



GUIDE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE

Les oreillons

**COMITÉ MÉDICAL PROVINCIAL
EN SANTÉ AU TRAVAIL DU QUÉBEC**

Adopté le 26 mars 1998

Guide de pratique élaboré à partir du consensus professionnel développé et publié en octobre 1996 par le sous-comité sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite du Comité médical provincial en santé au travail « Consensus de pratique en matière de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Les agresseurs biologiques : oreillons et grossesse ».

Adopté le 26 mars 1998

Le comité médical provincial a tenu compte des informations disponibles dans le document qui suit et résumées ci-dessous, pour formuler sa recommandation devant guider les médecins désignés par le directeur de santé publique dans l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte au regard du danger résultant de l'exposition au virus des oreillons.

- ◆ *Il est impossible de prévenir complètement le contact avec les cas puisque :*
 - *la période de contagiosité débute environ une semaine avant l'apparition de la parotidite;*
 - *la contagiosité maximale existe 48 heures avant le début des symptômes;*
 - *dans le tiers des cas, les individus infectés sont asymptomatiques;*
- ◆ *l'incidence d'avortements est possiblement doublée lors d'infection du 1er trimestre,*
- ◆ *une association avec la fibroélastose sous-endocardique est possible,*
- ◆ *et certaines pathologies du nouveau-né ont été décrites lors d'infections maternelles survenant en fin de grossesse (parotidite pouvant s'accompagner de détresse respiratoire, fièvre avec splénomégalie et thrombocytopenie, ou pneumonie du nouveau-né entraînant parfois de la détresse respiratoire).*

Malgré cela, puisque l'infection est très rare depuis que les enfants sont systématiquement vaccinés et qu'on ne rapporte pas d'augmentation de prématurité ni d'effets tératogènes reliés à l'infection à paramyxovirus durant la grossesse.

Recommandations : aucune action n'est requise, même dans les milieux à risque¹, tant qu'aucun cas index n'est identifié. Cependant, lorsqu'une travailleuse enceinte qui n'est pas protégée² est en contact³ avec un cas confirmé ou un cas clinique, une sérologie est

¹. **Les milieux considérés à risque** sont ceux où sont regroupés des enfants, c'est-à-dire les garderies, les écoles et les colonies de vacances....

². **Ne seront pas considérées protégées contre les oreillons** : les personnes nées après 1956 ne détenant pas une preuve écrite d'immunisation avec une dose de vaccin, ni d'attestation médicale certifiant qu'elles ont fait la maladie antérieurement et qui n'ont pas subi une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre les oreillons.

³. **Sont définis comme contacts** : les personnes du groupe où survient le cas index, ce qui veut dire, par exemple, dans le cas de la garderie, le groupe spécifique d'enfants auquel appartient le cas index et, à l'école, la classe du cas index. Cependant, dans les rares périodes épidémiques, la notion de contact mérite d'être élargie, par exemple à toute la garderie ou à toute l'école. En milieu de soins, une travailleuse enceinte ne devrait pas être affectée aux soins d'une personne souffrant des oreillons; en période épidémique, par exemple, elle ne devrait pas être affectée à l'urgence.

indiquée ; la travailleuse doit alors être retirée en attendant que soient connus les résultats de la sérologie et, si elle est séronégative, elle le demeure jusqu'à 28 jours après le dernier cas déclaré.

ANNEXE

CONSENSUS DE PRATIQUE EN MATIÈRE DE RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

**Les agresseurs biologiques :
oreillons et grossesse**

Septembre 1997

AVANT-PROPOS

Ce document a été rédigé par Myreille Arteau, médecin-conseil en santé au travail, et Joane Désilets, adjointe médicale en maladies infectieuses de la Direction de la santé publique de Lanaudière.

Préparé par le Comité provincial sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite et entériné en juin 1997.

