

ROUGEOLE ET GROSSESSE

Caroline Charlier-Woerther

Service Maladies Infectieuses

Necker Enfants Malades,

Université Paris Descartes

JNI Tours Juin 2012

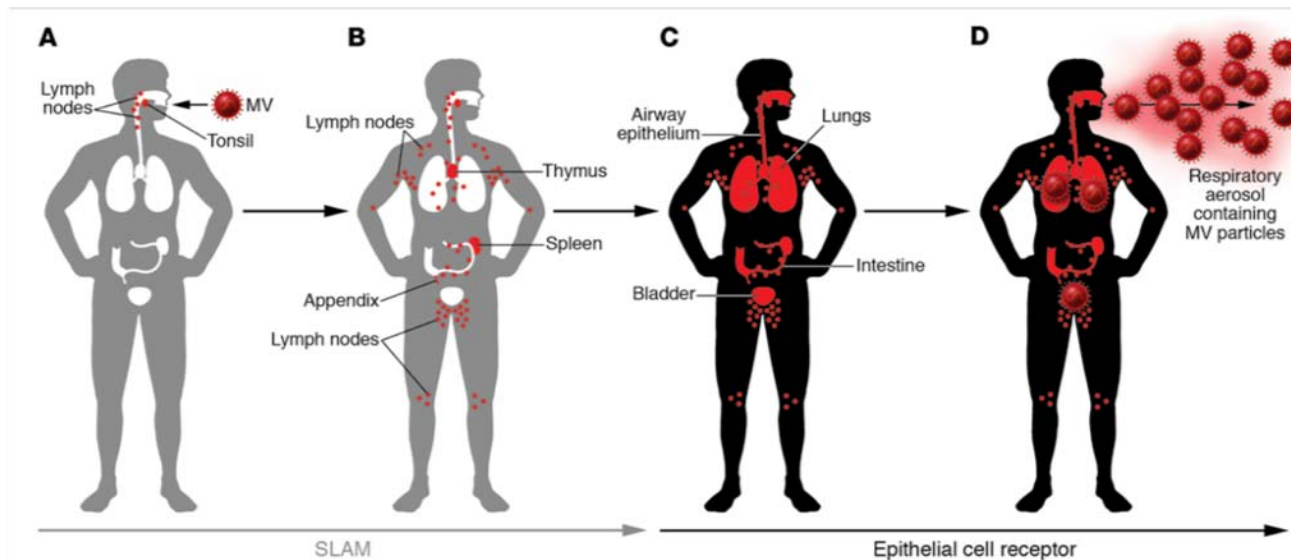
LE VIRUS DE LA ROUGEOLE

Genre *Morbillivirus* famille des Paramyxoviridae

