

CARTE IDENTITE

Togaviridae - virus enveloppé à ARN

TRANSMISSION

Contacts interhumains directs : voie respiratoire (gouttelettes)

Période de contagiosité de 7 jours avant à 7-14 jours après le début de l'éruption cutanée

Transmission par voie transplacentaire au moment de la virémie maternelle

EPIDEMIOLOGIE

Virus très stable génétiquement => vaccin très efficace

Grâce à la vaccination, l'incidence de la rubéole a considérablement diminué mais le virus circule toujours activement dans certains pays à ressources limitées. En France, la circulation est interrompue depuis 2020.

Séroprévalence > 95% chez les femmes en âge de procréer, mais encore insuffisante chez les hommes et les jeunes enfants

Maladie à déclaration obligatoire

Surveillance épidémiologique et clinique nationale (Centre National de Référence)

PREVENTION

En population générale :

- Vaccination obligatoire chez les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018 (vaccin ROR (trivalent))
- Vaccination complète = 2 doses de vaccins administrées jusqu'à l'âge de 2 ans (à 12 mois et entre 16 et 18 mois)
- Rattrapage vaccinal chez toute personne n'ayant pas la preuve de la maladie dans le carnet de santé ou la preuve d'une vaccination complète dans le carnet de vaccination
- Si méconnaissance du statut ou absence d'une preuve de vaccination complète => administration d'une dose vaccinale recommandée.

La vaccination en cours de grossesse est contre-indiquée. Chez les femmes séronégatives, elle doit donc avoir lieu au plus tôt après l'accouchement et ne contre-indique pas l'allaitement

PHYSIOPATHOLOGIE

Après inhalation => multiplication virale dans la muqueuse respiratoire, puis dans les ganglions lymphatiques cervicaux => circulation générale. Virus présent dans le pharynx et le sang la semaine qui précède l'éruption, persiste 7 à 14 jours dans le pharynx après l'éruption

SIGNES CLINIQUES

Infection bénigne sauf en cours de grossesse où elle peut être responsable d'infection tératogène

Rubéole postnatale

Incubation 13 à 20 jours

Asymptomatique dans 50% des cas

Eruption discrète, petites macules/papules rose pâle, bien séparées (intervalles de peau saine), peu/pas de relief commençant au visage et s'étendant rapidement au tronc et aux membres, durant rarement plus de 3 jours

Fièvre modérée et/ou d'adénopathies (rétro-auriculaires et cervicales postérieures)

Complications rares : atteintes articulaire (3 à 4 jours, occasionnellement plus d'un mois), encéphalite de pronostic favorable (guérison sans séquelle), thrombopénie s'accompagnant d'un purpura

Rubéole congénitale

Le risque d'infection fœtale dépend de l'âge gestationnel : avant 11 SA environ 90 % puis diminue à 25 % entre 24 et 26 SA, et augmente à 100 % en fin de grossesse

Lorsque l'infection maternelle a lieu :

- Avant 11 SA, les anomalies sont associées à des degrés divers dans plus de 80% des cas : atteintes oculaires, déficits de l'audition, retard psychomoteur conséquence de l'atteinte du système nerveux central, et malformations cardiaques. Les séquelles neurosensorielles et psychiques peuvent être lourdes
- Entre 11 et 18 SA risque de perte d'audition, qui peut se manifester tardivement après la naissance
- Après 18 SA, risques de malformatifs quasi nuls

DIAGNOSTIC VIROLOGIQUE

Indications :

Patient non ou incomplètement vacciné présentant une éruption maculo-papuleuse

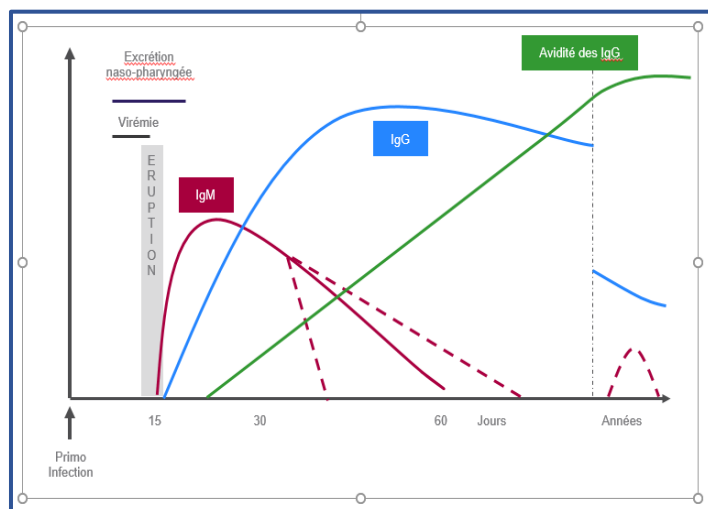
Sérologie obligatoire dès le début de la grossesse (recherche des IgG), sauf en cas d'immunité antérieure documentée. En cas de sérologie initiale négative, Les IgG seront à nouveau recherchées à 20 SA.

Des IgG positives (après infection ou vaccination) indiquent une protection.

Méthodes :

Rubéole post-natale

Sérologie : IgG et IgM et avidité des IgG



Cinétique des marqueurs virologiques

Les IgG permettent de définir le statut immunitaire

Présence d'IgM et d'IgG => seule la mesure de l'avidité des IgG permet de confirmer une primo-infection

RT-PCR

Salive, sang, urines, LCR

Rubéole congénitale

Prise en charge d'une rubéole maternelle => Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN)

Le diagnostic prénatal de l'infection fœtale repose soit sur :

- Recherche des IgM dans le sang fœtal
- RT-PCR dans le liquide amniotique (LA) prélevé au moins 6 semaines entre l'infection maternelle et à partir de 20^{ème} SA

Le diagnostic postnatal de l'infection congénitale repose sur :

- Recherche des IgM chez le nouveau-né

- RT-PCR dans la salive/les urines du nouveau-né

Le diagnostic postnatal de l'infection congénitale doit être réalisé même si le nouveau-né est asymptomatique car possibles séquelles de l'infection congénitale à distance de la naissance

TRAITEMENT

Aucun antiviral

Traitement symptomatique

Auteure Christelle Vauloup-Fellous
Relecteur Sébastien Hantz

Légende *Rang A* *Rang B* *Rang C*

Cette fiche a été rédigée par les enseignants de bactériologie-virologie-hygiène des facultés de médecine de France
Elle est la propriété du groupe AZAY de la Société Française de Microbiologie (SFM)
Toute reproduction ou utilisation hors contexte d'enseignement académique est interdite