Président : D^r Robert Breton, Montérégie et Estrie

Membres : D^r Myreille Arteau, Lanaudière
D^r André Dupré, Côte-Nord et Saguenay/Lac St-Jean
D^r Pierre Gourdeau, Québec
D^r Sylvie Lemieux, Chaudière/Appalaches
D^r Christian Lévesque, Laval
D^r Aubert Nadeau, Bas St-Laurent et Gaspésie
D^r Marie-Claude Thérout, Laurentides, Abitibi et Outaouais
D^r Robert Simard, Montréal
D^r Christian Vinette, Mauricie/Bois-Francs

Ce document a aussi été soumis à la critique du Comité de concertation en maladies infectieuses en juin 1997.

Le 2 septembre 1997

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Identification	1
Mode de transmission	1
Période d'incubation	1
Période de contagiosité	1
Cas clinique	1
Cas confirmé	2
Cas contacts	2
Immunisation	2
Effets maternels	3
Bibliographie	5

LES AGRESSEURS BIOLOGIQUES

OREILLONS ET GROSSESSE

Les oreillons sont une infection virale aiguë causée par un paramyxovirus. L'incidence est de 0,8/10,000 grossesses (Boucher, 1995). Depuis la venue de la vaccination, les cas déclarés sont très rares.

Le mode de transmission : la maladie se transmet par projection de gouttelettes de salive ou par contact direct avec la salive d'un individu infecté. Le virus est aussi excrété dans les urines (pendant 2 à 3 semaines post- infection), dans le liquide céphalorachidien en présence de méningite, et on le retrouve aussi dans le lait maternel (Reman, 1986; Sterner, 1990; Gershon, 1990). Le passage transplacentaire a été soulevé dans certaines études (Reman, 1986; Gershon, 1990).

La période d'incubation dure de 12 à 25 jours, le plus souvent 18 jours. La période de contagiosité débute environ une semaine avant l'apparition de la parotidite et dure jusqu'à 9 à 10 jours après celle-ci. La contagiosité maximale est retrouvée 48 heures avant le début des symptômes. Dans les urines, la contagiosité peut être présente jusqu'à 14 jours après le début des symptômes.

CAS CLINIQUE

Dans 30-33 % des cas, les individus infectés sont asymptomatiques. (Sterner, 1990; Gershon, 1990; Boucher, 1995). La symptomatologie classique est la suivante :

- prodrome composé de fièvre, malaise général, myalgie et anorexie durant moins de 7 jours, puis
- surviennent douleurs péri-auriculaires et dysphagie et, enfin, tuméfaction parotidienne le plus souvent bilatérale qui disparaîtra en moins d'une semaine.

Selon Sterner (1990) et Gershon (1990), d'autres organes peuvent aussi être affectés sous forme de :

- méningo-encéphalite
- paralysie des nerfs crâniens (rarement avec séquelles permanentes dont la plus fréquente est la surdité)
- pancréatite
- myocardite
- néphrite
- thyroïdite
- mastite
- arthrite

Si l'infection survient après la puberté, celle-ci peut se compliquer d'une orchite chez 15-25 % des hommes (avec parfois infertilité secondaire), ou d'une oophorite chez 5 % des femmes, toutefois sans infertilité secondaire.

CAS CONFIRMÉ

Manifestations cliniques compatibles (ex.: fièvre, tuméfaction douloureuse d'une ou plusieurs glandes salivaires) et une des conditions suivantes :

- isolement du virus des oreillons ou
- détection sérologique d'IgM contre le virus des oreillons ou
- détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre le virus des oreillons entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence ou
- lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.

On accepte habituellement comme significative une augmentation d'au moins quatre fois du titre d'anticorps entre les deux sérums à au moins deux semaines d'intervalle et analysés simultanément au même laboratoire.

CAS CONTACTS

Tout individu du même groupe que le cas index durant la période de contagiosité.

IMMUNISATION

La maladie confère une immunité permanente. La vaccination (1 dose) confère une immunité dans 75 à 95 % des sujets vaccinés, dépendant des études consultées (75 % - 91 %: Hersh, 1991; 75 - 95 %: Sterner, 1990; 95 %: Gershon, 1990). L'étude de Hersh (1991) a démontré dans une population étudiante de niveau secondaire, vaccinée, une épidémie d'oreillons dans les groupes d'âge de 10-14 ans et de 15-19 ans pouvant être

interprétée comme un échec primaire à la vaccination. Une deuxième dose de vaccin permettrait donc de réduire ces échecs et d'augmenter l'immunité des adolescents et des jeunes adultes, si le nombre de cas déclarés le justifie.