Transmission aérienne : sécrétions respiratoires >> objets contaminés

Contagiosité extrême : $R_0 = 15-17$ taux attaque familial > 90%

Immunité à vie

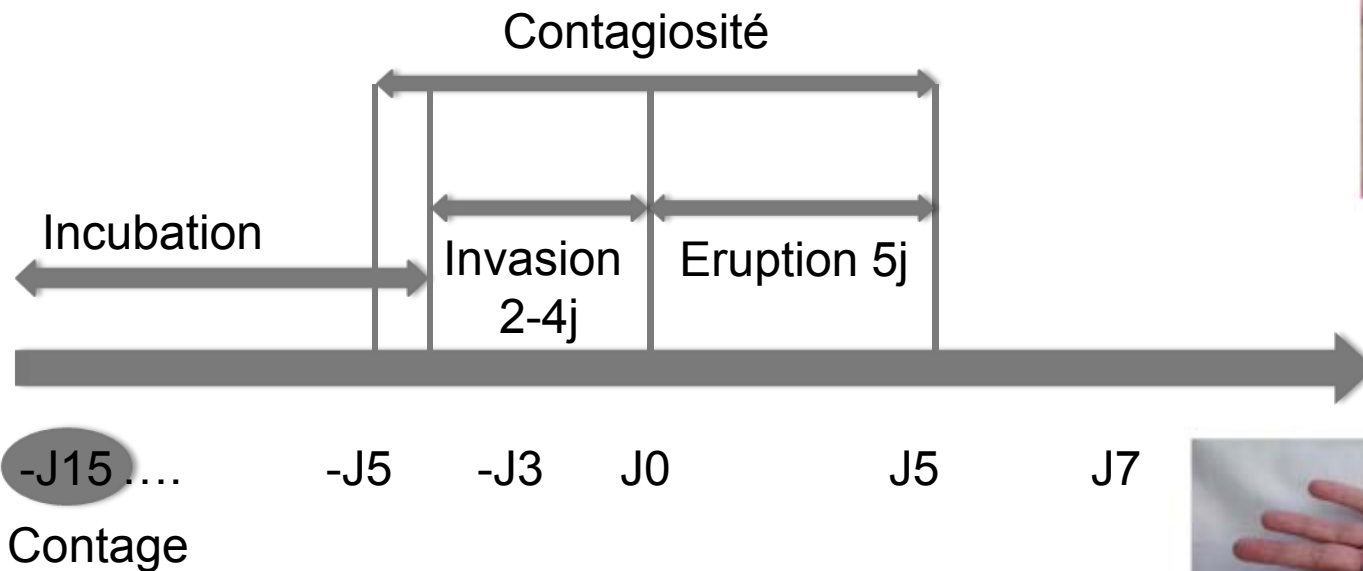


LE VIRUS DE LA ROUGEOLE

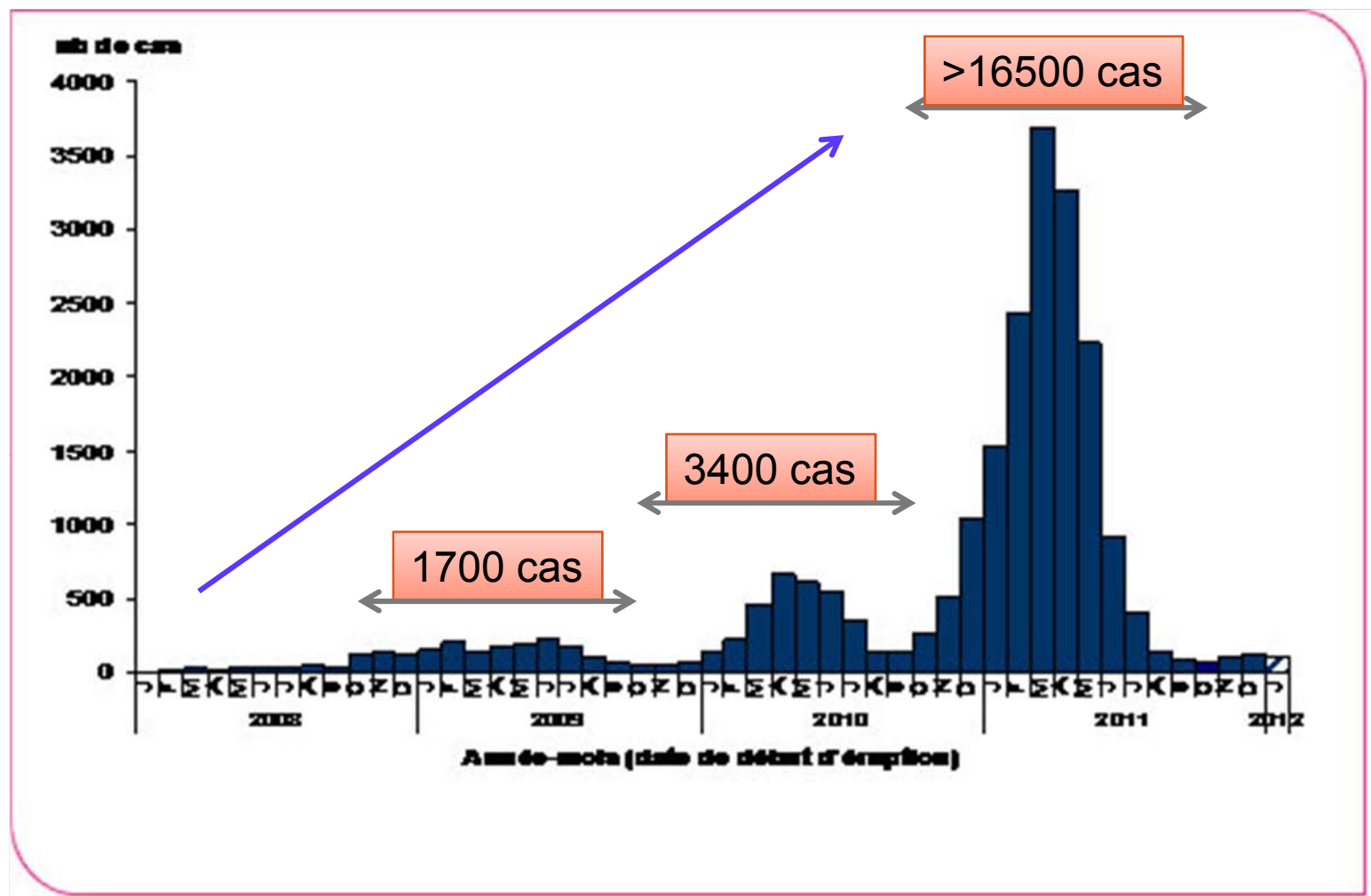
Genre *Morbillivirus* famille des Paramyxoviridae

