

RUBEOLE

1/Généralités :

a) Définition : maladie virale éruptive, contagieuse, immunisante, bénigne lorsqu'elle est acquise, redoutable chez la femme enceinte, car menace le pronostic fœtal

le diagnostic est sérologique

touche surtout les enfant entre 5 et 9 ans

b) Etiologie :

-Le virus de la rubéole est un virus à ARN, mal classé.

c) Épidémiologie :

-C'est une infection exclusivement humaine,

-La transmission est directe, par voie aérienne donnant la forme acquise, ou par voie trans placentaire, responsable de la forme congénitale,

-Le virus de la rubéole peut rester dans le pharynx du malade pendant 2 semaines

-L'éruption marque la fin de la virémie et le début de l'apparition des anticorps spécifiques.

d) pathogénie :

L'incubation dure 14 à 18 jours après pénétration rhinopharyngée. la virémie persiste 8 jours avant le début de l'éruption et disparaît avec elle, lorsque l'immunité humorale apparaît.

L'immunité résiduelle est définitive. Les anticorps spécifiques de type IgM sont présents dès le début de l'éruption et disparaissent en 3 mois relayés par les IgG. Les contacts ultérieurs n'entraînent pas de virémie ni de symptomatologie mais une ré ascension rapide des IgG et parfois des IgM.

2/ Clinique :

*Rubéole acquise :

a) Incubation : 14 à 18 jours, parfois plus,

b) Invasion : courte de 2 jours,

-Se limite à un fébricule, quelques courbatures mais souvent inapparente,

c) Phase d'état : caractérisé par,

* Fièvre inconstante, modérée et persiste 2-3 jours durant la phase éruptive puis disparaît,

* L'éruption : débute généralement au niveau du visage, et s'étendent moins de 24 heures au tronc et aux membres, elle est maculeuse ou maculo papuleuse ressemblant à celle de la rougeole,

Au 3^{ème} jour, elle disparaît sans laisser de cicatrice et sans desquamation,

-On ne retrouve pas d'énanthème ;

* Adénopathies précèdent l'éruption d'une semaine, elles sont généralisées, de petite taille, fermes et mobiles.

//L'évolution :

-Est généralement favorable

-Cependant, elle peut être émaillé de complications :

* ***Polyarthrites*** : fréquentes chez les adolescents et les adultes, surtout chez la femme, elles apparaissent le 2^{ème} jour de l'éruption, intéressant les articulations métacarpo phalangiennes, les poignets et les genoux, et disparaissent en 10 à 30 jours,

* ***Purpura thrombopénique*** : d'évolution favorable en 2 à 4 semaines

* ***Méningo encéphalite*** : rare, débute 1 à 4 jours après l'éruption, d'évolution mortelle.

* ***autres*** : hépatites cytolytiques d'intensité modérée, Névrites sont rares.

*Rubéole congénitale :

-La femme enceinte peut contracter la maladie durant le premier trimestre de la grossesse si elle n'est pas protégée (séronégative).

-**La primo-infection** : s'accompagne d'une virémie (virus présent en quantité élevée dans le sang et peut coloniser l'embryon) responsable de malformations, c'est la rubéole congénitale :

&) **Syndrome malformatif de GREGG** : associant

-**Malformations cardiaques** : présente dans la moitié des cas (PCA ; CIA ; CIV ; rétrécissement pulmonaire,...),

-**ORL** : surdité dans 50% des cas

-**Oculaires** : cataracte uni ou bilatérale avec microphthalmie

-**Neurologiques** : microcéphalie, retard psychomoteur,

&) **Rubéole congénitale évolutive** :

-Le virus peut rester chez le nouveau-né plusieurs mois après l'accouchement et engendre l'apparition :

-Purpura thrombopénique

-Hypotrophie

-Hépatosplénomégalie,...

3/Diagnostic : * **positif**,

&) **Rubéole acquise** : repose sur,

-Le contexte épidémiologie et clinique (notion de contagion, signes cliniques type fièvre, éruption, adénopathies,..)

Bilan biologique :

* **FNS** : leuconéutropénie avec lymphocytes hyperbasophiles (syndrome mononucléosique) et une plasmocytose inconstante.

* **La sérologie** : les anticorps apparaissent durant la phase éruptive, et s'élèvent rapidement au cours des 2 semaines suivantes (séroconversion).

-On fait 2 prélèvements à 15 jours d'intervalles :

*Un taux $< 1/40$ est considéré comme négatif,

On exige l'augmentation des anticorps, 4 fois > le taux initial des anticorps pour diagnostiquer une rubéole.

-Il faut tester les 2 sérums simultanément dans le même laboratoire.

&) **Rubéole congénitale** :

-Devant la notion de contact avec un rubéoleux ou apparition d'une éruption fébrile, on pratique le plus tôt possible 2 prélèvements à 15 jours d'intervalle à la recherche des IgM, ainsi on se retrouve devant 2 situations :

* Soit pas de primo infection rubéolique et donc aucune mesures préventives,

*Soit ascension d'AC ou présence d'IgM spécifiques dans le sérum, et donc il importe d'expliquer à la malade le risque encouru voire interruption volontaire de la grossesse.

***Différentiel :**

-On élimine les autres fièvres éruptives :
Scarlatine ; rougeole ; exanthème subit ; mégalérythème épidémique ;
rougeole ; mononucléose infectieuse ; toxidermie médicamenteuse,...

4/Traitement :

-L'isolement du malade

-Séro prévention : indiquée chez la femme enceinte non immunisée, par les immunoglobulines, au contact avec un sujet malade.

°Elle utilise les gammaglobulines spécifiques ou à défaut standards à fortes doses : 0.4ml/kg en 2 injections séparées de 24 à 48 heures d'intervalle,

°Elle ne fait que réduire le risque de contracter une rubéole mais le risque d'embryopathies persiste,

***Vaccination** : RUDIVAX ou ERVEVAX se donne en seule injection en sous cutané (vaccin vivant atténué), peut être associé au vaccin de la rougeole, et des oreillons=**ROR**

Tolérance bonne : fébricule, arthralgies, et éruption fugace surtout chez l'adulte.

Immunité post vaccinale solide et stable.

Pas de rappel.

Indications : *toute femme en age de procréer afin de prévenir le risque d'atteinte embryon foetale.*

- *Utilisation large chez l'enfant fait disparaître la circulation du virus et donc la possibilité de contamination des femmes enceintes.*

****Conduite à tenir chez une femme séronégatif ou de statut immunitaire non connu :**

- *Surveillance régulière pendant le 1^{er} le trimestre de la grossesse, surtout si contact avec un sujet rubéoleux ou apparition d'une éruption suspecte.*

- Diagnostic sérologique : apparition d'une séroconversion avec les IgM spécifiques chez la femme enceinte
- Eviction surtout professionnelle de la jeune femme des milieux exposés (santé, enseignement)
- Interruption de la grossesse si infection fœtale confirmée.