

La rubéole

DR HAKKAR –K
SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES –HMRUC-

Introduction/Définition

- Maladie virale éruptive du jeune enfant (2 ème enfance)
- Souvent bénigne voire inapparente .
- Due à un Togavirus
- Contagieuse
- Endémo-endémique .
- Son pouvoir tératogène fait toute la gravité de la maladie ,risque d' embryo-foetopathie sévère ou de rubéole congénitale
- *Redoutable pour le foetus si elle survient avant 18 SA au cours de la grossesse chez une femme non immunisée .
- Maladie immunisante à prévention vaccinale , la vaccination généralisée , seule arme efficace et bien tolérée contre cette infection ;
- MDO

Historique

- C'est à l'occasion d'une épidémie de cataractes congénitales qu'un ophtalmologiste Australien, sir Norman Gregg, mit en évidence le pouvoir pathogène des virus vis-à-vis du foetus.
- Ce virus a été isolé en 1962.

Epidémiologie

Agent causal :

- Virus à ARN
- la famille des Togaviridae,
- genre : Rubivirus
- Caractéristiques : virus enveloppé –très fragile

Inactivés par la trypsine , la chaleur , des PH extrêmes , les RX UV, les antiseptiques et les détergents .

Réservoir :

Strictement humain :

- Sujet atteint de formes inapparentes (50% des cas) ou patentes de rubéole (enfant d' âge scolaire)
- Nouveau-nés atteints de rubéole congénitale évolutive, très contagieux pour l'entourage car excréant du virus pendant plusieurs mois (6 -18 mois)

Transmission :

- 1/Directe : par voie aérienne Rubéole acquise
 - 2/Trans-placentaire : Rubéole congénitale.
- ® Les NRS sont protégés par les AC maternels jusqu'à l' âge de de 06 .

Contagiosité :

- 13js avant à 21js après l'éruption .
- La maladie confère une immunité durable .

Répartition géographique :

- Dans les pays développés;
- l'épidémiologie de la rubéole a été modifiée par la généralisation de la vaccination chez l'enfant

- Dans les pays où la vaccination n'est pas encore appliquée la maladie sévit à l'état endémique, avec des poussées épidémiques survenant au - printanières et évoluant de façon cyclique

- En Algérie

le nouveau calendrier vaccinal publié en Juillet 2015 comprend le Rubéole-Oreillon-Rougeole (ROR)

Pathogénie:

- Le virus réalise une virémie pdt la phase d' invasion et les 02 jrs de l' éruption .
- Les réinfections inapparentes sont possibles mais sans virémie

Clinique:

A/Rubéole acquise

1) Forme habituelle : (TDD : F . De l'enfant) Asymptomatique dans 50% des cas

* Phase d'incubation : silencieuse (14 à 21 jours)

* Phase d'invasion : brève (1 à 2 jours) associant :

-Malaise général EGC

-Fièvre modérée < 38°C

-Arthromyalgies

-Adénopathie - Pas de catarrhe en particulier la toux (contr la rougeole)

* Phase d'état : (éruptive)

- Fièvre :

modérée, et disparaît dès le 1er jour de l'éruption.

- Exanthème :

** Type :maculeux – papuleux

· **J1** : morbiliforme .

· **J2** : scarlatiniforme (confluence des éléments).

· **J3** : disparaît sans séquelles par une desquamation fine

Les macules et les maculopapules : plus pales et plus petites que celle de la rougeole .

**Siège débute au visage et s'étend en moins de 24 heures

au tronc et aux membres

respecte les aires palmo-plantaires, le cuir chevelu, les creux axillaires et poplités.

**Il n'est jamais prurigineux

**Evolution ; une seule poussée sur les 72 H

- Enanthème

pharyngite, conjonctivite inct (quelques tâches purpuriques sur le voile du palais),

- Céphalées,

- Toux,

- Adénopathies : petites et légèrement sensibles (signe constant)

rétro-auriculaires, cervicales postérieures et sous-occipitales. +++

- Splénomégalie : rare, modérée.

2) Formes cliniques :

* **Formes inapparentes** : (sérologiques) les plus fréquentes .

les signes cliniques sont discrets .

