

AVIS

relatif à la conduite à tenir en cas d'épisodes de cas groupés d'oreillons en collectivité

11 juillet 2013

Le Haut Conseil de la santé publique a reçu de la Direction générale de la santé le 3 juin 2013, une saisine suite à la survenue d'épisodes de cas groupés d'oreillons en majorité dans des collectivités étudiantes.

Des événements similaires ont été rapportés ces dernières années lors de foyers épidémiques dans différents pays.

Il est demandé au HCSP d'examiner si des mesures particulières sont à envisager pour les contacts de cas ou plus largement pour limiter la diffusion du virus au sein de ces communautés.

Le Haut Conseil de la santé publique a pris en considération

- **Les caractéristiques cliniques de la maladie chez l'adulte jeune et les risques de complications**

Les oreillons ou parotidites épidémiques sont une maladie infectieuse aiguë due à un virus à ARN monocaténaire appartenant au genre Rubulavirus de la famille des paramyxoviridae.

Il n'existe qu'un sérotype mais plusieurs génotypes.

L'homme est le seul hôte naturel du virus, sa transmission s'effectue par le contact des gouttelettes de salive provenant d'un sujet infecté. La période de contagiosité maximale débute 1 à 2 jours avant la parotidite et se poursuit les 5 jours suivants. Le virus a pu être isolé dans la salive 7 jours avant et 9 jours après la parotidite clinique.

La période d'incubation varie de 18 à 21 jours (extrêmes 12-25 jours). Les oreillons sont très contagieux. Les personnes asymptomatiques peuvent transmettre le virus. L'infection naturelle confère une immunité prolongée.

Après sa pénétration par les voies aériennes supérieures, le virus se multiplie localement dans les systèmes réticulo-endothéliaux et lymphoïdes. Une virémie se développe durant 7 à 10 jours contribuant à la diffusion du virus à tous les tissus, incluant le système nerveux central et différents épithéliums glandulaires.

L'épidémiologie des oreillons s'est considérablement modifiée depuis l'introduction du vaccin combiné rougeole-rubéole-oreillons. Avant vaccination, les oreillons survenaient par épidémie saisonnière touchant préférentiellement les enfants âgés de 5 à 9 ans avec une incidence de 100 à 1 000 pour 100 000. Ils avaient une réputation de bénignité même si des complications (méningite, encéphalite, surdité) pouvaient être observées.

Depuis la mise en place de la vaccination, le nombre de cas a chuté de plus de 90 % [1,2] et l'âge de la maladie s'est déplacé, la majorité des cas se voyant chez les adolescents et les jeunes adultes (15-24 ans). L'âge médian est de plus de 15 ans dans les pays pratiquant une vaccination systématique des enfants.

La proportion de formes symptomatiques est plus élevée chez l'adolescent et chez l'adulte que chez l'enfant et il existe chez l'adulte une fréquence plus élevée de complications : pancréatites, encéphalites et surtout orchites.

Le spectre clinique des oreillons est étendu avec un tropisme glandulaire et neuro-méningé caractéristique. Chez un tiers des sujets, l'infection est inapparente ou non identifiable du fait de manifestations aspécifiques.

La phase prodromique est marquée par une fatigue, des céphalées, des myalgies dans un contexte fébrile. Cette phase semble plus éprouvante pour l'adulte que pour l'enfant. La survenue d'otalgies, d'une dysphagie précède souvent l'apparition de la **parotidite**, manifestation la plus fréquente.

Initialement unilatérale, elle se bilatéralise dans 70 % des cas. Il existe une tuméfaction parotidienne sensible comblant le sillon rétro mandibulaire et soulevant le lobe de l'oreille. La turgescence inflammatoire de l'orifice du canal de Sténon complète ce tableau typique. Les autres glandes salivaires peuvent être touchées : sous-maxillaires, sublinguales. Après une semaine environ, la fièvre et les tuméfactions disparaissent.

