

## Cas clinique

Diana Urzola  
SMPR  
23.02.2011

1

## Mlle. M. 19 ans

- **MC:** Toux + état fébrile
- **Anamnèse:** Toux sèche en quintes depuis 3 sem, accompagnée depuis 10j par:  
douleur thoracique, dyspnée, EF persistant, asthénie, inappétence et perte pondérale d'environ 2kg  
Depuis 2 j, un tt A/B par Zinat 2x500mg, Ventolin+Pulmicort et Dafalgan a été commencé dans une permanence md.  
Malgré le tt l'EF persiste et l'EG se péjore.

2

- **Anam. systématique:**

- Nausées et vomissements après les accès de toux depuis 5j
- Constipation depuis 10j
- Brûlures mictionnelles depuis 12h
- Apparition de « boutons » sur le visage depuis 12h (selon elle associée aux règles), mais rash également au tronc, bras et abdomen.
- Vaccination: pas de carnet, mais selon la mère: Grippe saisonnière en automne 2010.  
Vaccinée dans l'enfance contre B. pertussis et autres virus.
- Social: Au chômage depuis 1 mois. Travaillait avant dans une bijouterie

3

- **Examen clinique VO:**

- EG diminué, EF à 39°, déshydratée, TA 119/66,  
FC 100xmin, SPO2 98% AA, PF 340 (73% du prédit)
- ORL:** pharynx hyperémique
- C-V:** auscultation sp
- Pulmonaire:** Auscultation: pas de râles, pas de sibilances, MV discrètement diminué base G
- Dig:** Abdomen diffusément sensible, plus en HCG, sans défense ni détente. Bruits intestinaux conservés
- Uro:** LRSI
- Neuro:** Nuque souple et indolore. Pas de latéralisation
- Cutané:** Papulo-macules au niveau du visage, papules érythémateux-prurigineuses au niveau du tronc, bras et abd.

4

## Diagnostique Différentiel VO

Respiratoire	Digestif	Urinaire	Cutané	Autres
Coqueluche	Déshydratation aiguë	ITU simple	Acné	Mononucléose infectieuse
Pneumonie à germes atypiques	Gastroentérite aiguë	Pyélonéphrite	Réaction allergique au Zinat	HIV
Grippe à influenza	Pancréatite			

5

## Investigations pratiquées VO

- Rx thorax: pas de foyer pulmonaire net
- FSC: Leuco 6.5 g/l avec 5% DG, lymphopénie
- CRP: 60.7mg/l
- HypoNa+ légère à 133mmol/l
- Tests hépatiques dans la norme
- Bandelette urinaire: leucos ++ Hb ++++ (règles)
- US abdominal: pas de pyélonéphrite, pas de pancréatite
- Hémocultures, culture urinaire, frottis nasopharyngien avec PCR pour recherche M. pneumoniae, C. pneumoniae et B. pertussis et parapertussis

6

## Traitement VO

- Perfusion NaCl 2000 ml/24h
- Motilium sublingual, Paspertin IV en R
- Perfalgan IV
- Codeine 50 mg 3x/j
- Klacid IV 500 mg 2x/j
- Hospitalisation en UO – Isolement respiratoire
- Demande de consultation par maladies infectieuses

7

- Examen clinique Maladies Infectieuses:

**Cutané:** Rash cutané progressif d'extension cranio-caudale. Exanthème maculeux partiellement confluent au niveau du visage +++, tronc et abdomen, encore rare au niveau des membres

**ORL:** Conjonctives injectées, ADP généralisées sensibles à la palpation, pharynx hyperémique avec des dépôts blanchâtres au niveau jugal (molaires sup): probables taches de Koplik

**SUSPICION DE ROUGEOLE**



**Diagnostique: PCR rougeole frottis NP et sérologies IgM, IgG**

8

## Suite

- Hospitalisation en médecine interne pdt 5j: mesures d'isolement AIR
- Ttt symptomatique, soutien hémodynamique et maintien du ttt A/B IV
- Evolution clinique favorable: ↓T°, amélioration symptômes resp, disparition du rash et taches Koplik. ↓paramètres inflammatoires.
- RAD avec ttt A/B po par clarythromycine 2x500mg/j pour une durée totale de 7j

9

## ROUGEOLE

- Virus à ARN de type *Morbillivirus*
- Pénètre l'épithélium des muqueuses respiratoire/conjonctives → réplication locale →réseau lymphatique → circulation (virémie)
- Clinique: 4 phases
  - Période d'incubation
  - Phase prodromale
  - Exanthème
  - Rémission

10

## Incubation

- Période entre exposition - apparition 1ers symptômes
- Asymptomatique ou symptômes respiratoires, fièvre ou rash
- Durée: 8-10j
- Période contagieux: 1-2 j avant apparition 1ers symp. jusqu'à 4 j après l'apparition du rash cutané