***Formes sévères** : rares ,se voient chez l' adulte (femme), bon pronostic .

***Les réinfections rubéoliques** : asymptomatiques.

***les formes compliquées:**

**Arthralgies et arthrites :

® Elles s'observent surtout chez la femme adulte.

® Elles apparaissent lors de l'éruption (2e jour)

® Toutes les articulations peuvent être atteintes, mais plus particulièrement les petites et moyennes articulations (inter-phalangiennes, poignet et genoux).

Evolution : favorable en 3 à 4 jours, peuvent persister un mois.

**Purpura thrombopénique :

- Rare , d' étiologie immunologique .

- Il touche le plus souvent l'enfant (10 à 15 jours après la fin de l'éruption).

-D'évolution favorable, il disparaît en 2 à 4 semaines, parfois moins sous l'effet de la corticothérapie.

**Méningo-encéphalite :

- Rare

- Survient le plus fréquemment chez l'adulte (1 à 6 jours après l'éruption).

- Les symptômes disparaissent en général dans un délai de 1 à 3 semaines sans séquelles dans 80% des cas.

- La mortalité peut atteindre 20%.

B/Rubéole congénitale

- Le risque d'atteinte fœtale dépend du moment de survenue de l'infection par rapport à l'âge de la grossesse.

- l'atteinte est d'autant plus grave qu'elle est plus précoce.

1• Avortement :

Lorsque la rubéole est acquise avant la 2e semaine de gestation.(effet cytolytique)

2• Syndrome de Gregg (syndrome malformatif) :

Atteinte de l'embryon durant le T1

*Atteinte oculaire :- Cataracte, svt bil

- Microphthalmie,

- Glaucome,

- Opacités cornéennes.

*Malformations cardio-vasculaires : cardiopathies congénitales cyanogènes

Canal artériel persistant, sténos branchiale de l'artère pulmonaire, CIA, CIV

*Atteintes auditives : surdité à l'origine de troubles du langage. Asymptomatique .

*Atteinte dentaire : Retard de l'éruption, Agénésie de certaines dents.

micrognathie (petit menton)

*Lésions nerveuses : Microcéphalie, Retard psycho moteur .

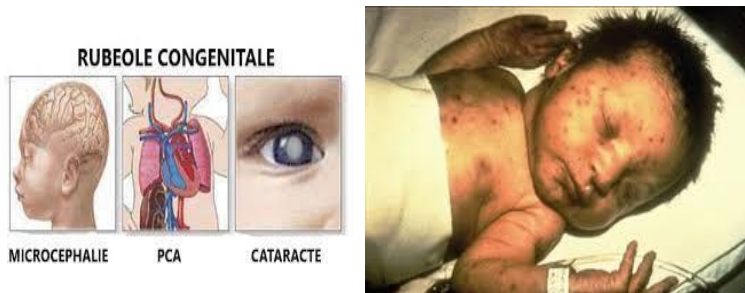
3• Rubéole congénitale évolutive :

- Infection virale chronique généralisée (nné très contagieux pendant 6 mois et parfois plus de 12 mois).

- Associée à des malformations constatées dès la naissance, att . pluri viscérales

- * Retard staturo-pondéral,
- * Méningo-encéphalite,
- * Myocardite,
- * Pneumopathie.
- * Hépatomégalie , Splénomégalie, (Hépatite, Anémie hémolytique.
- * poly-adénopathies
- * Lésions osseuses

- Le pronostic est sombre et la mortalité élevée



Diagnostic positif:

- FNS : leuco-neutropénie avec plasmocytose.
- La mise en évidence du virus , par culture cellulaire est possible mais difficile(pharyngé, urinaire LCR)
- Sérologie (inhibition de l'hémagglutination ou ELISA) : apporte la certitude diagnostique par la présence d'IgM ou la mise en évidence d'une séroconversion.

** Au cours de la grossesse, le diagnostic de certitude de la primo-infection est apporté par la séroconversion (car la présence d'IgM n'est pas spécifique de la primo-infection, celles-ci peuvent être présentes au cours d'une réactivation).