La parotidite ourlienne est à différencier des causes bactériennes ou inflammatoires mais surtout des autres causes virales (CMV, EBV, paramyxovirus ou entérovirus).

▪ Complications et autres atteintes

La proportion des hospitalisations pour complications des oreillons (dont la fréquence augmente) avec l'âge est plus élevée chez les adultes que chez les enfants.

Les atteintes glandulaires extra-salivaires surviennent lors de l'atteinte salivaire ou indépendamment de celle-ci. Elles peuvent constituer la seule symptomatologie de l'infection ourlienne.

L'orchi-épididymite est exceptionnelle avant la puberté. Souvent annoncée par une reprise de la fièvre, quatre à huit jours après la parotidite apparaît une augmentation du volume testiculaire, douloureuse, associée à une inflammation sensible du cordon et de l'épididyme. L'atteinte est unilatérale dans 75 % des cas. Elle persiste une à deux semaines. Elle peut évoluer vers une atrophie testiculaire. Les atteintes bilatérales peuvent donner lieu à des anomalies du spermogramme dans 25 % des cas. Une stérilité (rare) est possible.

Chez les jeunes femmes, la survenue d'**ovarite** (oophorite) ou de **mastite** est possible [2].

Une **pancréatite** peut se voir et s'exprime par des douleurs abdominales intenses, transfixiantes, associées souvent à des vomissements. La lipasémie est un meilleur marqueur que l'amylasémie dans un contexte d'atteinte polyglandulaire. La réalité d'un diabète post-ourlien n'est pas établie.

Atteintes du système nerveux

Elles sont fréquentes mais de gravité variable.

- Une **pléiocytose** asymptomatique du LCR se verrait chez plus de la moitié des malades.
- Une **méningite** symptomatique est rapportée dans 15 à 30 % des cas. Elle peut survenir dans les trois semaines suivant la parotidite mais elle peut être aussi la seule manifestation du virus ourlien. La pléiocytose est à prédominance lymphocytaire. Il existe une augmentation modérée de la protéinorachie (<1 g/l), la glycorachie est normale.
- L'**encéphalite** est beaucoup plus rare que la méningite. Il s'agit avant tout d'un mécanisme immun post-infectieux mais il peut s'agir d'une encéphalite primitive, beaucoup plus grave pouvant être responsable de séquelles parfois lourdes.
- **D'autres atteintes du système nerveux** peuvent se voir : myélite aiguë transverse, polyradiculonévrites, ataxie, hydrocéphalie par sténose de l'aqueduc de Sylvius.
- **La surdité** de perception due aux oreillons est le plus souvent unilatérale, complète (cophose) et parfois définitive.

Autres atteintes rapportées

- Atteintes articulaires : atteintes polyarticulaires inflammatoires d'évolution lentement favorable.
- Atteintes cardiaques : myocardites.
- Atteintes rénales : glomérulonéphrites.
- Des thyroïdites ont été rarement rapportées.

- **Les modalités du diagnostic dans une population vaccinée**

Les cas d'oreillons survenant actuellement majoritairement chez des sujets vaccinés, le diagnostic biologique traditionnel utilisant un test sérologique de type Elisa, avec recherche des IgG et des IgM, est peu efficace. Dès lors, c'est la recherche de l'ARN viral par un test PCR à partir d'un prélèvement de salive ou de gorge qui permet la confirmation biologique des cas d'oreillons. Il est fortement recommandé que le prélèvement soit effectué dans les 4 à 5 premiers jours suivant l'apparition des symptômes cliniques. La recherche de l'ARN viral est également possible à partir du LCR, du sang (sang total prélevé sur EDTA) et des urines. Ces recherches sont prises en charge par le CNR *paramyxoviridae* et rougeole (cnr-rou-para@chu-caen.fr). Des kits salivaires sont disponibles dans les Agences régionales de santé et les fiches d'accompagnement du prélèvement (différentes pour oreillons et rougeole) sont téléchargeables sur le site du CNR (<http://www.chu-caen.fr/service-129.html>). Le CNR réalise également la caractérisation du génotype des souches.

