

OREILLONS

I. Introduction

- Dus au virus ourlien « paramyxovirus parotidis ».
- C'est une maladie le plus souvent très bénigne, mais très contagieuse.
- Elle évolue par petites épidémies surtout de collectivités « maladie de l'école»,
- Son diagnostic clinique très facile en règle.
- Maladie immunisante solide.
- Tropicisme glandulaire et nerveux

II. Épidémiologie

- Enfant d'âge scolaire
- Moins souvent le NRS
- Contamination directe par voie aérienne, la contagiosité est de 7j avant et 7j après les 1^{er}s symptômes
- hiver

III. CLINIQUE :

TDD=PAROTIDITE OURLIENNE (70%)

a. **Incubation** : 18 à 21 jours.

b. **La phase d'invasion** :

Est souvent silencieuse et brève (48 heures) marquée par asthénie, fébricule, vagues douleurs pharyngées ou mastoïdiennes, réveillées à la palpation osseuse de la mastoïde, de l'angle mandibulaire ou de l'articulation temporo-maxillaire (points de Rillet et Barthez).

L'orifice du canal de Stenon rouge et tuméfié à l'examen endobuccal.

c. **La phase d'état** : 24 à 48 h après apparais la parotidite unilatérale puis bilatérale en 1à4j.

L'examen physique retrouve une tuméfaction, rapidement bilatérale et grossièrement symétrique, de l'espace rétro mandibulaire, comblant le sillon parotidien, et soulevant le lobe de l'oreille.

La parotidite s'accompagne souvent d'un œdème facial inférieur et cervical, donnant le classique aspect « piriforme » (en forme de poire) à la face, d'autant que les glandes sous-maxillaire et sublinguales sont aussi augmentées de volume.

Le volume parotidien est majoré par la présence constante d'adénopathies cervicales et surtout prétragiennes. La tuméfaction parotidienne est sensible, élastique, accompagnée d'une légère rougeur cutanée. L'examen endobuccal retrouve une tuméfaction et rougeur de l'orifice du canal de Sténon (signe de Catrin) avec écoulement salivaire.

L'état général reste conservé

Présence des céphalées, et une fièvre à 38°/38°5 (pendant 4 à 5 jours tout au plus).

Le reste de l'examen est normal sauf complications. .

L'évolution est en règle favorable en 8 à 10 jours par rétrocession progressive de tous symptômes locaux et généraux sans laisser de séquelles.

Le diagnostic de la parotidite ourlienne est clinique, surtout à cause de sa bilatéralité. Biologiquement, l'amylasémie et lipasémie sont élevées;

L'hémogramme montre une leuco neutropénie sans anémie ni thrombopénie ;

Le virus ourlien peut être retrouvé dans la salive prélevée à l'orifice du canal de Sténon ; le sérodiagnostic se positive en deux semaines dans le sang (dosage des anticorps inhibant l'hémagglutination « IHA » ; ou des anticorps fixant le complément « F.C »)

IV. Formes cliniques

Il s'agit essentiellement d'autres localisations du virus, qui peuvent être associées à la parotidite, ce qui facilite leur diagnostic, mais qui peuvent aussi être isolées ou apparaître avant la parotidite de quelques jours, posant alors des difficultés d'identification étiologique (voir diagnostic différentiel).

a. **La parotidite ourlienne est en règle isolée** ; elle peut cependant s'associer à d'autres localisations salivaires du virus ourlien (sous-maxillaire et sublinguale).

b. **Pancréatite ourlienne** : apparaît rare par rapport à la parotidite, même si des douleurs abdominales peuvent accompagner fréquemment celle-ci. Elle peut être isolée ou associée à la parotidite, en lui succédant de 4 à 6 jours. Constituée, elle se marque de violentes douleurs épigastriques et solaires avec contracture d'origine péritonéale, vomissements et quelquefois état de choc douloureux. L'amylasémie et lipasémie sont élevée; quelquefois existe une stéatorrhée pendant quelques jours. Malgré son caractère

pénible, elle guérit toujours sans séquelles car elle est seulement œdémateuse, ni hémorragique ni nécrosante ;

c. Orchite ourlienne :

Elle est exceptionnelle avant la puberté, survient au 6^e-8^e j après la parotidite Elle se marque d'une augmentation très volumineuse de volume d'un ou des deux testicules, très douloureuse avec irradiation abdomino lombaire. La tuméfaction intéresse la glande elle-même, mais provoque une discrète réaction inflammatoire de la vaginale (transillumination), du scrotum lui-même, et du cordon (douleurs jusqu'à l'orifice inguinal).

