

Infection congénitale par le virus de la Rubéole

Le point de vue de l'obstétricien



3ème journée Jean-Gérard Guillet de Vaccinologie Clinique
25/03/2010

Dr Olivier Picone
Maternité, Hôpital Antoine Béclère, Clamart
Univ Paris-Sud

Rubéole

Virus à ARN, appartenant aux togaviridae,
genre rubivirus

1er agent infectieux reconnu responsable
d'embryopathies: Mc Allister, 1941

Actuellement: 0.57/100 000 grossesse grâce à la
vaccination

Physiopathologie

Primo-infection rubéolique

Incubation 15j

Virémie détectable à J7

Contagiosité: -7:+10 éruption

- Éruption: exanthème morbiliforme

Réinfection possible

Inhalation



Réplication dans muqueuses respiratoires



Ganglions cervicaux



Circulation générale

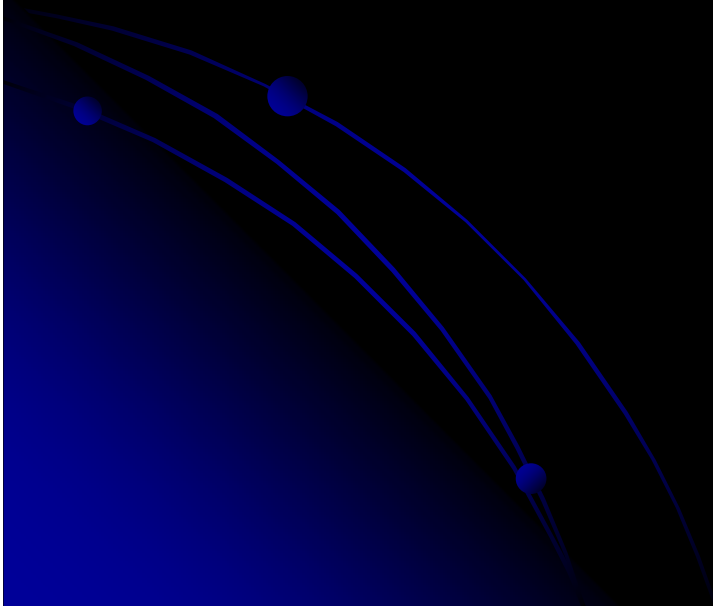


Éruption (synchrone de l'apparition d'Ac)

