

# LES OREILLONS

## I/ INTRODUCTION :

Maladie virale très fréquente , contagieuse et épidémique , conférant une immunité solide et durable. Les oreillons restent trop souvent considérés comme infectieuse à caractère bénin alors qu'ils sont parfois responsable de complications non négligeables.

Elle pose peu de problème de diagnostic.

La vaccination actuelle permet une protection efficace contre une complication glandulaire et nerveuse.

## II / EPIDEMIOLOGIE :

1. Agent causal : Le virus ourlien est un virus ARN du genre paramyxovirus.
2. Réservoir : exclusivement humain
3. Transmission : Directe : interhumaine par gouttelettes salivaires de PFLUGGE.

Maladie est contagieuse 3 – 4 jours (1 semaine) avant et 4-5 jours (1 semaine) après apparition des signes cliniques.

Age d'apparition : Les enfants 6 -12 ans sont principalement touchés.

L'immunité acquise persiste à vie

La Maladie sévit toute l'année et recrudescence hiver- printemps par petites épidémies

## III/ PHYSIOPATHOLOGIE :

Malade est contaminé par inhalation de gouttelettes salivaires qui héberge le virus .virus atteint d'abord les cellules épithéliales du tractus respiratoires , puis diffuse par voie sanguine pour atteindre de multiples organes avec double tropisme glandulaire et neuroméningée.

Il s'élimine par voie salivaire et urinaire. Le sujet atteint est contagieux 3 - 4 jour avt et après apparition des symptômes.

## IV/ CLINIQUE :

\*\*-/ Forme Commune : **Parotidite** : forme fréquente

- Incubation : 21 jours
- Invasion : en 24- 48 H. les signes cliniques débutent par :

Fébricule ; Otagies ; gorge rouge ; gêne à mastication ; rougeur de l'orifice du canal de Stenon = =  
= Signe de MOURSON (douleur provoquée à la pression de parotide ).

- Phase d'état : caractérisée par :

### **1/Tuméfaction parotidienne** :

D'abord unilatérale ; se bilatéralise plus souvent sans être forcément symétrique ; refoule le lobule de l'oreille, remplace sillon rétro-maxillaire par bombement parfois accentué donnant au visage « un aspect piriforme ».

Sa consistance est ferme et élastique , plus au moins douloureuse.

Associé à : ADP sous-angulo-maxillaires et prétragienne

- Possibilité d'atteinte des glandes sous maxillaire et sublinguale

**2/ douleur** : spontanée ou provoquée de région parotidienne irradiant vers l'oreille et peut gêner la mastication.

**3/ état général** : favorable , aboutit à la guérison en **10 jours** avec disparition de tous les signes , sans séquelles.

Remarque : si reprise de fièvre = craindre autres localisations

## V/ FORMES CLINIQUES :

1. \*/ localisations glandulaires extra salivaires : peuvent survenir avant , pendant , après et même en absence de parotidite.

✚ **L'Orchite** : plus fréquente , exceptionnelle avant puberté. Se voit chez sujet pubère. Survient en règle après parotidite : du 6-21 jours , mais peut la précéder . Elle est unilatérale, mais peut se bilatéraliser en 25 % .

Marquée par réascension thermique vers 6è jours de maladie avec : frisson , douleur scrotale ou testiculaire irradiant vers la cuisse (aine) et perinée. La tuméfaction du scrotum qui est rouge et oedématisée

Evolution : Favorable en **08 – 10 jours** avec guérison.

\*- NB : si atteinte bilatérale : evolution vers atrophie testiculaire ou azoospermie .

✚ **Pancreatite** : s'observe **au 07è jour** après parotidite par un syndrome douloureux épigastrique , nausées , vomissements , hyper-amylasémie , glycosurie et hyperglycémie transitoire.

Evolution : guérison sans séquelles .

✚ **Autres localisations** : Ovarite , Thyroïdite , Mastite , Prostatite , Dacryosistite.

2. \*/ Localisation neuroméningée :

❖ **Méningite** : 10-30 % cas . Elle peut être isolée ou associée à l'atteinte glandulaire . Elle se traduit par un syndrome méningé franc .

**PL** : liquide clair lymphocytaire ; hyper albumino-rachie modérée.

Evolution : favorable .

❖ **Atteinte des nerfs crâniens** : cécité par névrite optique rare . surdité uni ou bilatérale peut survenir en 02-15 jours .

❖ **Encéphalite** : plus connue sous forme de méningo-encéphalite avec troubles de conscience ( coma , convulsion)

Evolution : favorable.

3. \*/ Autres localisations : Rénale ; Articulaire ; Cardiaque .

## V I/ DIAGNOSTIC :

A. Anamnèse : Notion de contagé

B. Clinique : Parotidite

C. Biologie :

\*\* - Eléments de certitude :

✓ Isolement du virus dans la salive , LCR , urine .

✓ Inoculation sur milieu cellulaire

✓ Sérologie : par différents méthodes . 02 prélèvements doivent être faits à 15 jours avec recherche des Ig M .

\*\* - Eléments d'orientation :

• Hemogramme : leucopénie ou hyperleucocytose et neutropénie

• Amylasémie : taux augmente pendant les 15 jours de maladie

## **VII / DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**

1/ - Devant une Parotidite : éliminer : atteinte virale ( coxackies) ; bactérienne ( stréptocoque staphylocoque ) ; toxique ( oide , plomb ,mercure) ; tumorale.

2 / - Devant une Orchite : torsion aigue du testicule

## **VIII / TRAITEMENT Symptomatique :**

- L'Orchite : AINS + immobilisation du testicule
- La parotidite : soins bouche , antalgiques , antipyrétiques
- La pancréatite : antalgique , antiémétique , compensations des pertes hydroélectrolytiques
- Méningite : repos , antalgique

## **IX / TRT Propylactique :**

- ✓ Isolement du malade
- ✓ Eviction scolaire jusqu'à guérison complète
- ✓ Vaccination : **ROR** : vaccin vivant atténué à 01 seule injection en s/c ( immunité solide pendant

15 ans). Administré entre 12è -15è mois . rappel à 11ans

Contre Indication : femme enceinte et immunodéprimé

**Conclusion** : Les Oreillons , maladie virale fréquente habituellement bénigne ; mais parfois responsable de complications non négligeables. Les mesures prophylactiques évite la transmission de l'infection.