**RUBEOLE CONGENITALE**

*OPSF 2006*

[*http://www.santemaghreb.com/maroc/mop41.pdf*](http://www.santemaghreb.com/maroc/mop41.pdf)



**! MALADIE A DECLARATION OBLIGATOIRE !**

**Epidémiologie**

* 3 cas de rubéole non congénitale pour 100'000 habitant et par an en Suisse.
* 1 cas de rubéole congénitale en Suisse tous les 2-3 ans
* Incubation de 13-23 jours
* Contagiosité de J-7 à J+7 par rapport au jour de l’éruption
* Un sujet infecté contamine en moyenne 7-8 personnes
* Risque pour le fœtus
	+ **Maximal** de transmission foetale dans les 12 premières semaines de grossesse (risque de transmission de 90% et risque malformatif de 90% si < 11SA)
	+ **Modéré** si infection maternelle dans la première moitié de la grossesse :
		- Risque de transmission de 50% entre 11-16 SA avec 20% de malformation
		- Risque de transmission de 40% après 16 SA avec risque minime de surdité.
	+ **Pas** de risque d’atteinte sévère fœtuale si :
		- Infection maternelle entre J-12 et après 20 SA
		- Mère vaccinée avec 2 doses de ROR espacées de min. 1 mois (dans ce cas la réalisation de sérologies maternelles est inutile). Bien qu’une réinfection par la rubéole soit possible, elle est en général asymptomatique et peu risquée pour le fœtus.

**Symptômes d’appel :**

* Pour la mère :
	+ 25-50% des cas sont asymptomatiques (avec atteinte potentielle du fœtus même si moins forte que si mère symptomatique)!
	+ T° modérée, arthralgies, adénopathies, conjonctivite, rash (mais que dans 50% des cas !)
* Pour le fœtus :
	+ Avortement spontané
	+ **RCIU**
	+ **Surdité neuro-sensorielle** => réaliser des PEA et pas de OEA et parfois évolutive postnatale => suivre dans le temps !
	+ Anomalies oculaires : **microphtalmie**, **cataracte (50-93%),** glaucome, forte myopie ou hypermétropie, rétinopathie rubéolique.
	+ **Microcéphalie** et RM +/- diplégie spastique, autisme
	+ Malformations cardiaques (persistance CA**,** sténose pulmonaire, CIV, …)
	+ Atteintes endocriniennes (diabète, dysthyroidie)
	+ Hépatosplénomégalie avec thrombopénie +/- purpura (blue berry muffin), anémie hémolytique
	+ Atteinte métaphysaire des os longs (bandes claires)
	+ Pneumonie interstitielle
	+ Méningo-encéphalite
	+ etc…
	+ Sécrétion post natale du virus ad 1 an !



**Diagnostic**

* Chez la mère qui n’a pas été vaccinée :
	+ Présence d’IgM
	+ Présence d’IgG de faible avidité
	+ Augmentation des IgG maternel lors d’un CTRL 2-4 sem. plus tard
	+ IgM dans le sang fœtal (test possible dès 22 SA)
	+ PCR sur LA
* Chez le nouveau-né
	+ Présence **d’IgM au sang du cordon** avec 2ème test à 6 mois si 1er test négatif
	+ Dosage sérié des IgG à 3, 6 et12 mois
	+ **PCR virale** sur frottis rhino-pharyngé, conjonctive, urines, LCR

**Prévention= Vaccination**:

* Vaccination par 2 doses de ROR (à 12 et 15-24 mois) =>
	+ 1 dose de vaccin protège 95% des sujets.
	+ 2 doses de vaccin protège 98% des sujets.
	+ La protection persiste sur le long terme.
* Rattrapage des sujets non entièrement vaccinés
	+ A l’adolescence
	+ **Avant** une grossesse =>y penser pour les femmes étrangères ou nées à l’étranger qui sont spécialement à risque d’avoir une vaccination incomplète :
		- CTRL systématique lors du 1er CTRL gynécologique des femmes non enceintes par le carnet de vaccination et rattrapage des femmes non à jour
		- CTRL systématique lors du 1er CTRL prénatal
			* Sérologie et vaccination après accouchement des femmes séronégatives
			* Vaccination après accouchement sans sérologie des femmes n’ayant reçu qu’une dose.
	+ Juste après la grossesse si découverte de la non vaccination durant la grossesse (ne CI pas à l’allaitement)
	+ CE VACCIN EST CONTRE-INDIQUE DURANT LA GROSSESSE.
		- **Si on ne peut pas vacciner la femme enceinte on peut la protéger en vaccinant son entourage durant la grossesse !**
		- Le risque **théorique** d’embryopathie (pas de malformation recensée post vaccination de > 1000 femmes enceintes) => ne nécessite pas de réaliser un test de grossesse avant de vacciner une femme non immune !
		- Une vaccination d’une femme enceinte ne nécessite pas d’interrompre la grossesse.