Transmission aérienne : sécrétions respiratoires >> objets contaminés

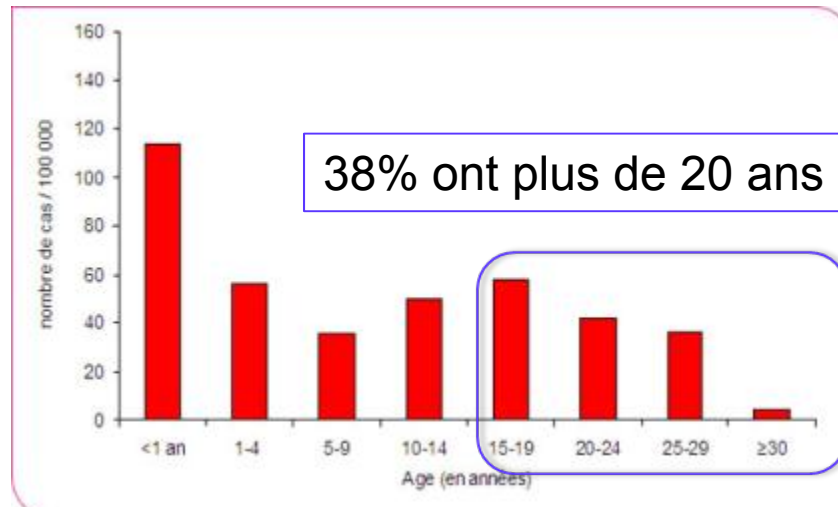
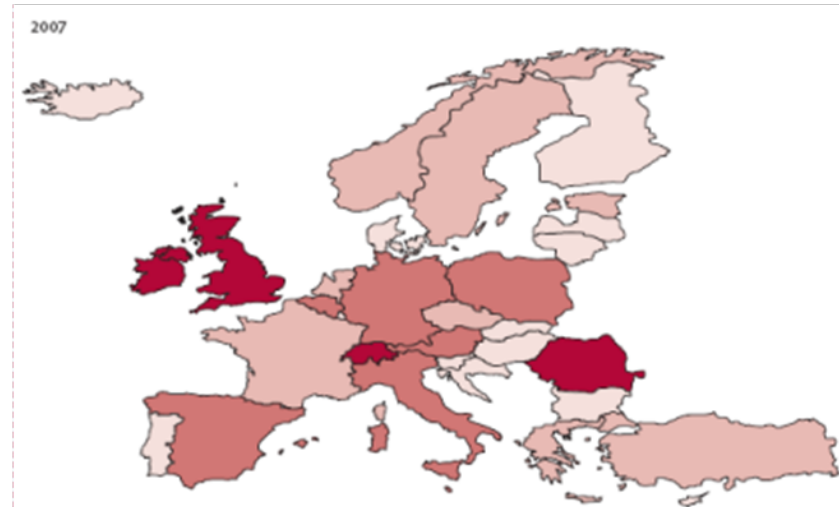
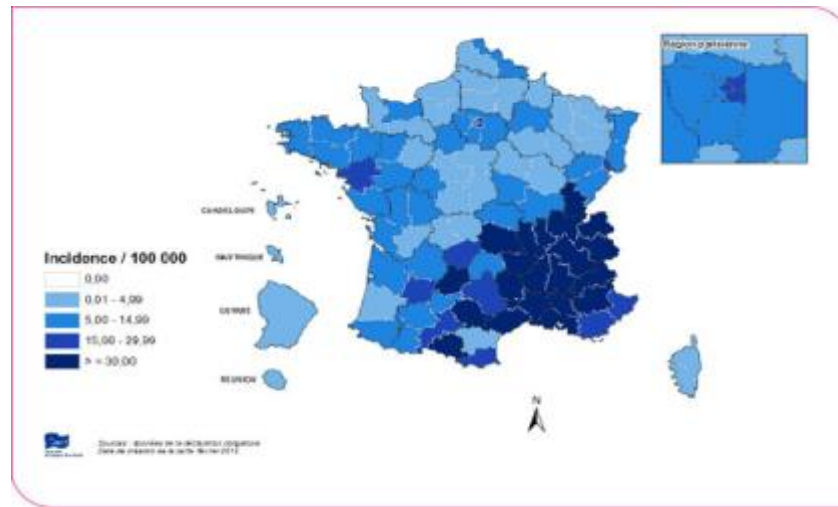
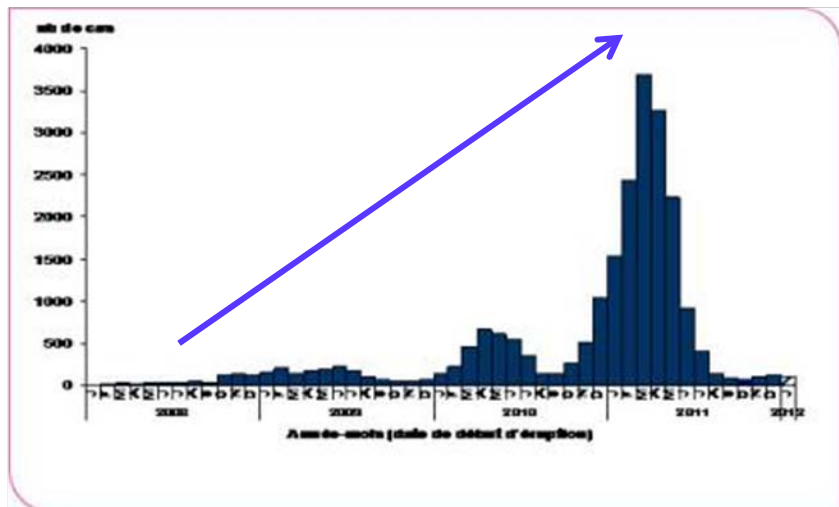
Contagiosité extrême : $R_0 = 15-17$, taux attaque familial >90%



