

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'enseignement supérieur

Université Salah Boubendir 3 Constantine

Département de Médecine

Dr. BICHA . S
Maître Assistant en Pédiatrie
CHUC

Année universitaire 2019-2020

Module de pédiatrie

5ème année de médecine

Dr Bicha.S

ROUGEOLE

Plan du cours :

- 1- Introduction.
- 2- Agent pathogène.
- 3- Clinique :
 - Forme typique de l'enfant non vacciné.
 - Autres formes cliniques.
 - Diagnostic positif.
 - Diagnostic différentiel.
- 4- Complications.
- 5- Traitement.
- 6- Prophylaxie.

1-Introduction

La rougeole est une infection aigue virale éruptive due à un virus de la famille des paramyxoviridae du genre morbilivirus, Cosmopolite à caractère Endémo-épidémique avec recrudescence automne-hivernale ; elle est Strictement humaine et très contagieuse mais Solidement immunisante. C'est une maladie à Déclaration obligatoire

Pas de traitement spécifique; la prophylaxie est basée sur la vaccination

2-Agent pathogène :

-virus à ARN grossièrement sphérique, enveloppé, fragile, thermolabile, inactivé par la lumière et de nombreux agents chimiques

-Réservoir: l'homme malade est le seul réservoir du virus, il est présent dans les sécrétions respiratoires dès la fin de l'incubation jusqu'au 5^{ème} jour après le début de l'éruption

-Transmission: directe exclusivement par voie aérienne, elle commence 2 à 5 jrs avant l'éruption et persiste jusqu'au 5^{ème} jr de son apparition

Réceptivité: la vaccination a déplacé l'âge de survenue au-delà de 4 ans et avant la puberté, cependant elle peut se voir chez l'adulte et le sujet âgé en absence de rappel ou de nouveaux contacts.

- Homme= femme

- Tout au long de l'année mais +++ hiver et automne

3-Clinique :

Type de description: la forme commune du jeune enfant non vacciné: forme typique à évolution cyclique

*Incubation: 10 à 11 Jrs, silencieuse

Invasion: 2 à 4 jrs: période de contagiosité maximale

-le début est -soit brutale avec fièvre , asthénie , anorexie, malaise générale

- soit progressif avec troubles du sommeil, modification du comportement, céphalées

24 heures après s'installent :

- le catarrhe muqueux

-l'érythème

- autres signes accompagnateurs

*Le catarrhe muqueux: oculo -nasale:

- conjonctivite: œdème palpébrale, yeux rouges, brillants, larmoyants avec photophobie, parfois sécrétions purulentes

-écoulement nasale séro- muqueux avec éternuement

-laryngo-trachéo-bronchique: toux rauque et sèche : c'est le signe le plus constant

- digestif: diarrhée, douleurs abdominales, nausées, vomissements : inconstants

-parfois catarrhe vulvaire: écoulement muco-purulent

*L'ENANTHÈME: signe de KOPLICK: pathognomonique mais inconstant

-apparaît 2 jrs avt l'éruption et disparaît 1 à 2 jrs après son apparition

-de petits éléments punctiformes, blanc-bleuâtre sur une muqueuse érythémateuse d'un rouge brillant

-face interne des joues en regard des dernières molaires: grains de semoule sur un tapis rouge

On retrouve également :

-une gorge rouge

-un érythème ou un piqueté purpurique du voile du palais

autres signes : inconstants

- poly-ADP

-SPG

-éruption urticarienne ou maculeuse fugace

-convulsions, parfois Syndrome méningé

A la fin de cette phase, un début de l'éruption doit être recherché à la racine du cuir chevelu et derrière les oreilles

*La phase d'état : phase éruptive

- survient à une date fixe : 14 jrs après le contage

-caractérisée par son aspect, son siège et son évolution

Aspect : maculo-papuleuse , rose ou rouge à contours irréguliers, +/- confluent mais avec un intervalle de peau saine elle s'efface à la vitro-pression , non prurigineuse , diamètre 3 à 6mm

-on retrouve quelques éléments purpuriques surtout au niveau des plis de flexion et les pts d'appui

-elle est douce et veloutée au toucher

*Evolution et siège :

Elle apparaît derrière les oreilles et à la racine du cuir chevelu, elle atteint toute la face et la partie sup du cou dès le 1er jr puis s'étend d'une façon descendante :

J2: -partie inférieure du cou

-thorax et membres supérieurs

J3: abdomen et cuisses

J4: éruption généralisée à tout le corps avec aspect confluent au visage au tronc et aux fesses.

Evolution :

- Souvent favorable, l'exanthème disparaît dans un ordre chronologique identique à celui de son apparition vers J6 et commence une phase de desquamation vers J7
- Les éléments s'effacent laissant place à des taches brunâtres précédant la desquamation qui est fine passant souvent inaperçue
- La fièvre après son exacerbation à la sortie de l'éruption, reste élevée pendant l'extension pour régresser brutalement au 3-4^{ème} jour. Toute reprise de la fièvre ou sa persistance au-delà du 6^{ème} jour = complications
- Le catarrhe régresse avec l'éruption
- La toux persiste plus longtemps : 1 à 2 semaines

L'évolution peut être défavorable par la survenue de complications: elles font toute la gravité de la maladie, +++ milieux défavorisés

- -soit liées au virus
- -soit de surinfection

1/ Les complications respiratoires:

-précoces: virus

-tardives: surinfection

a- Les complications précoces :

-la laryngite striduleuse

-la broncho-pneumopathie aiguë dyspnéique :

