

**Communiqué conjoint de la Société Francophone de Transplantation, du Groupe Infection
Immunodépression (G2I) de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française et la Société
Francophone de Greffe de Moelle et de Thérapie Cellulaire**

Sujet: épidémie de rougeole, soyez alertes!

Chers Collègues, Chères Consœurs et Chers Confrères,

Par ce communiqué, nos trois Sociétés Savantes souhaitent alerter les professionnels de santé sur l'épidémie de rougeole qui sévit actuellement en France et sur les particularités qu'elle comporte pour nos patients immunodéprimés.

L'épidémie qui sévit au niveau national s'inscrit dans une recrudescence des épidémies de rougeole dues à plusieurs années de baisse de la couverture vaccinale constatée après la pandémie de COVID-19. L'OMS estime en effet que seul un taux de vaccination (2 doses) de la population générale > 95% permettrait de prévenir durablement la circulation du virus et d'envisager l'éradication de la rougeole (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_elimination_rougeole.pdf). Le baromètre 2021 montrait un taux de vaccination chez les 18-35 ans à 90,4%, c'est à dire élevé mais en dessous de l'objectif fixé.

Depuis le début de l'année 2025 (selon le bulletin émis par Santé Publique France au 29/04/25), 427 cas de rougeole avaient été déclarés auprès des ARS (avec un nombre de cas avérés mais non déclarés difficile à estimer), soit sur les quatre 1^{er} mois de l'année, un chiffre proche de l'ensemble des cas survenus sur l'ensemble de l'année 2024 (n=483). Lorsque le statut vaccinal était connu (n=304), ces cas sont survenus dans 68,4% des cas chez des patients non ou incomplètement vaccinés.

Ce communiqué fait plus précisément suite à plusieurs cas de rougeole grave survenus chez des immunodéprimés, en particulier transplantés, ayant conduit au cours de ce 1^{er} semestre 2025 au décès de deux patients (transplantation d'organes solides et allogreffe de cellules souches hématopoïétiques), ce qui n'était pas survenu en France depuis 2018.

Nous souhaitons spécifiquement vous alerter sur les caractéristiques atypiques de la présentation de certains de ces cas. Ainsi, sur l'ensemble des cas déclarés, au moins deux ont concerné des patients transplantés dans les trois 1^{ers} mois après la greffe, au moment où l'immunosuppression est maximale :

- Ces deux patients étaient vaccinés ; l'un avait une sérologie rougeole négative à l'inscription sur liste d'attente de greffe et avait reçu une dose de rappel avant la greffe; le second avait une sérologie positive à l'inscription.
- Aucun des deux patients n'a présenté l'exanthème caractéristique de la rougeole, ce qui a conduit à une errance diagnostique prolongée pour le 1^{er} patient, et ne permet en outre pas de situer le patient dans l'évolution classique de la maladie (période de contagiosité, date présumée de contamination, etc...).
- Le 1^{er} cas a présenté une atteinte pulmonaire grave caractéristique de la rougeole ; il est important de rappeler que la PCR Multiplex faite sur un prélèvement nasopharyngé ou un liquide de lavage broncho-alvéolaire ne comporte pas la PCR rougeole et qu'il est nécessaire d'en faire la recherche spécifiquement. Le 2^{ème} cas a présenté une encéphalite (paralysie faciale centrale et myoclonies); là encore ce n'est que parce qu'une recherche spécifique a été demandée (PCR sur le liquide céphalo-rachidien) que le diagnostic a été porté puisqu'aucun autre élément clinique n'était évocateur d'une rougeole.
- Pour ces deux patients, il n'est pas possible d'exclure une contamination hospitalière, au moment de l'hospitalisation initiale pour la transplantation. Il faut donc rappeler que le virus de la rougeole est considéré comme l'un des plus contagieux au monde avec un R0 (nombre moyen de personnes contaminées par un seul patient en absence de vaccination) estimé entre 12 et 18 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/measles/facts>). Si le virus circule à l'hôpital (portage paucisymptomatique par des patients et/ou des soignants), un greffé récent peut donc être contaminé lors de n'importe quelle venue, qu'il s'agisse d'une prise de sang, d'une consultation ou d'une hospitalisation. Il n'est pas non plus possible d'exclure que ces patients étaient porteurs

asymptomatiques du virus au moment de la greffe et aient déclarés une rougeole maladie dans les semaines qui ont suivi la greffe du fait de l'immunosuppression.

