

Infection rubéoleuse congénitale confirmée chez un nouveau-né

Selon la surveillance Sentinella et les données communiquées par un laboratoire, le nombre de cas confirmés de rubéole a fortement augmenté durant le premier semestre 2006, comparé aux années précédentes. Alors que les infections rubéoleuses durant la grossesse étaient devenues exceptionnelles ces dernières années, une jeune femme non vaccinée avait alors été infectée en début de grossesse, laquelle s'était achevée par un avortement spontané. En janvier 2007, une infection rubéoleuse congénitale confirmée par des examens de laboratoire chez un nouveau-né a en outre été rapportée dans le cadre de la déclaration obligatoire. En raison d'un risque élevé de malformations congénitales lorsque la mère est infectée durant la grossesse, l'OMS et les Etats européens se sont donnés pour objectif l'élimination de la rubéole de notre continent, d'ici à 2010. En conséquence, la Suisse a introduit récemment une nouvelle stratégie pour renforcer la prévention de la rubéole chez les jeunes femmes, et va prochainement renforcer la surveillance de cette maladie.

INTRODUCTION

La rubéole est une infection virale généralement bénigne. Toutefois, ses conséquences pour le fœtus sont souvent dramatiques lorsqu'elle intervient durant la première moitié de la grossesse et plus particulièrement pendant les 12 premières semaines. Le risque d'avortement spontané, de naissance d'un enfant mort-né ou prématuré, et de rubéole congénitale malformative appelée aussi syndrome de rubéole congénitale (SRC) (atteintes sensorielles, cardiaques, neurologiques et autres, détectables à la naissance ou plus tard) est alors d'autant plus élevé que l'infection est précoce [1]. Une infection plus de 12 jours avant les dernières règles ou après 20 semaines de grossesse ne comporte aucun risque connu [2-4]. Les avortements thérapeutiques constituent une issue fréquente d'une infection rubéoleuse durant la grossesse [3, 5, 6].

Suite à l'introduction en 1985 de la vaccination ROR (rougeole, oreillons, rubéole) généralisée des pe-

tits enfants, l'incidence de la rubéole a fortement décliné en Suisse, atteignant ces dernières années le plus bas niveau jamais enregistré depuis le début de la surveillance Sentinella, en 1986 [7]. L'année 2006 était toutefois caractérisée par une proportion élevée de cas confirmés parmi les cas cliniques testés, alors que cette proportion était très faible, voire nulle ces dernières années [8]. Les 17 cas alors rapportés par les médecins Sentinella permettent d'estimer à environ 400 le nombre total de cas cliniques de rubéole pour la Suisse en 2006, dont environ 60% présentant des IgM positives.

Bien que très réduit par rapport à l'époque prévacinale, le risque d'infection rubéoleuse reste donc loin d'être négligeable en Suisse, en raison d'une couverture vaccinale insuffisante contre la rubéole. En 1999-2003, cette dernière était de 81% chez les enfants de deux ans, pour au moins une dose. Or, il est nécessaire que 85 à 87% de la population soit immune pour bloquer la circulation du virus. Il est en outre

particulièrement important que les femmes en âge de procréer soient immunes pour la rubéole, afin d'éviter tout risque d'infection pendant la grossesse. Cependant, 6% des jeunes femmes de Suisse n'étaient pas immunes en 1990-91, de même que 8% des étudiants en médecine bâlois, en 1999-2003 [9, 10]. Il en résulte que, dans la dernière décennie, on a encore observé tous les deux ans environ un cas d'infection rubéoleuse durant la grossesse. Deux cas ont cependant été signalés pour la seule année 2006, augmentation découlant probablement de l'accroissement du nombre de cas confirmés de rubéole cette année-là. Pour le premier d'entre eux, la grossesse s'était achevée par un avortement spontané [8].