Survient à la phase d'état

Réalise un tableau de DR avec une insuffisance circulatoire

Rapidement fatale notamment chez le NRS

-La pneumonie interstitielle à cellules géantes:

Survient sur terrain: hypovitaminose A, malnutrition, NRS

Installation progressive d'une toux sèche, dyspnée et cyanose

Radiologie: Syndrome interstitiel

Evolution vers le décès

b) Les complications tardives de surinfection: elles ont en commun :

- la persistance ou la reprise de la température

-hyperleucocytose à PNN

-la fréquence du staph doré

1-Complications infectieuses :

Rhinite purulente

Angine érythémateux-pultacée

Otite moyenne

Laryngite post éruptive

Bronchite aigue

Broncho-pneumonie

Abcès du poumon , pleurésie

2. les complications neurologiques:

a/ l'encéphalite aigue:

-1/1000 cas

-4-5 éme jour de l'éruption

-origine auto-immune probable: la cause exacte de cette réponse n'est pas connue

Clinique: fièvre, convulsions, troubles de la vigilance, signes de focalisation, signes d'atteinte médullaire, méningite clinique ou biologique

-évolution: 50% de mortalité 50% de guérison avec ou sans séquelles

-b/ la pan encéphalite sclérosante subaigüe de VAN BOGAERT:

-très rare : 05 cas sur 1 million de rougeole

-en moyenne 08 ans (20ans) après la rougeole

-Début insidieux et installation progressive des signes:

- o troubles du comportement
- o troubles de la mémoire et difficultés scolaires
- o myoclonies et crises d'épilepsie localisées ou généralisées
- o puis survient une dégradation motrice progressive jusqu' à une rigidité de décérébration
- o démence

-LCR : pas d' hypercytose ni d' hyperalbuminorachie

-Il y'a une production intratechale d' IgG

-EEG: caractéristique qd il retrouve des complexes d'ondes lentes, amples, périodiques toutes les 10 sec: complexes de Rader Maker constamment mortelle en environ 2ans

c/ autres complications neurologiques: -convulsions fébriles polyradiculonévrite -NORB -myélite aiguë

3/ Les complications cardiaques: -myocardite -péricardite

4/ les complications ophtalmologiques: -kératite post éruptive -kératite de surinfection - ulcère de la cornée

5/ Les complications digestives : -hépatite morbilleuse

Formes cliniques :

1/ les formes symptomatiques:

a/ la forme fruste : sujets vaccinés, NRS de 4 à 6 mois -l'incubation est plus prolongée-la phase d'invasion est peu marquée: la fièvre est peu élevée le catarrhe est peu marqué éruption peu marquée, d'extension incomplète, rapidement éteinte passant souvent inaperçue

b/ la forme maligne : -devenue rare depuis la vaccination -cliniquement: hyperthermie majeure, défaillance circulatoire, DR

-signes neurologiques: convulsions, troubles de la conscience, délire, agitation -signes hémorragiques : CIVD → forme suffocante →forme hémorragique →forme ataxo-adyynamique

2/ les formes selon le terrain:

a/ la forme du NRS: entre 4à6 mois: forme atténuée (anticorps maternels) après 6 mois: forme commune ou sévère , fréquence des complications notamment otitique , broncho-pulmonaire et les convulsions

d/ la forme de la femme enceinte: la plupart des formes décrites sont sévères , les conséquences sont variables selon l' âge de la grossesse : ABRT ,accouchement prématuré ,mort-nés .

e/ la forme de l'ID : -déficit de l'immunité humorale: pas d'influence -déficit de l'immunité cellulaire : forme maligne , mortalité élevée , fréquence des complications notamment la pneumopathie à cellules géantes et l'encéphalite aiguë

Diagnostic positif :

Il est clinique devant l'association: d'un Syndrome infectieux d'un catarrhe muqueux l' énanthème l'exanthème : morbiliforme à extension descendente en 4 jrs Il est étayé par les arguments: a/ épidémiologiques : cas similaires , vaccination absente ou incomplète , absence d'ATCD de rougeole b/ para cliniques : hyperleucocytose à la phase d'invasion leucopénie à la phase éruptive

- un Syndrome interstitiel au TLT La confirmation du diagnostic n'est pas de pratique courante , elle repose sur : →la recherche d'anticorps spécifiques: soit présence d'IgM spécifiques dans le sang et la salive, s' élèvent à la phase éruptive soit ascension du taux des IgG sur 2 prélèvements à 15 jrs d'intervalle →l'isolement du virus par culture cellulaire (sang, salive) →la détection de l'ARN virale par PCR

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

-c'est celui d' une éruption érythémateuse fébrile: -exanthème subit -la rubéole -infection EBV -une réaction allergique

- maladie de kawasaki

Traitement :

1/ la forme commune : SYMPTOMATIQUE -apport hydrique -apport alimentaire suffisant - désinfection des VAS par du SSI

-trt de la fièvre

-PAS DE TRT ATB

2/ trt des cpt: →les cpt de surinfection: trt ATB : +++ anti-staphylocoque ± anti- pneumocoque et anti-hemophilus influenzae

-la laryngite tardive: oxygène +CTC + ATB intubation et ventilation artificielle si nécessaire

les cpt nerveuses : il n'y a pas de trts spécifique , il est symptomatique: -hydratation, alimentation - anticonvulsivants – nursing

TRT PROPHYLACTIQUE: →vis-à-vis du malade: -déclaration obligatoire -éviction scolaire jusqu' à la guérison même si le malade n'est contagieux que 5 jrs après le début de l'éruption →vis-à-vis de la collectivité : LA VACCINATION - elle est obligatoire –c'est un vaccin combiné trivalent ROR 11mois et 18 mois.