

Infovac-Maroc : N° 59 / Aout 2024 Spécial rougeole

La rougeole est une maladie éruptive systémique avec plusieurs caractéristiques pathogènes uniques et des complications spécifiques. Elle reste l'un des grands fléaux infectieux dans de nombreuses parties du monde malgré la disponibilité d'un vaccin à virus vivant atténué sûr et efficace.

La présentation clinique de la rougeole, pourtant caractéristique, ne suffit pas pour établir le diagnostic dès que l'incidence diminue, rendant nécessaire la confirmation biologique systématique. Dans certaines situations cliniques comme l'infection chez la femme enceinte, le nourrisson, des patients immunodéprimés ou des adultes nécessitant une hospitalisation, le diagnostic virologique s'impose.

Le diagnostic repose sur les techniques indirectes de mise en évidence d'anticorps antirougeoleux dans le sérum ou la salive, ainsi que sur les techniques directes de détection du virus de la rougeole. **Les techniques de détection directe du virus** utilisées en routine sont des techniques de biologie moléculaire. Malgré la diversité génotypique du virus de la rougeole, un seul sérotype a été décrit avec un degré élevé de similitude des antigènes de surface entre les différentes souches. Cela explique aussi que la vaccination confère une immunité protectrice contre tous les génotypes connus.

Pour la surveillance épidémiologique moléculaire, l'identification du génotype est primordiale.

Le Maroc est l'un des pays où la rougeole est encore présente. De transmission aérienne et manuportée, la rougeole est l'une des maladies virales les plus contagieuses avec un RO, compris entre 12 et 18, nécessitant une couverture vaccinale supérieure à 95% avec deux doses de vaccin pour en permettre l'élimination.

Les vaccins disponibles sur le marché international sont sûrs, efficaces et utilisables de manière interchangeable dans les programmes de vaccination. Ils sont habituellement injectés par voie sous-cutanée, mais ils sont également efficaces en injection intra-musculaire. Chez les individus immunocompétents, la protection offerte par une seule dose de vaccin se situe, selon les études, entre 90 et 95 % et après deux doses entre 96 % et 100 %. De nombreux nourrissons âgés de 9 à 12 mois ne possèdent pas suffisamment d'anticorps maternels contre la rougeole. Ils ont besoin d'une protection précoce, surtout en cas de flambée ou d'épidémie, pour éviter les complications de la rougeole, y compris la PESS.

Définition des cas :

Cas clinique : Fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ associée à une éruption maculo-papuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Köplik.

Cas confirmé biologiquement : Détection d'IgM spécifiques dans la salive ou le sérum et/ou séroconversion ou élévation de 4 fois au moins du titre des IgG et/ou PCR positive et/ou culture positive.

Cas confirmé épidémiologiquement : Cas clinique ayant été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas confirmé.

Éviction d'une suspicion ou d'un cas de rougeole : Toute suspicion ou cas de rougeole est exclu des structures collectives et reste à domicile durant les quatre jours suivant le début de l'exanthème.

Conduite à tenir suite à un contage :

- Dans les 72 heures suivant un contage identifié, il est recommandé d'effectuer une injection vaccinale sur la base du statut d'immunité antirougeole du carnet de santé (vaccination ou infection naturelle).
- L'intérêt de l'administration d'immunoglobulines polyvalentes après exposition à un cas confirmé biologiquement est évalué au cas par cas dans certains contextes particuliers (femmes enceintes, sujets immunodéprimés, enfants <6 mois dont la mère présente une rougeole...) et se pratique jusqu'à 6 jours post-contage.

Situation actuelle au Maroc :

Depuis l'avènement de la pandémie Covid-19, la situation au Maroc, à l'instar des autres pays du monde, a été marquée par une diminution de la sous notification des cas de fièvres éruptives et de la couverture vaccinale, entraînant une accumulation du nombre d'enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés et, par conséquent l'apparition des cas groupés de la rougeole dans quelques provinces.

Depuis octobre 2023, une épidémie de rougeole s'est déclarée à la région Souss-Massa, et malgré les mesures de riposte entreprises par les autorités sanitaires de la région, cela n'a pas empêché la propagation de l'épidémie depuis son foyer initial, vers les différentes provinces de la Région et le reste du Maroc.

Actuellement, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a établi un plan de riposte avec comme objectifs :

1. Réduire la morbidité et la mortalité en assurant une prise en charge appropriée des cas ;
2. Circonscrire l'épidémie à la région de Souss-Massa et réduire le risque de propagation vers d'autres régions du pays ;
3. Redresser les niveaux de performance de la surveillance des fièvres éruptives, de la vaccination RR par la mise en place des mesures de rattrapage.

En réponse à vos questions

Quel est l'âge optimal pour la 1^{ère} dose de vaccin anti-rougeoleux ?

Dans les pays ayant une transmission continue avec persistance d'un risque élevé de mortalité par rougeole pour les nourrissons, la première dose doit être administrée à l'âge de 9 mois. Dans ces conditions, il est important de l'administrer à temps pour garantir une protection optimale pendant la période de sensibilité des nourrissons. Comme de nombreux cas de rougeole surviennent chez les enfants âgés de >12 mois et qui n'ont pas été vaccinés, l'administration systématique de la première dose ne doit pas se limiter aux enfants entre 9 et 12 mois. À partir de l'âge de 12 mois, on saisira toutes les occasions possibles pour proposer cette vaccination à tout enfant non vacciné.