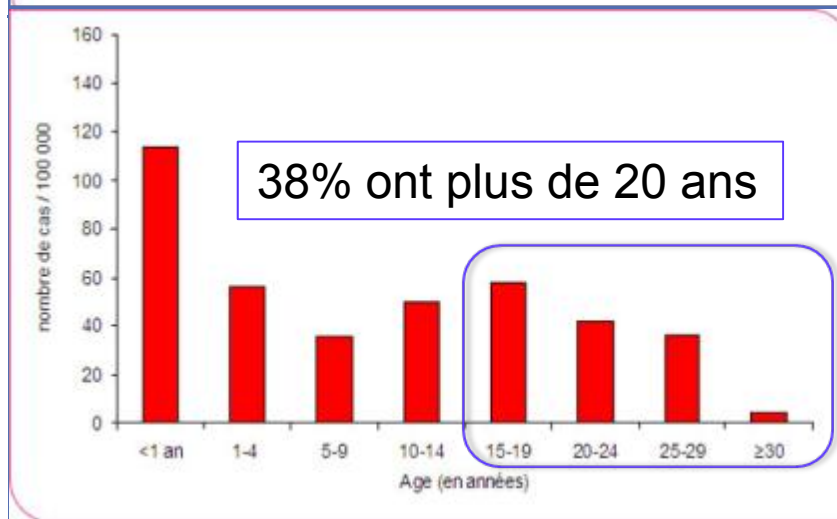
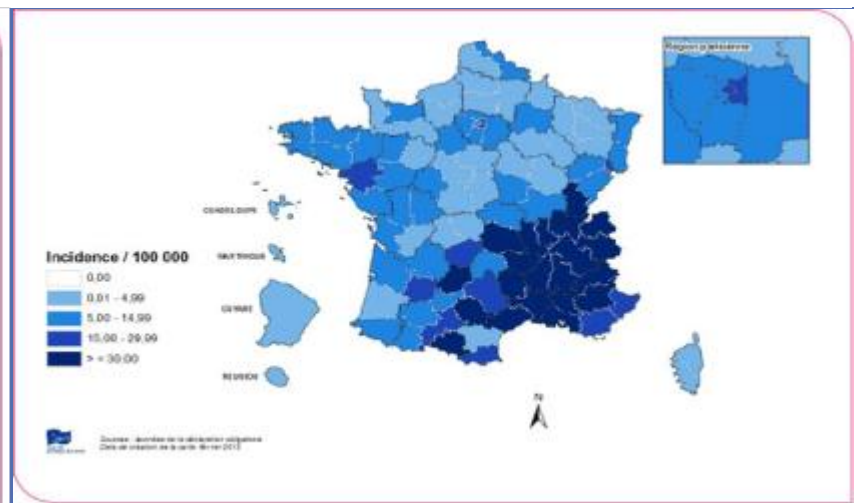
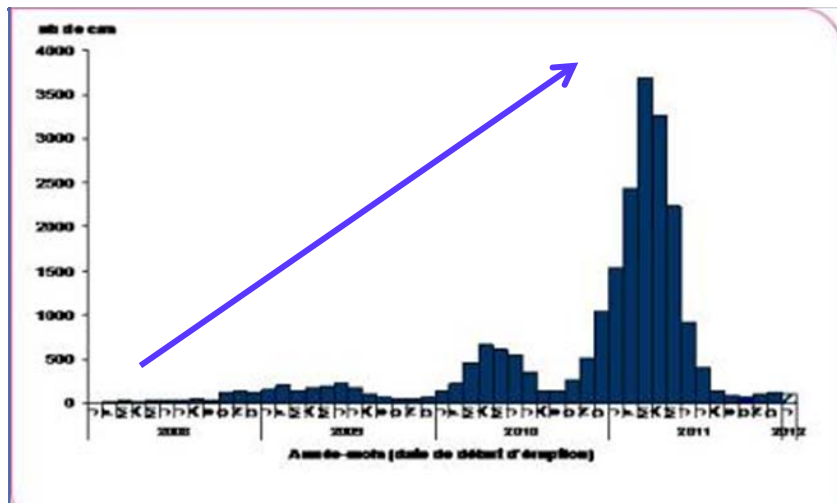
LE CONTEXTE EPIDEMIQUE FRANÇAIS



