

RUBÉOLE

Virus strictement humain, à ARN enveloppé, rubivirus, famille des togaviridae.

Epidémiologie

Grâce à la politique vaccinale, le taux d'infection rubéoleuse a chuté de manière significative. Les infections congénitales malformatives sont devenues rares, mais il convient de rester prudent. Une épidémie récente de rubéole a sévi au Maghreb (couverture vaccinale insusante), et des cas d'infections sont réapparus en Europe Occidentale.

Symptômes

Fièvre modérée, arthromyalgies, douleurs pharyngées dans les 5J précédents l'éruption. Adénopathies cervicales constantes, de localisation caractéristique (rétro-auriculaires cervicales postérieures et surtout sous-occipitales). Eruption inconstante, débute au visage, et s'étend en moins de 24H au tronc et aux membres, en respectant les extrémités. Fréquence des formes frustes, limitées à une éruption fugace.

Infection congénitale : L'infection affecte bon nombre de systèmes fœtaux. Le risque d'anomalies varie en fonction de l'âge gestationnel au moment de l'infection maternelle. Il serait de 90% lorsque l'infection survient avant la 10^{ième} semaine de gestation, de 33% entre la 11 et 12^{ième} sem., de 11% entre la 13^{ième} et 14^{ième} sem., de 24% entre la 15 et 16^{ième} sem., <1% entre la 16 et 20^{ième} sem., 0% au-delà de la 20^{ième} sem. (Gable SG)

Prévention vaccinale

Virus atténué, et donc contre indiqué pendant la grossesse. (Cependant, aucun cas connu d'anomalie foetale après vaccination par inadvertance pendant la grossesse, plus de 2700 cas recensés par l'OMS).

Vaccin disponible dès 1970, mais proposé seulement aux petites filles. Persistance des épidémies rubéoliques via les garçons non vaccinés. ROR disponible depuis 1986, immunisation proposée aux enfants des 2 sexes.

Vaccin remarquablement efficace, l'OMS considère qu'une seule dose est suffisante pour obtenir une protection à vie. Il est cependant très fragile et doit être transporté à froid (ne jamais congeler).



Statut immunitaire: taux des IgG

- Avant la grossesse, vaccination des femmes séronégatives.
- Pendant la grossesse (si absence de preuve écrite d'immunité) si pas d'immunité, suivi puis, vaccination après l'accouchement.
- 6 à 8 sem. aps vaccination, pour vérifier (très rares échecs)

Seuil de positivité = seuil de spécificité, généralement 10 UI/ml

Il peut varier entre fabricants et donc entre laboratoires.

Titre faible ne veut pas dire protection faible.

Titre élevé d'IGG = aucune signification.

Diagnostic de la primo-infection rubéolique (IGG+IGM)

Diagnostic clinique non fiable, éruption peu spécifique, nombreux cas asymptomatiques, confirmation biologique nécessaire.

- Virus détectable (ARN viral) 1 sem. avant rash cutané et 1 sem. après.
- IGM positives 1 à 2J après le début du rash, taux maximal après 7J, persistent entre 3 sem. et 2 mois. (Remq : Après vaccination, persistance plus longue, +/- 6 mois)
- IGG apparaissent 1 à 2 jours après les IGM, persistent toute la vie.
- Avidité des IGG : Index s'élève +/- 1 mois après la primo-infection.

(Remq : Index s'élève +/- 4 mois après la vaccination).

IGM positives ne signie pas primo-infection rubéolique.

Statistiques françaises (2006) : 500000 femmes enceintes

testées, +/- 5000 IGM faussement positives.
Seulement 7 cas d'IGM positives liées à primo-infection.

Diagnostic Différentiel :

- Primo-infection rubéolique
- Vaccination récente. Après vaccination, les IGM sont positives et elles persistent +/- 6 mois (persistance des IGM plus longue après vaccination)
- Réinfection (Parfois IGM et IGG, souvent IGG seules).

Risque de malformations discuté, aucun cas connu selon Grangeot-Keros.

- Stimulation non spécifique du système immunitaire.

Tests complémentaires

(Avant d'armer une primo-infection rubéolique):

- Avidité des IGG. Si primo-infection rubéolique, Index avidité des IGG élevé après +/- 1 mois et donc faible au moment de la primo-infection (Intérêt du suivi de l'évolution de l'index d'avidité)
- Suivi quantitatif des IGM (prendre contact avec le laboratoire).

Diagnostic prénatal de l'infection congénitale

- IGM sang fœtal (à partir de la 22^{ème} semaine, 6 semaines après séroconversion). Spécificité 100%, sensibilité +/- 95%.
- ARN viral, liquide amniotique (à partir 22^{ème} semaine, 6 semaines après séroconversion. Meilleure sensibilité.

Diagnostic postnatal de l'infection rubéolique

- Détection IGM dans le sang, positives pendant de nombreux mois.
- Détection ARN viral, sang, salive, urine. Si infection congénitale, le nouveau né reste porteur du virus pendant de nombreux mois.

Rédaction : Dr Edmond Renard
Biologiste
SYNLAB - Laboratoire Dr Collard