- **Les données épidémiologiques nationales disponibles**

- En France, les oreillons ne font pas partie des maladies à déclaration obligatoire et l'épidémiologie des oreillons est suivie par le Réseau Sentinelles de l'Inserm U707 depuis 1986. Ce réseau constitué de quelques centaines de médecins généralistes volontaires enregistre les cas d'oreillons notifiés par ces derniers, à partir desquels est estimée l'incidence de la maladie. Il a ainsi permis d'estimer une diminution de l'incidence d'un facteur 100 entre 1986 et 2011 (respectivement de 859 à 9 cas pour 100 000 habitants). L'âge médian des cas notifiés est passé de 5 ans en 1986 à 16,5 ans en 2011. Le statut vaccinal des cas diffère de manière très significative entre les deux périodes. En 2006, 98 % des cas n'étaient pas vaccinés alors qu'en 2011, 69 % des cas étaient vaccinés [1]. A noter, les cas notifiés sont le plus souvent diagnostiqués sur une base purement clinique, sans confirmation biologique, et il est très probable que la grande majorité des parotidites actuellement notifiées par les médecins du Réseau Sentinelles ne soit pas d'origine ourlienne.

Une analyse des données du PMSI réalisée sur la période 2004- 2010 a permis d'estimer à 85 le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour oreillons (codes CIM10 « oreillons » identifiés en diagnostic principal). Les patients âgés de 30 ans ou plus représentaient 37 % des cas. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient, par ordre de fréquence décroissant, une parotidite (79 %), une orchite (9 %), une méningite (3 %), une pancréatite (2 %) et une encéphalite (1 %) [1]. En termes de mortalité, sur la base de l'analyse des certificats de décès du Cepi-DC reçus entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2009, seuls 2 décès ont été retenus avec le diagnostic d'oreillons en cause initiale et 3 avec ce diagnostic en cause associée. L'âge moyen de ces 5 cas était de 71,8 ans et variait entre 50 et 84 ans [1].

- La couverture vaccinale à 2 ans, estimée par l'analyse des certificats de santé du 24^e mois, est en 2010 proche de 90 % avec des disparités régionales importantes. Toutefois, une quinzaine de départements ont encore une couverture vaccinale à 2 ans inférieure ou égale à 85 %, en très grande majorité situés dans le Sud de la France. Il existe un rattrapage vaccinal au-delà de 2 ans. Les enquêtes en milieu scolaire montrent des couvertures pour la première dose, dans le secondaire, autour de 95 % [3]. Si la couverture vaccinale est identique à celles obtenues vis-à-vis de la rougeole et de la rubéole, par contre l'immunité conférée n'est pas la même. Les résultats de l'enquête de séroprévalence réalisée en France en 2009-2010 le confirment, montrant une immunité conférée par la vaccination ourlienne, inférieure pour la valence oreillons à celle ces deux autres antigènes. Parmi les sujets âgés de 10 à 29 ans, 14

% n'avaient pas d'anticorps à un taux considéré protecteur. Pour la rougeole et la rubéole, cette proportion était de 9 % pour chacune des maladies. De plus, il existe une différence entre le Nord et le Sud de la France, significative pour la tranche d'âge des 10-19 ans avec 12 % de séronégatifs vis-à-vis des oreillons dans le Nord de la France contre 17 % dans le Sud [4].