En pratique, voici les principaux messages qu'il nous semble souhaitable de vous transmettre pour la prise en charge des patients immunodéprimés dans ce contexte d'épidémie de rougeole :

- 1/ Y penser : le nombre de cas de rougeole en France a drastiquement diminué depuis l'intégration au calendrier vaccinal (1983), puis sa recommandation au calendrier vaccinal (1986) et son caractère obligatoire depuis 2018 ; peu d'entre nous en ont donc une expérience clinique.
- 2/ Y penser encore : comme évoqué ci-dessus, la présentation peut être tronquée, atypique ou retardée chez les patients immunodéprimés. Tout symptôme d'allure infectieuse (pulmonaire, ORL, neurologique...), en particulier d'allure virale (faible CRP) et sans étiologie évidente dans le bilan infectieux initial, doit conduire à rechercher une rougeole (PCR sur liquide biologique).
- 3/ Vérifier le statut vaccinal (ou antécédent de rougeole) des patients :
 - le schéma vaccinal recommandé en France comporte 2 doses de vaccins (la 1^{ère} à 12 mois et la 2^{ème} entre 16 et 18 mois). Seul le schéma à 2 doses permet de garantir une réponse vaccinale > 95%. Il est donc nécessaire de vérifier le nombre de doses reçues et de proposer (en absence de contre-indication, il s'agit d'un vaccin vivant-atténué) :
 - En pré-greffe pour les patients en attente de greffe d'organe :
 - 1 dose de ROR aux patients nés avant 1980 non vaccinés et sans antécédent connu de rougeole ou de rubéole
 - 2 doses de ROR espacées d'un mois aux patients nés après 1980 quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies
 - Après allogreffe de cellules hématopoïétiques, ce vaccin vivant est contre-indiqué les 2 premières années de la greffe et en cas de GVH chronique ou de traitements immunosuppresseurs et en cas de rechute de l'hémopathie. La vaccination des allogreffés peut être considérée en l'absence de ces critères en cas de sérologie négative.
 - Les sérologies rougeole de routine ne permettent pas d'attester de la protection vaccinale et ne sont pas nécessaire pour la décision de la mise à jour vaccinale
- 4/ Vérifier le statut vaccinal de l'entourage surtout quand la vaccination du patient est contre indiquée
- 5/ Vérifier la vaccination des soignants : lors du 1^{er} cas cité (forme pulmonaire), plusieurs cas secondaires sont survenus parmi les soignants y compris chez des soignants ayant reçu une ou deux doses de vaccins mais toutes ont été des formes bénignes. La présentation était parfois typique (exanthème catarrhal), parfois paucisymptomatique (simple rhinopharyngite), ce qui doit conduire là aussi à rappeler l'importance de la vaccination pour les professionnels de santé, pour se protéger eux-mêmes et les patients.
- 6/ En cas d'exposition, proposer l'administration d'Ig IV selon le même schéma que proposé dans la circulaire HAS 2011 pour la femme enceinte (https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20110523_rougeolefemmeenceinte.pdf), si ce n'est que le délai proposé de moins de 6 jours doit être le plus court possible

Au total, l'épidémie de rougeole qui sévit en France s'inscrit dans un contexte global de recrudescence de la rougeole en Europe et dans le monde. Il n'y a à ce jour aucun traitement curatif efficace, il y a la possibilité à discuter au cas par cas d'une immunoprophylaxie passive non spécifique post-exposition, et nos patients immunodéprimés sont particulièrement à risque de développer des formes graves et mortelles. La seule mesure reste donc la prévention qui passe en priorité par la détermination du statut sérologique, par la vaccination avec un schéma complet lorsqu'elle est possible, par le dépistage de la maladie sur des symptômes d'allures virale même atypiques, et enfin la déclaration obligatoire des cas avérés.