LE CONTEXTE EPIDEMIQUE FRANÇAIS



LE CONTEXTE EPIDEMIQUE FRANÇAIS



50% hospitalisation chez les > 30 ans

Complications :

- Pneumopathie virale
- Hépatite biologique (30%)
- Surinfections bact. ORL/ pulmonaires
- Diarrhées (8-80%)
- Neurologique 1/1000 : encéphalites

LE CONTEXTE EPIDEMIQUE FRANÇAIS

- **Liée à une vaccination insuffisante**
 - **Réduction de la circulation virale / exposition infantile**
 - **Protection incomplète des adultes**

Maladie infantile



Maladie jeune adulte
non immun

- **Les rougeoles de l'adulte surviennent chez des sujets non vaccinés (86%)
mal vaccinés : 1 dose (14%)**
- **En France 10% des femmes en âge de procréer sont susceptibles vis à vis de la rougeole (InVS)**

ROUGEOLE ET GROSSESSE LES DONNÉES DISPONIBLES



Reference	Nombre de cas	Date et lieu	Etude comparative
Nouvat	89	1600 -1904 Europe	Non
Christensen	83	1951 Groenland	Vs 1099 adultes non enceintes
Atmar	13	1992 USA Texas	Non
Eberhart-Philips	58	1993 USA	Vs 748 femmes non enceintes
Ali	40	1997 Arabie Saoudite	Vs 120 enceintes sans rougeole et 37 rougeoles adultes non enceintes
Dao	16	1997 Burkina Faso	Non
Chiba	8	2003 Japon	Non

Ali Int J Gynecol Obstetrics 1997
 Eberahrt-Philips Obstet Gyneol 1993
 Dao JGOBR 1997

Atmar CID 1992 (+ revue litterature)
 Christensen Acta Scandin 1952
 Nouvat Thèse de Médecine Bordeaux 1904