- Depuis ces derniers mois, et en particulier au cours du printemps 2013, plusieurs épisodes de cas groupés d'oreillons ont été signalés aux Agences régionales de santé et à l'Institut de veille sanitaire (InVS). Il s'agit le plus souvent d'épidémies survenant dans des collectivités de grands adolescents et/ou jeunes adultes telles qu'internats, grandes écoles, universités et plus récemment casernes. Dans cinq régions (Rhône-Alpes, Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais, Ile-de-France et Aquitaine), 7 foyers ont été identifiés et font actuellement l'objet d'une enquête de la part de l'InVS. Tous sont survenus dans une population étudiante âgée de 18 à 25 ans (âge médian 21 ans), hormis un foyer survenu dans une caserne touchant en majorité des hommes jeunes issus sensiblement de la même tranche d'âge. Les résultats préliminaires montrent que sur 124 cas pour lesquels le statut vaccinal était documenté 31 avaient reçu 1 seule dose de vaccin (25 %), 90 deux doses de vaccin (73 %) et 3 aucune dose [données InVS, non publiées].

- **Faits similaires survenus dans d'autres pays et mesures mises en place**

Plusieurs épidémies similaires sont survenues dans d'autres pays ces dernières années, au cours desquelles la proportion de sujets qui avaient reçu 2 doses de vaccin se situait entre 60 % et 80 %. Quand elles sont précisées, les mesures de contrôle prises incluaient l'éviction de la communauté et la mise à jour du calendrier vaccinal à 2 doses. La proposition d'une 3^e dose lors d'une épidémie est peu citée hormis aux Etats-Unis, comme décrit ci-dessous dans l'épidémie survenue dans le comté d'Orange ou à Guam. A noter que la proposition de donner une 3^e dose s'appuie sur l'expérience de l'armée américaine : depuis 1991, les nouvelles recrues bénéficient d'une vaccination systématique par le vaccin ROR, ce quel que soit leur statut vaccinal antérieur. En 2006, alors qu'était observée une recrudescence du nombre de cas d'oreillons dans la tranche d'âge des 18-24 ans, aucun cas n'avait été observé dans les troupes américaines dans ces mêmes tranches d'âge [5].

A titre d'exemples :

- **En Grande-Bretagne**, plus de 50 000 cas ont été notifiés en 2004-2005. Les cas sont en majorité survenus chez des sujets âgés de 20 à 25 ans. Seuls environ 5 % des cas avaient été vaccinés avec 2 doses. La plupart des cas n'avaient pas été ciblés par la vaccination contre les oreillons qui n'a été introduite dans le calendrier vaccinal anglais du nourrisson qu'en 1987. Le taux d'hospitalisation global a été de 6,1 %, principalement pour orchite. L'odds ratio ajusté sur le sexe et l'âge du risque d'hospitalisation pour les cas ayant reçu une dose par rapport à ceux jamais vaccinés était de 0,54. Il était de 0,45 pour ceux ayant reçu 2 doses de vaccin. En d'autres termes, le risque d'hospitalisation pour complication était divisé par deux chez les sujets vaccinés par rapport aux sujets du même âge non vaccinés [6,7]. Comparées aux non-vaccinées, les personnes ayant reçu 2 doses voyaient l'incidence des orchites réduite de 1/3 et des méningites de plus de 80 % [7].
- **Aux Etats-Unis**, plus de 6 000 cas ont été notifiés en 2006 dans une population hautement vaccinée avec une couverture vaccinale entre 86 et 96 % pour la première dose et entre 81 et 100 % pour la seconde. L'incidence était surtout élevée chez les 18-24 ans qui représentaient 29 % des cas. Au total, 63 % des cas avaient reçu 2 doses de vaccin, mais 84 % dans la tranche d'âge des 18 à 24 ans. La majorité de ces cas avaient reçu leur seconde dose de vaccin plus de 10 ans auparavant [2].
- Une épidémie est survenue aux **Pays-Bas** dans une communauté religieuse protestante orthodoxe entre 2007 et 2009. L'âge moyen des 172 cas était 21 ans et 61 % étaient vaccinés avec 2 doses. Douze orchites ont été diagnostiquées [8].