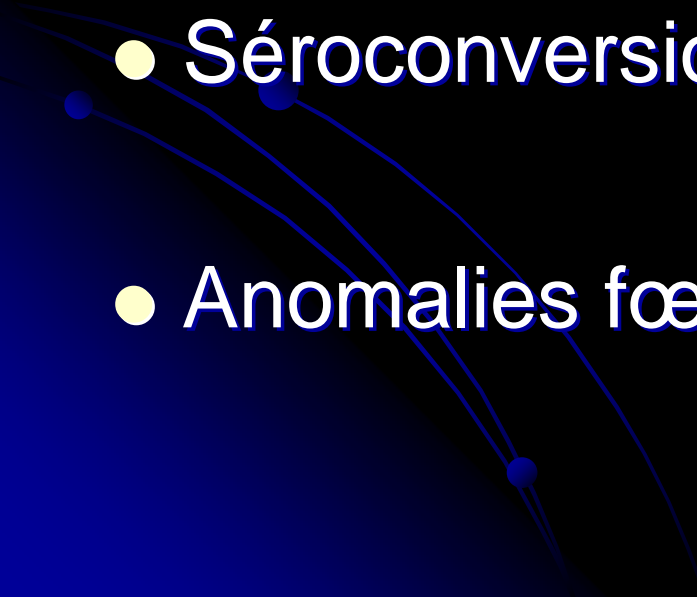




- Asymptomatique dans 50% des cas chez l'enfant
- 1/10 000: Encéphalite



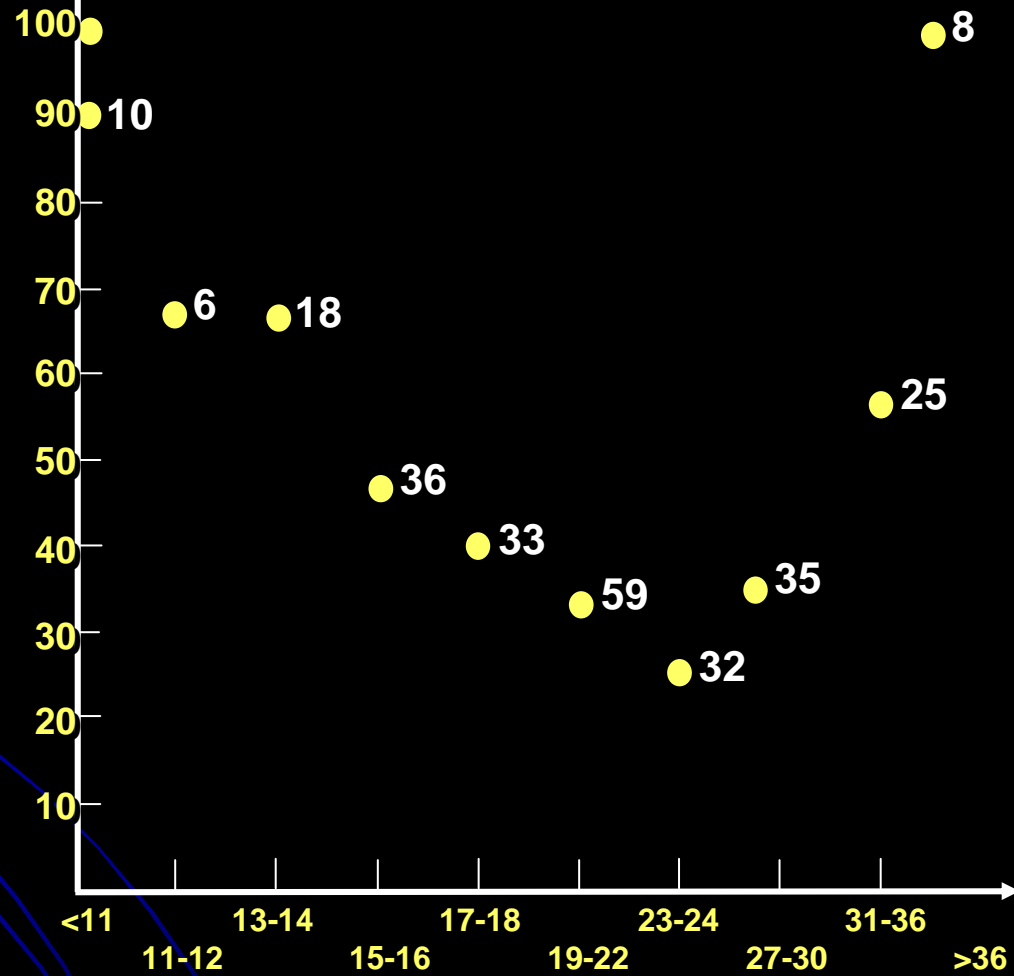
Circonstances diagnostiques

- Contage
 - Signes cliniques
 - Séroconversion
 - Anomalies fœtales à l'échographie
- 

Rubéole congénitale

- Pathogénie:
 - Nécrose non inflammatoire
 - Ralentissement des mitoses. Inhibition de l'assemblage de l'actine
 - Processus apoptotiques
 - Phénomènes auto immuns tardifs

Infections
fœtales (%)



semaines
d'aménorrhée

Miller et al. (1982)