** Pour interpréter les résultats, il faut 2 prélèvements à 10 ou 15 jours d'intervalle.

** Exiger une multiplication par 4 du taux des anticorps. Traiter les deux sérums dans le même laboratoire.

Diagnostic différentiel:

- Exanthème : -scarlatine
 - rougeole
 - mononucléose infectieuse
 - toxoplasmose
- Adénopathies cervicales :
 - mononucléose infectieuse,
 - infection à cytomégalovirus,
 - primo-infection à VIH, mycobactéries,
 - syphilis secondaire,
 - toxoplasmose leishmaniose viscérale,
 - hémopathies malignes

Traitement:

Il est symptomatique / MDO

Prévention :

Collective :

- Pas d'éviction, mais en cas de collectivité, il est nécessaire d'informer le personnel et les parents de l'existence de cas dans la collectivité
- Recommander aux femmes enceintes non vaccinées de consulter leur médecin .
- Précaution : -Dosage IgG devrait être fait chez toute femme qui envisage un enfant
- ® Si IgG insuffisant -> vaccin, attendre 3 mois
- ® Si une femme enceinte est exposé, on doit confirmer ou infirmer le dc.

Individuelle :

la vaccination constitue la seule prévention possible

- Elle protège les femmes en âge de procréer du risque d'atteinte embryo-fœtale, à condition d'être réalisée avant la grossesse
- Il s'agit d'un vaccin vivant atténué, seul ou couplé aux vaccins de la rougeole et des oreillons (ROR Vax®).
- Le nouveau calendrier vaccinal algérien (Juillet 2015)
- L'éventualité du risque tératogène doit faire éviter toute grossesse dans les 2 mois qui suivent la vaccination

Diagnostic chez la femme enceinte et CAT

· Eruption suspecte de rubéole :

La sérologie de la rubéole est systématique au 1^{er} T de la grossesse .

- * Sérologie IgG est négative
 - malade non immunisée
 - refaire le prélèvement 15 jours après
 - Négative : pas de rubéole malade non immunisée
 - Positive : primo infection rubéole
- * Sérologie IgG est positive :
 - IgM négative----- immunité ancienne
 - IgM positive ----- primo infection rubéole.

· Notion de contagé :

- * Prélèvement le plus tôt possible avant 15 jours :
 - Résultat positif immunité ancienne
 - Résultat négatif refaire le prélèvement 15 jours après :
 - Si négatif non contaminée et non protégée
 - Si positif rubéole évolutive
- * Prélèvement fait 15 jours après (voir Eruption suspecte de rubéole ci-dessus)

· Femmes enceintes contaminées :

Immunoglobulines spécifiques (2 injections à 48h d'intervalle administrées précocement) confère une certaine efficacité sans garantir la protection .



Nouveau calendrier national de vaccination

Vaccin	Âge	Naissance	2 mois	3 mois	4 mois	11 mois	12 mois	18 mois	6 ans	11-13 ans	16-18 ans	Tout venir de 20 ans à l'âge de 30 ans
BCG		BCG										
HVB		HVB										
VPO		VPO	VPO		VPO		VPO		VPO	VPO		
DTC-Hib-HVB			DTC Hib HVB		DTC Hib HVB		DTC Hib HVB					
Pneumocoque			Pneumo- coque		Pneumo- coque		Pneumo- coque					
VPI				VPI								
ROR						ROR		ROR				
DTC									DTC			
dT Adulte										dT Adulte	dT Adulte	dT Adulte

BCG : tuberculose, HVB : hépatite B, VPO : poliomyélite orale, DTC-Hib-HVB : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Hémophilus influenzae type b-Hépatite B, VPI : poliomyélite injectable, ROR : Rougeole-Oreillons-Rubéole, DTC : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche, dT Adulte : diphtérie-Tétanos Adulte

BCG : tuberculose - VPO : poliomyélite - HBV : hépatite B - DT C.Hib : Diphtérie Tétanos Coqueluche Hémophilus influenzae b - VAR : Rougeole - Dt Enfant : Diphtérie Tétanos Enfant - dT Adulte : Diphtérie Tétanos Adulte

EL VIRUS DE LA RUBEOLA