References

1. Fournier L, Pérez-Rodriguez F, Rohr M, Buvelot H, Vetter P. Rougeole: une menace persistante malgré un vaccin efficace. Rev Médicale Suisse. 2025;21(913):736–41.

2. Daniels HL, Foster CB, Liu W, Esper F, Sabella C, Gonzalez BE. Incomplete Immunity for Varicella and Measles in Pediatric Organ Transplant Candidates. Real World Experience From an Infectious Diseases Pre-Transplantation Clinic. *Pediatr Transplant*. 2024 Nov;28(7):e14870.
3. Pittet LF, Gualtieri R, Verolet CM, L'Huillier AG, Wildhaber BE, McLin VA, et al. Long-term persistence of seroprotection against measles following measles-mumps-rubella vaccination administered before and after pediatric liver transplantation. *Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg*. 2025 Jan;25(1):170–80.
4. Yoshida S, Fujii N, Kamoi C, Kitamura W, Fujiwara H, Asada N, et al. Analysis of Immunity against Measles, Mumps, Rubella, and Varicella Zoster in Adult Recipients of Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Single-Center Experience. *Acta Med Okayama*. 2022 Jun;76(3):247–53.
5. Stokke JL, Szymanski LJ, Bankamp B, Pratt F, Martines R, Dien-Bard J, et al. MMR Vaccine-Associated Disseminated Measles in an Immunocompromised Adolescent. *N Engl J Med*. 2021 Sep 23;385(13):1246–8.
6. Portais A, Le Marechal M, Nemoz B, Dartevell A, Rigault G, Pavese P, et al. Measles-associated pneumonia in an immunocompromised patient: Persistent shortcomings in vaccination guidelines. *Infect Dis Now*. 2021 May;51(3):316–8.
7. Misin A, Antonello RM, Di Bella S, Campisciano G, Zanotta N, Giacobbe DR, et al. Measles: An Overview of a Re-Emerging Disease in Children and Immunocompromised Patients. *Microorganisms*. 2020 Feb 18;8(2):276.
8. Rajendram V, Paddick M, More J. Measles neutralising antibody levels in patients receiving intravenous immunoglobulin treatment - a sub-analysis of a randomized, cross-over bioequivalence trial. *PLoS One*. 2025;20(2):e0316926.
9. Lackner C, Karbiener M, Faltner L, Farcet MR, Kreil TR. Feasibility of identifying plasma donors with high measles neutralizing antibody concentrations for the use of producing a measles hyperimmune globulin for postexposure prophylaxis. *Immunol Res*. 2022 Jun;70(3):365–70.
10. Farcet MR, Karbiener M, Rabel PO, Schirmer A, Ilk R, Kreil TR. Measles virus neutralizing antibodies in immunoglobulin lots produced from plasma collected in Europe or the United States. *Vaccine*. 2019 May 27;37(24):3151–3.
11. Matysiak-Klose D, Santibanez S, Schwerdtfeger C, Koch J, von Bernuth H, Hengel H, et al. Post-exposure prophylaxis for measles with immunoglobulins revised recommendations of the standing committee on vaccination in Germany. *Vaccine*. 2018 Dec 18;36(52):7916–22.
12. Turner A, Jeyaratnam D, Haworth F, Sinha MD, Hughes E, Cohen B, et al. Measles-associated encephalopathy in children with renal transplants. *Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg*. 2006 Jun;6(6):1459–65.