INFECTION RUBÉOLEUSE CONGÉNITALE NON MALFORMATIVE

Une infection rubéoleuse congénitale a été déclarée chez un nouveau-né en janvier 2007. Vaccinée contre la rougeole durant l'enfance, la mère était arrivée à l'adolescence en Suisse, où elle n'a jamais été vaccinée contre la rubéole, ni dépistée. En bonne santé, cette jeune femme n'était pas suivie par un médecin, ni par un gynécologue. Sa grossesse n'a été suivie qu'à partir de la 20^e semaine, date de la première sérologie rubéole, qui était négative. En 29^e semaine de grossesse, cette femme consulte pour une infection exanthématique avec adénopathies, alors que son partenaire avait souffert peu auparavant d'une rubéole confirmée par un examen sérologique. Une suspicion de rubéole est confirmée par séroconversion à la 33^e semaine. Etant donné l'avancement de la grossesse au moment de l'infection, le pronostic pour l'enfant est rassurant. A la naissance, le bébé ne présente aucune anomalie hormis d'importantes hémorragies rétinienne diminuant rapidement, dont l'étiologie reste inconnue à ce jour; ses IgG sont positives (immunité maternelle) et ses IgM négatives, ce qui suggère qu'il n'a pas été infecté. Quelques jours plus tard, toutes les cultures de contrôle (gorge et urine) étaient toutefois positives, confirmant une infection congénitale chez

un nouveau-né sans SRC (sous réserve de la clarification des lésions rétiniennes et d'un examen spécialisé pour confirmer un dépistage auditif normal), dont la mère a eu une infection rubéoleuse certaine à la 29^e semaine de grossesse.

PRÉVENTION ET SURVEILLANCE DE LA RUBÉOLE ET DE LA RUBÉOLE CONGÉNITALE

La prévention de la rubéole et de ses complications passe en premier lieu par la vaccination des jeunes enfants (deux doses d'un vaccin ROR, à 12 et 15-24 mois). Une vaccination ROR manquante peut être rattrapée à n'importe quel âge. Elle est également recommandée pour les jeunes adultes non vaccinés (ou sans immunité prouvée). Entre 2000 et 2006, un quart des cas déclarés au sein de Sentinella avaient 16 ans et plus; les trois quarts d'entre eux étaient des hommes qui, à l'exemple du présent cas d'infection congénitale, peuvent infecter leur partenaire durant la grossesse. Outre la protection individuelle que confère la vaccination de base, celle-ci permet encore de limiter la circulation du virus, voire de l'éliminer (objectif de l'OMS pour l'Europe d'ici 2010) et de protéger ainsi les personnes non vaccinées.

En second lieu, il convient de s'assurer, dès l'adolescence, que les femmes en âge de procréer – groupe le plus vulnérable au regard des conséquences de la maladie – soient immunes pour la rubéole. A cet égard, l'OFSP, la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) et la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique ont récemment recommandé une nouvelle stratégie pour contrôler la rubéole congénitale: vacciner complètement, si nécessaire, toute nouvelle patiente (avant la grossesse), au lieu d'effectuer des contrôles sérologiques durant les consultations prénatales [11]. Comme l'a montré une suspicion d'infection rubéoleuse chez une autre femme enceinte récemment signalée à l'OFSP, les résultats sérologiques sont parfois difficiles à interpréter et peuvent nécessiter des décisions particulièrement pénibles lorsqu'ils sont évalués en cours de grossesse. Cette nouvelle

stratégie permet en outre de protéger déjà le premier enfant, alors qu'en cas de sérologie négative pour la rubéole durant la grossesse, il est nécessaire de renvoyer la vaccination après l'accouchement, ce qui comporte un risque d'oubli [12, 13].

