

La rubéole

Dr Abed

Introduction

1 Généralités:

Maladie virale éruptive, contagieuse, immunisante le plus souvent bénigne voire inapparente .C'est le pouvoir tératogène du virus qui la rend redoutable lorsqu'elle survient chez la femme enceinte notamment au 1^{er} trimestre de la grossesse.

2 Virologie:

C'est un rubivirus à ARN de la famille des togaviridae.

Pathogénie:

Le virus réalise une virémie pendant la phase d'invasion et les 3 jours de l'éruption. La réinfection inapparente est possible mais sans virémie (pas de risque d'embryopathie).

3 Épidémiologie:

Le réservoir est strictement humain.

La transmission: aérienne → rubéole acquise, trans placentaire → rubéole congénitale.

Contagiosité: 08 j avant et 08 j après le début de l'éruption. Les N nés infectés sont contagieux pendant 06 mois.

Age: enfant de 05 à 10 ans. Elle se manifeste par petites épidémies hiverno printanières.

Rubéole acquise

1 Clinique

Incubation: 14 à 18 j

Invasion brève : peut durer 01 à 05 j avant l'éruption discrète souvent inapparente, fièvre modérée, céphalées, adénopathies cervicales postérieures douloureuses, purpura du voile du palais.

Phase d'état:

éruption non prurigineuse qui débute au visage, s'étend en moins de 24 h

Au tronc , membres supérieurs, peu marquée au membres inférieurs, respecte les extrémités.

Le 1^{er} jour: elle est morbiliforme plus marquée au visage, dans le bas du dos et les fesses.

Le 2^{em} jour: elle est scarlatiniforme.

Le 3^{em} jour: elle disparaît sans pigmentation, ni desquamation.

Une conjonctivite et un coryza sont inconstants, les ADP caractéristiques peuvent persister plusieurs semaines (occipitales cervicales postérieures et épithrocléennes, parfois splénomégalie discrète.

2 Biologie: FNS leuco neutropénie, parfois plasmocytose (5à 8%) évocatrice.

Rubéole acquise



Formes cliniques et complications

F inapparentes: les plus fréquentes.

F sévères: rares se voit chez l'adulte mais de bon pronostic.

Les réinfections: les sujets qui ont gardé un taux d'anticorps insuffisant après une primo infection peuvent se ré infecter mais sans virémie .

Complications

- 1 polyarthrites: touchent l'adolescent et l'adulte jeune, plus fréquentes chez les femmes, toutes les articulations peuvent être touchées(genoux , poignets, métacarpo phalangiennes).L'évolution est favorable en 10 à 30 jours).
- 2 Purpura thrombopénique post éruptive: plus fréquent chez l'enfant (fièvre, hémorragie cutanéomuqueuse, thrombopénie moins de 50 000 plts/mm³. L'évolution favorable en 2à 4 semaines.
- 3 Meningo encéphalite: rare, survient 2 à 8 J après le début de l'éruption (trouble de la conscience, convulsions, signes de focalisation, parfois ataxie, mouvements anormaux, signes méningés),l'évolution est favorable.

3 Diagnostique

Sérologique: certitude si séroconversion. La recherche d'IgM est coûteuse, recherche d'IgG(02 prélèvements à 15 jours d'intervalle) le taux doit être X par 4. Il faut traiter simultanément les 2 sérum dans le même laboratoire.

Rubéole congénitale

Le virus traverse le placenta et agit par 2 mécanismes:

✓ Effet cytolytique → mort cellulaire

Ralentissement des mitoses par altération chromosomique → malformations.

Le risque est de 90% les 8 premières semaines, nul après la 20^{em} semaines.

Aspects cliniques

1 Avortement spontané: au début de la grossesse.

2 Syndrome malformatif de Gregg (1941) ou SRC:

La nature des malformations en rapport le moment de l'infection(embryopathie si infection au 1^{er} trimestre, au delà de la 20^{em} semaines fœtopathie(infection virale chronique).

Les malformations sont décelées à la naissance ou plus tard, le bilan des séquelles ne peut être établi qu'après plusieurs années. Certaines lésions restent évolutives.

Les organes les plus atteints sont, l'oeil, le cœur, l'appareil auditive, les lésions peuvent être multiples et associés.

Lésions oculaires:

- Cataracte: +++ souvent bilatérale.
- Microphthalmie.
- Glaucome.
- Opacités cornéenne.

Lésions auditives:

- surdité souvent asymptomatique (hypoacousie de perception qui touche les fréquences élevées).

Lésions cardiaques:

- Persistance du canal artériel, communication inter auriculaire, communication inter ventriculaire, sténose pulmonaire.

Lésions neurologiques:

- Microcéphalie.
- Retard mental.

Autres lésions:

- Dentaires: retard d'apparition ou agénésie dentaire.

3 Rubéole congénitale évolutive

A partir du 4^{em} mois de grossesse → fœtopathie, le virus continu à se multiplié.

Au retard de croissance s'associe une infection chronique généralisée touchant les viscères et le pharynx.

Elle associe à la naissance:

- Une hypotrophie.
- Un purpura thrombopénique.
- Une hépatite avec HPM, SPM et ictère.
- Une méningite lymphocytaire avec ou sans signes neurologiques.
- Une myocardite.
- Une pneumopathie interstitielle.

L'évolution peut se faire vers la mort, quelques fois guérison avec de lourdes séquelles

Diagnostic

Positif:

1er Isolement du virus dans le pharynx.

2 em Sérologie: IgM à la naissance ou persistance des IgG au delà de 06mois.

Différentiel:

Toxoplasmose, infection à CMV, infection herpétique, syphilis, listériose.

Diagnostic de rubéole chez la femme enceinte

1 Devant une éruption suspecte de rubéole:

❖ Sérologie IgG négative $< 1/8$: malade non immunisée, refaire la sérologie 15j après
Négative, pas de rubéole patiente non immunisée.

Positive, primo infection rubéole (séroconversion).

❖ Sérologie IgG positive: dosage des IgM:

IgM négative , immunité ancienne

IgM positive, primo infection rubéole probable .

Mesure de l'avidité des IgG:

$< 50\%$ primo-infection récente moins de 1mois, 50 à 70% de 1à2 mois, plus de 70% ;
infection ancienne sup à 2mois.

2 Devant une notion de contagé

Faire une sérologie le plus tôt possible avant 15jours:

Positive : immunité ancienne

Négative: la refaire après 15 j, négative non contaminée et non protégé
positive rubéole évolutive.

La sérologie de la rubéole est systématique au début de la grossesse.

Prévention

Basée sur la vaccination

Rudivax vaccin vivant atténué, peut être associé au vaccin de la rougeole et des oreillons, **ROR** Il se fait en 1 seule injection en IM ou S/C, bonne immunité et tolérance. Introduit en Algérie depuis 2016, un vaccin à 11mois, rappel à 18 mois.

Contre indication déficit immunitaire et la grossesse.

La vaccination d'une femme en âge de procréer se fait sous contraception 1mois avant et 2mois après la vaccination.