Anomalies

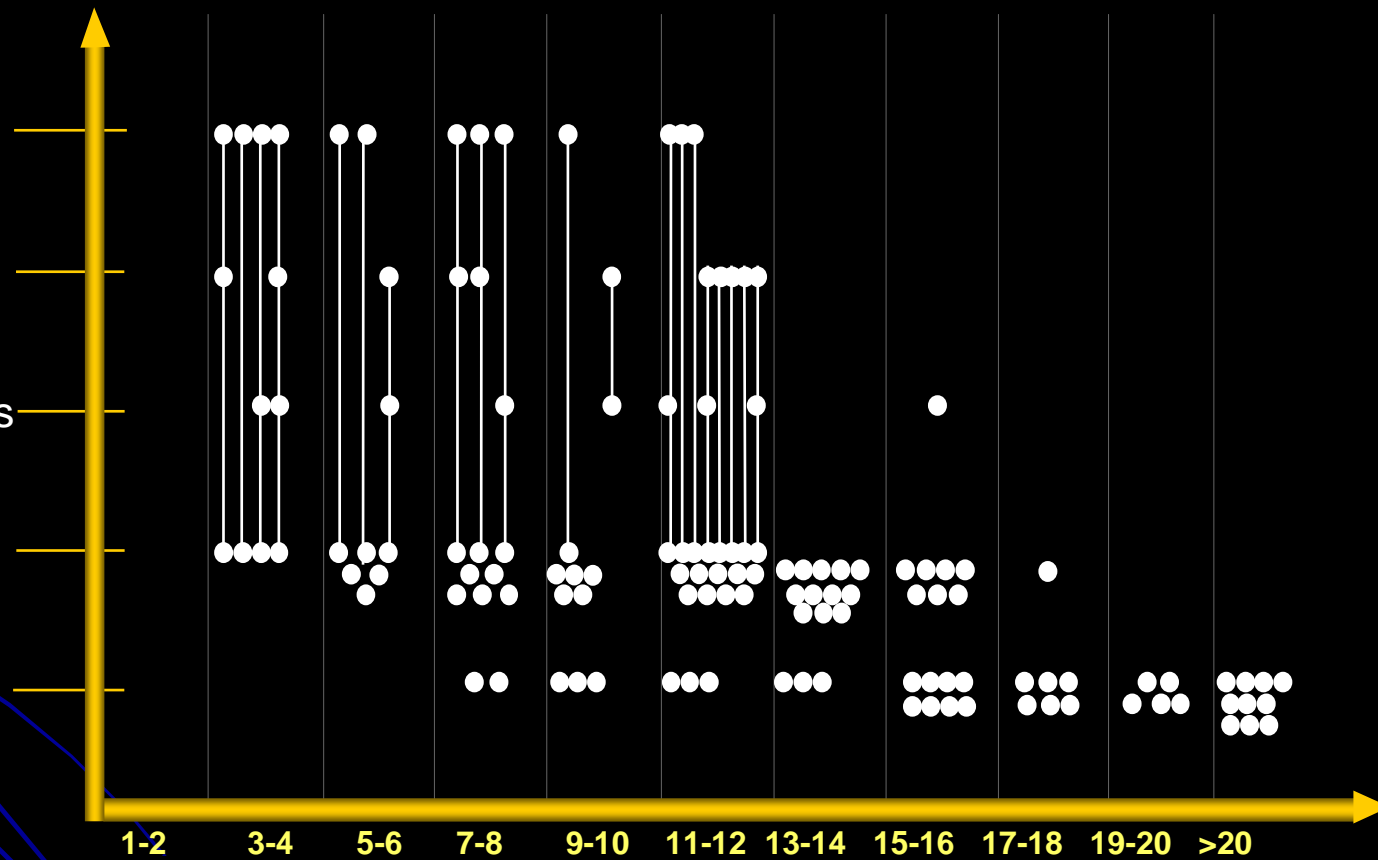
Cardiaques
N=14 (13%)

Oculaires
N=14 (13%)

Neurologiques
N=9 (8%)

Auditives
N=62 (58%)

Absence
d'anomalies
N=40 (37%)



Semaines d'aménorrhée



Diagnostic anténatal de la rubéole congénitale par PCR dans le LA

Sensibilité

82.6% → 90.5%

si les prélèvements trop précoces sont exclus

Spécificité

95.65% → 100%



si l'on exclut le cas PCR ±

Transport du LA dans carboglace car présence de ARNase dans le LA

Renarub: 119 diagnostics prénataux de rubéole

- **séroconversions maternelles survenues avant 12 SA : 54 cas**
 - **31 infections foetales (57 %)**
 - 30 IMG
 - 1 enfant bien portant
 - **23 diagnostics négatifs (43 %)**
 - 1 enfant né avec une rubéole congénitale (PSF 18 SA)
- **séroconversions intervenues entre 13 et 18 SA : 65 cas**
 - **29 diagnostics positifs (44 %)**
 - 15 interruptions de grossesse.
 - 14 grossesses poursuivies
 - deux enfants présentaient une surdité sévère dont un dès la naissance
 - **36 diagnostics étaient négatifs (56 %)**
 - tous les enfants étaient bien portants à la naissance

Prise en charge

- En cas d'infection foetale confirmée avant 12 SA, la gravité du pronostic foetal amène à discuter l'interruption de la grossesse
- En cas d'infection entre 12 et 18 SA, l'interruption de grossesse peut être discutée en fonction des données précises de chaque cas
- Au-delà de 18 SA, l'infection foetale n'entraîne que des formes asymptomatiques et une simple surveillance postnatale est proposée
- nouveau-nés infectés porteurs du virus durant toute la première année de vie dans les sécrétions pharyngées, les urines, les selles
- Il doivent donc être maintenus à distance des femmes enceintes séronégatives

Vaccination pendant la grossesse

Vaccin vivant atténué

95% d'efficacité

Accompagné d'une contraception de trois mois

Mais: 0 cas de transmission sur 296 femmes
enceintes vaccinées (CDC)

0 / 797 Badilla X, Pediatr Infect Dis J. 2007

**Pas d'indication à IMG si vaccination au cours de
la grossesse!**

Conclusion

- Rare, potentiellement grave
- Prévention facile: vaccination
- Interprétation des sérologies+++

Merci de votre attention!