11

## Phase prodromale

- Etat fébrile, inconfort, anorexie, toux avec rhinite, conjonctivite avec épiphora et photophobie
- Taches de Koplik: signe pathognomonique de la maladie chez 60-70% des pts. Qui peuvent durer jusqu'au 2-3 j après l'apparition du rash cutané.
- Durée: 2-3j (max 8j)

12



13

## Exanthème

- Rash maculopapulaire, non prurigineux, d'extension cranio-caudale, en confluant par endroits. Disparaît à la vitropression.
- Débute au visage (derrière les oreilles), et s'étend distalement: cou, tronc et extrémités (excepte palmes et plantes)
- Apparence hémorragique → coloration brunâtre → desquamation fine

14



15

## Suite exanthème et Rémission

- Des adénopathies multiples et splénomégalie peuvent être présents
- Fièvre haute et symptômes respiratoires prononcés
- Durée: 6-7 j
- La toux peut persister pdt 1-2 sem.
- Rémission et immunité à vie

16

## Complications

- **ORL et Pulmonaires:** OMA, BPN, croup, bronchiolite
- **Neurologiques:** encéphalomyélite (ADEM), panencéphalite sclérosante SA, encéphalite P-R
- **Ophtalmiques:** kératite, ulcération cornéenne
- **Digestives:** diarrhées, gastroentérite, hépatite, lymphadénite mésentérique, appendicite
- **Cardiaques:** myocardite, péricardite
- **Immunosuppression transitoire**

17

## Prévention

Contact avec  
Rougeole



- Evaluer le **délai:** <72h, 72h-<7j, >7j
  - Si délai < 72 h: vaccination recommandée
  - Si délai entre 72h et <7j: Evaluer statut vaccinal (en cas de doute: vacciner)
  - Si délai > 7j : doser IgM /Ig G anti rougeole  
Si IgM +: rougeole confirmée
- Evaluer l'**âge:** <6 mois , 6-12 mois, > 12 mois
- Identifier les **contacts à risque:** bébés < 6 mois, immunodéprimés, femmes enceinte non immunes  
Protection par Ig 0.4 g/kg dans les 6 jours post-exposition

18

## Epidémiologie

- 2000-2007: mortalité mondiale par rougeole a été réduite de 74%
- 2000 : nombre estimé de décès de 750 000
- 2007: nombre estimé de décès 197 000
- 2000 -2007, près de 11 millions de décès par rougeole ont été évités dans le monde grâce aux activités de lutte antirougeoleuse
- Amériques: éliminée depuis 2002 (100-200 cas/an importés)
- Europe: couverture vaccinale est sup aux pays scandinaves (Finlande l'a éliminée en 1996) qu'aux pays de l'Europe occidentale, central et oriental.  
Dose à 2 ans moyenne en Europe: 94%  
Dose à 2 ans moyenne en Suisse: 86% (parmi le plus basses selon OMS)
- Régions de la Méditerranée orientale et africaine, représentant 16% et 63% de la réduction mondiale de la mortalité rougeoleuse entre 2000-2007

19

## Vaccination

- Le vaccin antirougeoleux, utilisé depuis quarante ans, est sûr, efficace et peu onéreux
- Vacciner un enfant contre la rougeole coûte moins d'un dollar
- Campagnes de vaccination de masse dans les pays où les taux de morbidité et de mortalité sont élevés
- Intervention systématique des services de santé
- En 2008, 83% des enfants < 1 an dans le monde –contre 72% en 2000– ont reçu une dose de vaccin antirougeoleux
- Pour éliminer la rougeole, il est nécessaire qu'au moins 95% de la population soit immune (immunité du groupe)

20

- Suisse: couverture vaccinale insuffisante



Epidémie 2006-2009: 4410 cas déclarés (1/4 total d'Europe)  
 341 hospitalisations, 176 pneumonies, 9 encéphalites, 220 otites, 1 décès par encéphalite  
 Statut vaccinal parmi les cas: non vaccinés 93% - vaccination incomplète 5%

21

## Take home messages

- Suspecter le diagnostique de rougeole si présence d'un **exanthème cutané + EF + symptômes respiratoires**
- Mesures **d'isolement respiratoire** chez les patients suspects
- Maladie de **déclaration obligatoire**: alerte épidémique immédiate
- **Encourager les patients non vaccinés** à se faire vacciner

22

## Références

- [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Barinaga JL, Skolnik PR. Clinical presentation and diagnosis of measles
- Barinaga JL, Skolnik PR. Epidemiology and transmission of measles
- Bekhor D, Barinaga JL, Skolnik PR. Prevention and treatment of measles
- Revue Médicale Suisse 2008; 4: 920-4
- Bulletin OFSP 2002; 16: 300-302
- Bulletin OFSP 2010; 14: 416-419
- Pediatrics 2010; 125: 747-755

23