</p>
<p>Mesures à prendre dans les milieux scolaires</p>	<p>Envoi d'une lettre d'information (traitant notamment de la surveillance des symptômes, de l'isolement volontaire si symptômes et de la mise à jour du statut vaccinal au besoin) aux parents des élèves du groupe dont fait partie la personne malade ainsi qu'aux professeurs de ces élèves, lorsqu'il s'agit du premier cas dans le groupe. Une autre forme de communication pourrait être privilégiée au secondaire afin d'informer les jeunes et leurs parents.</p>
<p>Mesures à prendre en milieu de travail</p>	<p>Si cela est jugé pertinent, envoi d'une lettre d'information (traitant notamment de la surveillance des symptômes, de l'isolement volontaire si symptômes et de la mise à jour du statut vaccinal au besoin).</p>
<p>Mesures à prendre dans les milieux de soins</p>	<p>Pratiques de base et précautions pour éviter la transmission du virus par contact et des gouttelettes.</p> <p>Mise à jour de la vaccination, selon les critères du PIQ, des travailleurs de la santé qui donnent des soins.</p>

Abréviations : DSP : Direction de santé publique ; IgG : immunoglobuline G ; IgM : immunoglobuline M ; IVRS : infection des voies respiratoires supérieures ; MADO : maladie à déclaration obligatoire ; MSSH : ministère de la Santé et des Services sociaux ; PIQ : Protocole d'immunisation du Québec ; RT-PCR : *Reverse transcriptase – polymerase chain reaction* / transcriptase inverse – réaction en chaîne par polymérase ; TAAN : test d'amplification des acides nucléiques.

Annexe

Tests diagnostiques pour confirmation en laboratoire des oreillons

Test diagnostique	Échantillon	Délai pour prélever l'échantillon
Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) OU Isolement du virus (culture)	Écouvillon buccal ou prélèvement de salive, notamment autour de la région du canal de Sténon, à proximité des glandes salivaires gonflées	Jusqu'à cinq jours suivant le début de la parotidite ou l'apparition des symptômes ¹
	Urine (50 ml, minimum 10 ml)	Jusqu'à quatorze jours après l'apparition des symptômes ²
Sérologie IgM et IgG	Sang (≥ 3 ml)	1 ^{er} sérum (phase aiguë) : jusqu'à sept jours après l'apparition des symptômes
		2 ^e sérum (convalescence) : entre 10 et 21 jours après le premier prélèvement
Génotypage	Échantillon positif par TAAN ou par culture	

1. La détection est possible jusqu'à 9 jours après l'apparition des symptômes, mais le taux de positivité est diminué.
2. La détection dans l'urine, particulièrement dans les 5 jours suivant le début des symptômes, est moins sensible que dans les spécimens oraux. Toutefois, dans certaines études, 7 à 9% des cas se sont avérés positifs uniquement par TAAN dans l'urine. Le virus des oreillons a été détecté dans l'urine par culture jusqu'à 14 jours après l'apparition des symptômes.

Références

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des éclosons d'oreillons au Canada », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 36, supplément 1, janvier 2010, IV, 48 p. Également disponible en ligne :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/10vol36/36s1/index-fra.php>.

COMITÉ DES DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES. *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Définitions nosologiques – Maladies d'origine infectieuses*, 10^e édition, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 112 p. Également disponible en ligne :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2015/15-268-02W.pdf>.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE. *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire*, dernière mise à jour, s.l., Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, 2015, 74 p. + annexes. Également disponible en ligne :

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/maladies-infectieuses/NOSO-Guide-intervention-scolaire.pdf>.

FIEBELKORN, Amy Parker, et autres. « Mumps », dans ROUSH, Sandra W., et Linda M. BALDY, sous la dir. de. *Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases*, 5^e édition, chapitre 9, Atlanta (Géorgie), Centers for Disease Control and Prevention, 2012, p. 9-1 à 9-18. Également disponible en ligne :

<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt09-mumps.html>.

LITMAN, Nathan, et Stephen G. BAUM. « Mumps virus », dans BENNETT, John E., Raphael DOLIN et Martin J. BLASER, sous la dir. de. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*, 8^e édition, chapitre 159, Philadelphie (Pennsylvanie), Saunders, c2015, p. 1942-1947.

RUBIN, Steven A., et Stanley A. PLOTKIN, « Mumps vaccine », dans PLOTKIN, Stanley A., Walter A. ORENSTEIN et Paul A. OFFIT, sous la dir. de. *Vaccines*, 6^e édition, chapitre 22, [Philadelphie (Pennsylvanie)], Saunders, 2012, p. 419-446.