- **A Jérusalem** en 2009, une épidémie est survenue dans une communauté juive orthodoxe. L'âge moyen des cas était de 15 ans, 67 % d'entre eux avaient reçu 2 doses et 17 % une dose. Le virus a dans un second temps diffusé plus largement dans la population. Parmi plus de 5 200 cas notifiés, 59 % avaient plus de 10 ans et 78 % étaient correctement vaccinés pour leur âge [9].
- En 2009-2010, de nouveau **aux Etats-Unis** :
 - Un foyer épidémique est survenu dans un camp de vacances (County d'Orange) de la même communauté juive orthodoxe à partir d'un cas importé de Grande-Bretagne, puis l'épidémie s'est propagée à toute la communauté. Au total, 74 % des 392 cas notifiés avaient reçu 2 doses de vaccin, les adolescents âgés de 11 à 17 ans représentaient 72 % des cas et parmi eux 92 % avaient reçu 2 doses. Une évaluation de l'utilisation d'une 3^e dose de vaccin a été réalisée (une 3^e dose était proposée à tous les élèves de trois écoles affectées et pour lesquels l'administration de 2 doses de vaccin était documentée). Au sein des élèves, le taux d'attaque global de 4,9 % observé lors de la phase pré-vaccination a diminué de façon identique chez les vaccinés et non-vaccinés lors des trois semaines suivant la vaccination, à 1,60 % et 1,67 % respectivement ; au-delà, lors des trois semaines suivantes (à partir de J22 après la vaccination), la diminution du TA était plus importante d'un facteur 8 chez les vaccinés que chez les non-vaccinés (TA respectifs : 0,06 % et 0,48 %, différence restant toutefois non significative). L'impact dans la communauté a aussi été mesuré avec un taux d'attaque global passant de 0,86 % en phase pré-vaccination à 0,21 % en phase post-vaccinale au-delà de 21 jours, soit une diminution de 75,6 %. Cette diminution était surtout observée chez les 11-17 ans avec un déclin relatif du TA de 96 % (contre 72,9 % chez les 5-10 ans). Les auteurs pensent que leurs résultats et l'impact de la mesure sont en grande partie liés au caractère assez fermé de la communauté et à la force de l'infection probablement élevée (taille moyenne de 5,7 personnes par foyer contre 2,6 pour le reste des Etats-Unis). Ils en déduisent qu'il est probable que l'adjonction d'une 3^e dose a permis de limiter la propagation de l'épidémie et que cela reste un bon outil à proposer pour des populations très bien vaccinées, dans un contexte spécifique, en particulier de population relativement fermée. Par contre, ils ne recommandent pas l'adjonction d'une 3^e dose dans le calendrier vaccinal en routine [10].
 - Une expérience similaire a été menée lors de l'épidémie survenue à Guam en 2009-2010. Entre décembre 2009 et décembre 2010, 505 cas d'oreillons ont été notifiés, avec un TA le plus élevé dans le groupe d'âge 9-14 ans (0,84 %). A partir de juin 2010, soit après le pic de l'épidémie, en plus des mesures habituelles, une 3^e dose de vaccin a été proposée dans les établissements scolaires où étaient observés les TA les plus élevés. A la suite de l'intervention, les taux d'attaque observés chez les sujets ayant reçu trois doses de vaccin étaient 60 % moins élevés que chez ceux ayant reçu 2 doses (respectivement 0,09 % *versus* 0,23 %), mais la différence n'était toutefois pas significative. Bien que l'adjonction d'une 3^e dose ait été à la fois limitée et retardée par rapport au début de l'épidémie, les auteurs en concluent toutefois que l'adjonction d'une 3^e dose dans ce type de contexte est probablement un bon outil de prévention [11].
- **Evaluation de l'efficacité vaccinale de terrain en fonction de l'âge à la dernière dose**
 - Dans un contexte de population avec des couvertures vaccinales élevées, le délai depuis la dernière dose de vaccin reçue joue un rôle important. Outre les données de l'épidémie américaine de 2006 au cours de laquelle la majorité des cas avaient reçu leur seconde dose de vaccin depuis plus de 10 ans, une étude menée en Belgique [12] a montré que le risque de développer les oreillons un an après avoir été vacciné par au moins une dose de vaccin était de 1 % mais que ce risque augmentait de 27 % avec chaque année supplémentaire depuis la dernière dose reçue (OR : 1,27 avec un IC95% : 1,16-1,38).