Afin d'évaluer les progrès vers l'élimination de la rubéole et le contrôle de la rubéole congénitale, il est indispensable de disposer d'un système de surveillance performant. Ce dernier doit être à la fois suffisamment sensible pour détecter des cas de plus en plus rares, et assez spécifique pour distinguer la rubéole des nombreuses autres maladies provoquant un exanthème avec de la fièvre. C'est pourquoi il est prévu d'introduire en janvier 2008 la déclaration obligatoire des cas confirmés de rubéole pour les médecins et les laboratoires. Il sera alors d'autant plus important de confirmer chaque suspicion de cas par un examen de laboratoire. Cette surveillance devrait compléter l'actuelle déclaration obligatoire pour les médecins des infections rubéoleuses confirmées durant la grossesse et de la rubéole congénitale, en place depuis 1999, et la surveillance du SRC assurée depuis 1995 par la Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU), réseau de 37 cliniques pédiatriques qui a rapporté quatre cas au total, dont le dernier en 1999 [14]. ■

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Section Vaccinations
Téléphone 031 323 87 06

Bibliographie

1. Reef SE, Plotkin S, Cordero JF, Katz M, Cooper L, Schwartz B, Zimmerman-Swain L, Danovaro-Holliday MC, Wharton M. Preparing for elimination of congenital rubella syndrome (CRS): summary of a workshop on CRS elimination in the United States. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 85-95.
2. Enders G, Nickerl-Pacher U, Miller E, Cradock-Watson JE. Outcome of confirmed periconceptional maternal rubella. *Lancet* 1988; 1: 1445-7.
3. Miller E, Cradock-Watson JE, Pollock TM. Consequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy. *Lancet* 1982; 2: 781-4.
4. Grillner L, Forsgren M, Barr B, Bottiger M, Danielsson L, De Verdier C. Outcome of rubella during pregnancy with special reference to the

- 17th-24th weeks of gestation. *Scand J Infect Dis* 1983; 15: 321-5.
5. Serdula MK, Marks JS, Herrmann KL, Orenstein WA, Hall AD, Bomgaars MR. Therapeutic abortions following rubella infection in pregnancy: the potential impact on the incidence of congenital rubella syndrome. *Am J Public Health* 1984; 74: 1249-51.
6. Tookey PA, Peckham CS. Surveillance of congenital rubella in Great Britain, 1971-96. *BMJ* 1999; 318: 769-70.
7. Office fédéral de la santé publique. Statistique Sentinella. La rubéole: déclarations Sentinella, juin 1986-août 2006. *Bull BAG/OFSP* 2006; N° 41: 822-3.
8. Office fédéral de la santé publique. Augmentation du nombre de cas de rubéole confirmés et rubéole chez une femme enceinte. *Bull BAG/OFSP* 2006; N° 30: 614-15.
9. Zufferey J, Jacquier P, Chappuis S, Spinnler O, Hohlfield P, Zuber PL, Bille J. Seroprevalence of rubella among women of childbearing age in Switzerland. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1995; 14: 691-6.
10. Baer G, Bonhoeffer J, Schaad UB, Heininger U. Seroprevalence and immunization history of selected vaccine preventable diseases in medical students. *Vaccine* 2005; 23: 2016-20.
11. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations, Société suisse de gynécologie et d'obstétrique. Office fédéral de la santé publique, éditeur. Vaccination des femmes en âge de procréer contre la rubéole, la rougeole, les oreillons et la varicelle. Supplément XX, chapitre 1, classeur bleu «Maladies infectieuses – Diagnostic et prévention», février 2006. Berne.
12. Lee SH, Ewert DP, Frederick PD, Mascola L. Resurgence of congenital rubella syndrome in the 1990s. Report on missed opportunities and failed prevention policies among women of childbearing age. *JAMA* 1992; 267: 2616-20.
13. Gyorkos TW, Tannenbaum TN, Abrahamowicz M, Delage G, Carsley J, Marchand S. Evaluation of rubella screening in pregnant women. *CMAJ* 1998; 159: 1091-7.
14. Comité de la SPSU et Office fédéral de la santé publique. SPSU-Rapport annuel 2005. *Bull BAG/OFSP* 2006; N° 38: 760-7.