L'orchite est fébrile, qu'elle évolue de façon isolée ou associée à la parotidite ; quand elle lui succède, la fièvre réapparaît quelques jours. Son habituelle unilatéralité, et le caractère exceptionnel de l'atrophie glandulaire qui pourrait lui succéder, rendent absolument anecdotique la stérilité par azoospermie séquellaire.

Évolution favorable en 8 à 10 j

d. Méningite ourlienne.

Elle peut être associée à la parotidite ou à d'autres localisations glandulaires ; elle peut elle aussi être isolée.

C'est une méningite à liquide clair qui se marque par la symptomatologie méningée classique (céphalées, raideur, vomissements ...), fébrile, avec confirmation par analyse du LCR : réaction très hyper cellulaire (500 à 700 éléments/ml) et initialement à majorité de polynucléaires, avant de devenir lympho-monocytaire, mais à protéinorachie toujours basse.

La méningite peut être associée à des signes neurologiques déficitaires transitoires (parésie oculomotrice, atteinte médullaire ou radiculaire) ou à des troubles du comportement.

e. Encéphalite ourlienne :

Est rare, marquée de troubles de la vigilance, de crises convulsives, de déficits divers des fonctions motrices ou sensorielles, elle est quelquefois prolongée plusieurs semaines mais guérit en général sans séquelles. L'atteinte du nerf auditif est spécifique. C'est une atteinte nucléaire, bilatérale du seul contingent auditif du VIII se marquant par une surdité quelquefois transitoire, mais le plus souvent définitive. L'atteinte de la vision est possible aussi. Myélite aiguë, polyradiculonévrite ou névrites sont possibles sans méningite.

f. Atteintes glandulaires

Exceptionnelles à type ovarite, mammite, thyroïdite fébriles.

V. Diagnostic différentiel

- **Parotidite isolée** : adénopathie intra parotidienne, de tumeur de la parotide, de lithiase parotidienne surinfectée
- **Pancréatite isolée** : cholécystite, appendicite ectopique, péritonite ou même pyélonéphrite
- **L'orchite isolée** : torsion du testicule ou de ses annexes, et orchite épидидymites bactériennes (staphylococciques – gonococciques – IST)
- **La méningite isolée** Elle fait discuter les autres méningites aiguës à liquide clair, mais surtout, si isolée et à LCR puriforme, une authentique méningite bactérienne.

VI. Diagnostic positif :

Repose sur la clinique, la notion de contagion, en l'absence de vaccination. Biologiquement : hyperamylasémie et hyperlipasémie et par la leuco neutropénie à l'hémogramme.

Le sérodiagnostic IHA ou FC est significatif quand deux dosages à 15 jours d'intervalle montrent une différence supérieure ou égale à 2 dilutions.

VII. Traitement

➤ **Curatif** symptomatique : repos, antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens si les douleurs parotidiennes ou pancréatiques sont trop importantes.

L'orchite (adolescent-adulte) bénéficie de l'immobilisation, d'anti inflammatoires et d'antalgiques, comme la méningite.

Éviction scolaire pendant 15 jours.

➤ **Préventif** : Isolement des malades, notamment de l'école, jusqu'à guérison clinique.

La contagiosité s'étale d'une semaine avant le début clinique à une semaine après.

❖ **Vaccination** : le vaccin est « vivant atténué », il est intégré au vaccin triple rougeole-oreillons-rubéole.

Les recommandations actuelles sont : -1 injection à 12 mois -deuxième injection (dite de rattrapage) 1 mois après, avant 24 mois. Si le nourrisson est en collectivité : 1 injection dès 9 mois et 2ème injection entre 12 et 15 mois.

Le but de la vaccination est de minimiser l'incidence des complications neurosensorielles et neurologiques. Le vaccin confère une immunité solide (95 %), et n'a que les contre-indications liées à une immunodéficience (virus vivant atténué) et à la grossesse. Il est parfaitement supporté, quelquefois suivi d'une discrète intumescence parotidienne transitoire.