IMPACT DE LA GROSSESSE SUR LA ROUGEOLE

Séméiologie de la rougeole non modifiée

Excès probable de complications maternelles

1. Excès d'hospitalisation

Ali et coll. Hospitalisation 60% versus 30% : RR x 2

2. Excès de pneumopathies

Ali et coll. Pneumopathies 10% versus 5%

Eberhart-Philipps et coll. Pneumopathies 25% : RR x 3

3. Excès de décès maternels

Nouvat : 15% décès maternel

Christensen et coll. 4.8% versus 1.8% en 1951 ($p=0.05$)

Eberhart-Philipps et coll. Décès 3% : RR x 6

IMPACT DE LA ROUGEOLE SUR LA GROSSESSE

Pas d'excès de malformation observé

Risque de fausse couche, de mort fœtale in utero et de prématurité

- 1. Excès de prématurité : 25% versus 7%**
- 2. Beaucoup de fausses couches et morts fœtales in utero**
 - 18% des grossesses
 - Dans les 14 j suivant le début de la rougeole
- 3. Rôle du contexte médical / autres facteurs?**

Complications obstétricales = 31% USA 1993

= 78% Burkina Faso 1997

= 60% Europe 1600-1900

ROUGEOLE NÉONATALE

2 mode de contamination

1. Anténatal pendant la virémie maternelle en cas de rougeole de fin de grossesse
2. Post natal par voie aérienne (mère non immune)

Forme anténatale

1. **Incubation plus courte** : 2-10j après l'infection maternelle
2. **Potentiellement grave**
 - 30% DC avant l'ère ATB et IGIV
 - 50% DC chez le prématuré
3. **Sur-risque de PESS, de survenue précoce avant l'âge de 2 ans et de forme fulminante**

LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE : CONTAGE ROUGEOLEUX

AVIS

relatif à la problématique de la rougeole chez la femme enceinte

23 mai 2011

Prophylaxie post exposition : 2 questions +/- 1 test

- Avez-vous fait une rougeole? → oui protégée
- Avez-vous reçu 2 doses de vaccin rougeole → oui protégée
- En cas de doute sous réserve de ne pas dépasser le délai de 6 j : sérologie : présence d'Ac protecteurs → oui protégée

↓ **NON = FEMME NON IMMUNISEE**

1 traitement : les IGIV dans les 6 jours suivant le contage

- Vaccin vivant administré dans les 72H efficace mais CI
- IGIV (Enfants < 6 mois, immunodéprimés, femmes enceintes)
- 0.4g/kg en 1 fois IVL
- En accord avec les obstétriciens mais perfusion hors de la maternité
- Information sur le risque d'échec et la CAT en cas de fièvre/ éruption / tableau respiratoire

LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE : ROUGEOLE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE

1. Confirmation biologique

1. **RT-PCR salivaire/ gorge** : ARN viral (J0 à J14)
2. Sérologie : IgM salivaires / sanguines (J0-J3 à J60)

2. CAT thérapeutique

1. Isolement respiratoire
2. Antipyrétiques
3. Antibiotiques si surinfection bactérienne



3. Sur le plan obstétrical

1. OK Corticoïdes, tocolyse selon indication foétale
2. Pas de déclenchement sauf complication mettant en jeu la vie de la mère

LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE : ROUGEOLE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE/ NOUVEAU-NÉ

4. CAT nouveau-né

1. **IGIV dès la naissance 0.4g/kg IVL** (sauf si la mère a débuté son éruption rougeoleuse plus de 10 jours avant l'accouchement)
2. Dg du NN :
 - RT-PCR dans les sécrétions naso-pharyngées ,
 - IgM salivaires si rougeole maternelle > 15 jours
3. **Pas de séparation avec la mère** sauf indication hospitalisation en néonatalogie,
4. Isolement du couple mère/ enfant 5j ap. éruption de mère +/- enfant
5. OK allaitement
6. Mention rougeole congénitale sur le carnet de Santé

5. CAT entourage

1. Vérification et mise à jour du calendrier vaccinal

6. Déclaration obligatoire

LES QUESTIONS EN SUSPENS

Déterminants de la gravité maternelle?
Fréquence réelle des complications respiratoires?
Durée de la virémie/ excrétion salivaire?

Mécanismes invasion placentaire?
Physiopathologie lésions foétales?

Evolution infection à l'ère des IGIV?
Déterminants de la gravité de l'infection?
Fréquence réelle des PESS?