Dans les pays ayant de faibles niveaux de transmission de la rougeole et où le risque de rougeole est donc faible pour les nourrissons, on peut administrer la 1^{ère} dose du vaccin anti-rougeoleux à l'âge de 12 mois pour tirer parti des taux plus élevés de séroconversion que l'on obtient à cet âge.

Par conséquent, dans la détermination de l'âge recommandé pour la vaccination, il faut mettre en balance le risque d'échec de la primo-vaccination, qui diminue avec l'âge, avec le risque d'infection rougeoleuse avant que l'enfant ne soit vacciné, qui augmente avec l'âge.

Quel est le meilleur âge pour administrer la 2^{ème} dose ?

L'âge choisi pour l'administration, de même que l'épidémiologie de la rougeole, peuvent chacun avoir une influence majeure sur l'efficacité de la 2^{ème} dose.

Les pays dans lesquels la transmission de la rougeole est active et où la 1^{ère} dose du vaccin antirougeoleux est administrée à l'âge de 9 mois devraient prévoir l'administration de routine de la deuxième dose à l'âge de 15–18 mois. L'intervalle minimal entre les deux doses est de 1 mois. Vacciner systématiquement les enfants par une 2^{ème} dose au cours de leur 2^{ème} année de vie diminue le taux d'accumulation d'enfants sensibles et le risque de flambée épidémique. L'administration de la 2^{ème} dose à l'âge de 15–18 mois garantit la protection de l'individu dès le plus jeune âge, ralentit l'accumulation de jeunes enfants sensibles et peut correspondre à d'autres vaccinations de routine. Toutefois, en cas d'administration de la 2^{ème} dose au cours de la 2^{ème} année de vie, il est recommandé que les pays développent et mettent en place une politique permettant de dépister les enfants à l'entrée à l'école pour vérifier qu'ils ont bien reçu 2 doses de vaccin antirougeoleux, et de vacciner tout enfant ayant manqué 1 dose, voire les 2.

Dans les pays où la transmission de la rougeole est faible et où la première dose du vaccin antirougeoleux est administrée à l'âge de 12 mois, l'âge optimal pour la vaccination de routine (vaccination systématique) par la 2^{ème} dose est basé sur des considérations d'ordre programmatique visant à obtenir la couverture la plus élevée possible par la 2^{ème} dose, et, de là, le plus haut niveau d'immunité de la population. Si la couverture par la 1^{ère} dose est élevée (>90 %) et que la scolarisation est élevée (95 %), l'administration de la 2^{ème} dose en routine à l'entrée à l'école peut s'avérer être une stratégie efficace pour obtenir une large couverture et éviter les épidémies de rougeole.

L'immunité conférée par le vaccin ROR est-elle durable ?

La réponse immunitaire après la vaccination est similaire à celle observée après une infection naturelle. La vaccination induit tant une immunité humorale que cellulaire. Bien que les titres d'anticorps induits par la vaccination soient moins élevés qu'après la maladie, la différence ne semble pas influencer le niveau de protection. Cependant, bien que les titres en anticorps induits par la vaccination baissent avec le temps et puissent devenir indétectables, la mémoire immunologique persiste et, après une exposition au virus de la rougeole, la plupart des personnes vaccinées produisent une réponse immunitaire protectrice.

Que faire chez les enfants qui n'ont pas été vaccinés avec 2 doses dans les délais recommandés ?

Si la vaccination n'a pas été réalisée dans les délais recommandés, ou qu'elle est incomplète, il est toujours possible de la faire plus tard dans l'enfance, à l'adolescence voire à l'âge adulte, pour protéger l'individu mais aussi limiter le nombre de sujets susceptibles.

Comment améliorer la couverture vaccinale pour éliminer la rougeole ?

- Atteindre et maintenir une couverture vaccinale très élevée (> 95 %) au moyen de deux doses de vaccin contre la rougeole.
- Offrir une seconde chance d'immunisation contre la rougeole grâce à des mesures de vaccination supplémentaire destinées aux populations exposées au risque de rougeole. La 2^{ème} dose de vaccin n'est pas un rappel car l'immunité conférée par la 1^{ère} dose est de longue durée. La 2^{ème} dose est d'autant plus efficace qu'elle est administrée plus précocement après la 1^{ère} dose, limitant ainsi le nombre de cohortes susceptibles présentes simultanément.

Peut-on vacciner les enfants allergiques à l'œuf ou à d'autres protéines aviaires ?

Même si les vaccins RRO sont préparés sur cellules d'embryon de poulet, plusieurs études comportant plusieurs centaines de patients ont montré que la vaccination des sujets allergiques à l'œuf avec des tests positifs était sans risque particulier. Pour l'allergie aux protéines aviaires, aucun risque supplémentaire ne peut être identifié. La seule contre-indication est une réaction anaphylactique à une injection antérieure avec le même vaccin. Le conseil que nous donnons est d'avoir, le matériel nécessaire pour prendre en charge une réaction anaphylactique, en particulier de l'adrénaline. Souvent, pour des vaccinations suscitant une anxiété particulière pour les patients-parents ou les vaccinateurs, nous conseillons en outre de vacciner tôt dans la journée pour allonger la période de surveillance.