- Une étude menée sur une épidémie en Espagne avait montré que 70 % des cas avaient reçu une dose de vaccin MMR et 24 % 2 doses, permettant d'estimer une efficacité vaccinale avec 2 doses de 83 % (IC95% ; 54-94 %). Les auteurs ont mis en évidence un risque plus élevé chez les enfants ayant reçu leur 2^{nde} dose trois ans ou plus avant leur enrôlement dans l'étude (OR=10,2 ; IC 95% :1,5-70,7) [13].
- Une étude rétrospective sur l'épidémie anglaise survenue en 2004-2005 a montré que l'efficacité vaccinale passait de 96 % (IC 95% : 81-91) en post-vaccinal immédiat à 66 % (IC 95% : 30-83) 10 ans après une dose de vaccin et de 98,8 (97,0–99,5) à 86,4 % (74,1–92,9) après 2 doses de vaccin [6].
- **L'indisponibilité de vaccin oreillons monovalent**
 - **Vaccin oreillons Aventis Pasteur MSD**
Ce vaccin contenant la souche Jeryl Lynn™ a obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) le 05/02/2001. Il n'est pas commercialisé.
 - **Imovax oreillons**
Ce vaccin contenant la souche URABE AM-9 a obtenu son AMM en 1983. Il n'est plus commercialisé depuis le 19/02/1997.
- **Les caractéristiques des vaccins disponibles et les données de pharmacovigilance concernant notamment la répétition des doses de vaccin trivalent**
 - **Composition qualitative et quantitative**

M-M-RVAXPRO®

Virus de la rougeole ¹ souche Edmonston Enders	au minimum 1 x 10 ³ DICC ₅₀ *
Virus des oreillons ¹ souche Jeryl Lynn™	au minimum 12,5 x 10 ³ DICC ₅₀ *
Virus de la rubéole ² souche Wistar RA 27/3	au minimum 1 x 10 ³ DICC ₅₀ *

* dose infectant 50 % des cultures cellulaires.

(1) Produit sur cellules d'embryon de poulet.

(2) Produit sur fibroblastes de poumon diploïdes humains WI-38.

Le vaccin peut contenir des traces d'albumine recombinante humaine (rHA).

Ce vaccin contient des traces de néomycine.

Le vaccin contient 14,5 mg de sorbitol.

PRIORIX®

Virus de la rougeole ¹ (souche Schwarz)	au minimum 10 ^{3,0} DICC ₅₀ ³
Virus des oreillons ¹ (souche RIT 4385 dérivée de la souche Jeryl Lynn)	au minimum 10 ^{3,7} DICC ₅₀ ³
Virus de la rubéole ² (souche Wistar RA 27/3)	au minimum 10 ^{3,0} DICC ₅₀ ³

(1) Produit sur cellules d'embryon de poulet.

(2) Produit sur cellules diploïdes humaines (MRC-5).

(3) Dose Infectant 50 % des cultures cellulaires.

Ce vaccin contient des traces de néomycine.

Ce vaccin contient 9 mg de sorbitol.

➤ Pharmacovigilance

Les données spécifiques de pharmacovigilance relatives à l'administration d'une troisième dose de vaccin trivalent sont limitées [10,11]. L'administration du vaccin rubéole chez l'adulte, notamment les femmes, expose à la survenue d'arthrites transitoires des extrémités. Toutefois, lors de l'administration d'un vaccin vivant atténué à une personne déjà immunisée, les virus vaccinaux sont inactivés par les anticorps préexistants de sorte qu'aucune réaction n'est anticipée. De fait, lors de la campagne de vaccination comportant l'administration d'une

troisième dose, le pourcentage d'effets indésirables observés a été moindre que ce qui est rapporté dans les essais cliniques après l'administration d'une ou de deux doses de vaccin trivalent [10].