Seront considérées protégées contre les oreillons :

- les personnes ayant une preuve écrite d'immunisation avec une dose de vaccin;
- les personnes ayant une attestation médicale certifiant avoir fait la maladie antérieurement;
- les personnes ayant une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre les oreillons;
- les personnes nées en 1956 ou avant. (*Protocole d'immunisation du Québec, 1995*)

EFFETS MATERNELS

Il ne semble pas y avoir de symptomatologie maternelle plus sévère lors d'une infection au paramyxovirus durant la grossesse (Boucher, 1995; Gershon, 1990). On ne décrit pas, non plus, d'augmentation de prématurité ni d'effets tératogènes reliés à l'infection à paramyxovirus durant la grossesse.

Toutefois, l'incidence d'avortements serait doublée lors d'infection du 1^{er} trimestre. L'association avec la fibroélastose sous-endocardique est possible (Boucher, 1995; Sterner, 1990; Gershon, 1990). Lorsque l'infection maternelle survient en fin de grossesse, certaines pathologies du nouveau-né ont été décrites :

- Reman (1986) : sur 6 cas documentés d'infection du 3^{er} trimestre, 4 nouveau-nés ont développé une parotidite durant la première semaine de vie sans séquelles permanentes, un nouveau-né était asymptomatique et un nouveau-né a présenté une détresse respiratoire en période périnatale.
- Lacour (1993) : un nouveau-né aurait présenté de la fièvre, une splénomégalie et une thrombocytopénie sans parotidite.
- Sterner (1990) et Groenendaal (1990) : des pneumonies du nouveau-né avec ou sans détresse respiratoire suite à l'infection maternelle acquise quelques jours avant l'accouchement.

La rareté de l'infection durant la grossesse et le petit nombre de sujets étudiés ne peuvent permettre de conclure au regard de ces études. Des études supplémentaires seraient nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

ALARY, M. et al. (1988). Les infections en garderie : guide de prévention à l'usage des professionnels et professionnelles de la santé. Publications du Québec, pp. 152-157.

BOUCHER, M. (1995). Les maladies virales de l'enfance et de la grossesse: petit guide pratico-pratique. Le Clinicien, mars, pp. 55-70.

GERSHON, A. (1990). Chickenpox, Measles and Mumps de Remington, J.S.; Klein J.O. Infectious Diseases of the fetus and the newborn infant. Third edition, Philadelphia WBSaunders Co. 1990, pp. 432-445 (oreillons)

GROENENDAAL, D. (1990). Congenital Mumps Pneumonia: a rare cause of Neonatal Respiratory Distress. Acta Paediatr. Scand., 79: 1252-1254.

HERSH, B. et al. (1991). Mumps outbreak in a highly vaccinated population. Journal of pediatrics, vol. 119, no 2, août, pp. 187-193.

HYATT, H. (1961). Relationship of maternal Mumps to Congenital Defects and fetal deaths, and to maternal morbidity and mortality. American practitioner and digest of treatment, mai, vol. 12, no 5, pp. 359-363.

LACOUR, M.; MAHERZI, M.; VIENNY, H. (1993). Thrombocytopenia in a case of neonatal mumps infection: evidence for further clinical presentations. Eur. J. Pediatr., 152: 739-741.

MONIF, G. (1974). Maternal Mumps infection during gestation: observations of the progeny. Am. J. obst. Gynecol., 119: 549-551.

REMAN, O. et al. (1986). Neonatal respiratory distress due to mumps, Archives of Disease in Childwook, 61: 80-81.

STERNER, G.; GRANDIEN, M. (1990). Mumps in pregnancy at term, Scand. J. Infect. Dis., supp. 71: 36-38