- **La politique vaccinale actuelle en France vis-à-vis des oreillons**

La vaccination contre les oreillons a été introduite dans le calendrier vaccinal français en 1986 avec le vaccin combiné rougeole, oreillons, rubéole.

Le schéma vaccinal a comporté initialement l'administration d'une dose de vaccin trivalent entre 12 et 15 mois. La seconde dose a été introduite d'abord à 13 ans en 1996 puis à 6 ans en 1997.

Le calendrier vaccinal en cours [14] comporte l'administration d'une première dose à l'âge de 12 mois et d'une seconde dose entre 16 et 18 mois ou plus tôt, à condition de respecter un intervalle d'au moins un mois entre la première et la seconde dose.

En rattrapage, les personnes nées à partir de 1980 devraient avoir reçu deux doses de vaccin trivalent.

- **L'absence de mesures préventives efficaces**

En post-exposition, la vaccination n'a pas fait la preuve de sa capacité à prévenir les oreillons chez la personne soumise au contagement. Cette vaccination garde malgré tout son intérêt pour une protection ultérieure si ce contact n'a pas été contaminant. De même, l'administration des immunoglobulines n'a pas fait la preuve de son efficacité [15-16].

L'exclusion de la collectivité est généralement appliquée. Toutefois, cette mesure est d'une efficacité très limitée du fait du pourcentage élevé de formes asymptomatiques ou non identifiables et de la durée de contagiosité qui débute avant les signes cliniques. Cette mesure n'est pas recommandée par le HCSP, même si la fréquentation d'une collectivité à la phase aiguë de la maladie (comme de toute maladie infectieuse) n'est pas souhaitable [17].

En conséquence, le Haut Conseil de la santé publique :

- **Ne recommande pas l'administration en population générale d'une troisième dose de vaccin rougeole, oreillons, rubéole. Le HCSP rappelle que l'efficacité vaccinale est de l'ordre de 85 % 10 ans après l'administration de la seconde dose et que les personnes vaccinées à deux doses ont un risque de complications significativement diminué.**
- **Recommande la poursuite de l'application des recommandations vaccinales et des mesures de rattrapage dans la population ciblée par la vaccination selon le calendrier vaccinal en cours.**
- **Recommande qu'en situation de cas groupés d'oreillons dans une collectivité, 2 à 3 cas soient documentés sur le plan virologique par un diagnostic moléculaire (PCR). Les prélèvements de préférence salivaire ou de gorge, doivent être effectués dans les 4 à 5 jours suivant l'apparition du premier symptôme.**
- **Recommande que dans la situation de cas groupés, dans une collectivité ou une zone géographique donnée, des investigations permettent de connaître le statut vaccinal (nombre de doses et dates des vaccinations) des personnes atteintes et non atteintes et qu'il soit mis à jour s'il ne l'était pas.**
- **Rappelle que, chez les personnes ayant été en contact avec un patient présentant les oreillons en phase de contagiosité, les mesures de prophylaxie post-exposition (vaccination ou immunoglobulines) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Il en est de même des mesures d'exclusion de la collectivité.**

- **Recommande qu'en situation de cas groupés en collectivités (écoles, universités, internats, casernes, clubs sportifs...), outre une mise à jour du statut vaccinal, une troisième dose de vaccin soit systématiquement proposée aux personnes déjà vaccinées à deux doses et dont la seconde dose a été administrée depuis plus de 10 ans. Le périmètre d'application de cette mesure pourra être déterminé localement en fonction des caractéristiques de la collectivité et des groupes de personnes affectées.**

Le CTV a tenu séance le 4 juillet 2013 : 15 membres qualifiés sur 17 membres qualifiés votant étaient présents, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 15 votants, 0 abstention, 0 vote contre.

La CSMT a tenu séance le 11 juillet 2013 : 8 membres qualifiés sur 15 membres qualifiés votant étaient présents, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 8 votants, 0 abstention, 0 vote contre.

Références

[1] Coffinières E, Turbelin C, Riblier D, Aouba A, Levy-Bruhl D, Arena C *et al.* Mumps: Burden of disease in France. *Vaccine* 2012; 30: 7013-7018.

[2] Dayan GH, Quinlisk P, Parker AA, Barskey AE, Harris ML, Hill Schwartz JM *et al.* Recent Resurgence of Mumps in the United States. *N Engl J Med* 2008; 358: 1580-89.

[3] Guthmann JP, Fonteneau L, Lévy Bruhl D. Mesure de couverture vaccinale en France. Rapport InVS, novembre 2012.

Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2012/Mesure-de-la-couverture-vaccinale-en-France>

[4] Lepoutre A, Antona D, Fonteneau L, Baudon C, Halftermeyer-Zhou F, Le Strat Y, *et al.* Enquête nationale de séroprévalence des maladies infectieuses 2009-2010, 1^{ers} résultats. 12^{ème} Journées Nationales d'Infectiologie, Toulouse 2011. *Med Mal Infect* 2011;41(6) S1: H16. Consultation en ligne: DOI : 10.1016/S0399-077X(11)70012-9.

[5] Rubin SA, Plotkin SA. Mumps Vaccine. In : Plotkin, Orenstein, Offit. *Vaccines* 6th edition, Ed Saunders 2012: pp 419-46.

[6] Cohen C, White JM, Savage EJ, Glynn JR, Choi Y, Andrews N *et al.* Vaccine Effectiveness Estimates, 2004–2005 Mumps Outbreak, England. *Emerg Infect Dis* 2007; 13: 12-17.

[7] 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; 17: 661-67.

[8] Wielders CC, Van Binnendijk RS, Snidjers BE, Tipples GA *et al.* Mumps epidemic in orthodox low – vaccination communities in the Netherlands and Canada 2007 to 2009. *Euro Surveill* 2011; 16(41).

[9] Anis E, Grotto I, Moerman L, Warshavsky B, Slater PE, Lev B. Mumps outbreak in Israel's highly vaccinated society : are two doses enough ? *Epidemiol Infect* 2012 ; 140,3:439-446

[10] Ogbuanu IU, Kutty PK, Hudson JM, Blog D, Abedi G *et al.* Impact of a third dose of Measles-Mumps-Rubella vaccine on a mumps outbreak. *Pediatrics* 2012; 130(6): 1567-74.

[11] Nelson GE, Aguon A, Valencia E, Oliva R, Guerrero ML *et al.* Epidemiology of a mumps outbreak in a highly vaccinated island and use of a third dose of Measles-Mumps-Rubella vaccine for outbreak control – Guam 2009 to 2010. *Pediatr Infect Dis J* 2013; 32: 374-80.

[12] Vandermeulen C, *et al.* Outbreak of mumps in vaccinated child population :a question of vaccine failure ? *Vaccine* 2004; 22: 2713-17.

[13] Castilla J, *et al.* Effectiveness of Jeryl Lynn-containing vaccine in Spanish children. *Vaccine* 2009; 27: 2089-93.

[14] Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. *BEH* 2013;14-15: 128-59.

Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2013/BEH-n-14-15-2013> (consulté le 08/07//2013).

[15] Cherry JD. Mumps. *In* Feigin & Cherry. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 4[°] Ed. WB Saunders Company. Philadelphia,1998.

[16] Pickering LD, Baker, Kimberlin DW, Long SS (Editors). Red Book Report of the Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics, 2009.

[17] Haut Conseil de la santé publique. Guide des conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes. 28 septembre 2012.

Disponible sur

http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20120928_maladieinfectieusecollectivite.pdf.

Avis produit par la Commission spécialisée Maladies transmissibles, sur proposition du Comité technique des vaccinations

Le 11 juillet 2013

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr