

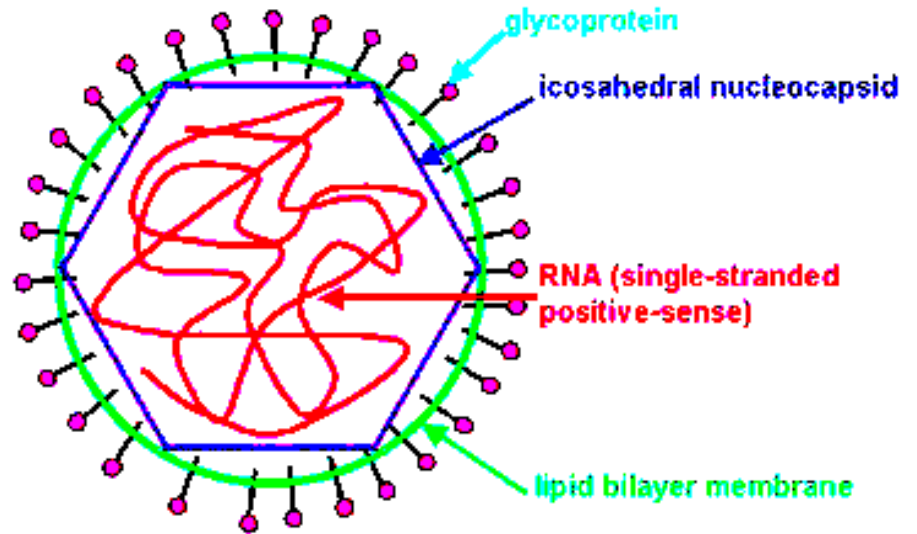
**RUBEOLE**

# Introduction

- La rubéole est une maladie virale éruptive, contagieuse strictement immunisante.
- Bénigne lorsqu'elle est acquise et redoutable lorsqu'elle survient chez la femme enceinte.
- Elle est due à un virus ARN appartenant à la famille des Togaviridae, l'homme constitue le seul réservoir.
- La rubéole lorsqu'elle est cliniquement apparente pose le plus souvent le problème de diagnostic d'une éruption maculopapuleuse dite rubéoliforme.
- Le diagnostic de la rubéole est sérologique et la prévention repose sur la vaccination.

# Données virologiques

- *Famille*: Togaviridae
- *Genre*: Rubivirus
- *Taille* : 60 à 70 nm
- ARN monocaténaire(+), Un seul sérotype
- Caractère physico-chimique : virus fragile-thermolabile



# Épidémiologie

## Réservoir :

Le réservoir naturel est humain. Ce réservoir est représenté :

- Soit par les sujets atteints de forme inapparente ou patente de rubéole acquise ;
- Soit par les nouveau-nés atteints de rubéole congénitale, très contagieux pour l'entourage car excréant du virus pendant plusieurs mois.

# Épidémiologie

## Transmission :

La transmission est :

- Directe aérienne pour la rubéole acquise (exige un contact rapproché pour être transmise).
- Transplacentaire pour la rubéole congénitale.

La période de contagiosité s'étend approximativement de 8 jours avant et 8 jours après l'éruption.

# Clinique

## 1- Rubéole acquise

- **Incubation:** La durée de l'incubation est de 14 jours.

Cliniquement muette

- **Invasion** : brève 1 à 3 jours

- **Phase d'état** :

**L'exanthème** : l'éruption cutanée est inconstante. Elle débute au visage et s'étend en moins de 24 heures au tronc et aux membres. Elle épargne les paumes et les plantes, et aussi le cuir chevelu. Cet exanthème est non prurigineux.

# Clinique

## 1- Rubéole acquise

**L'exanthème** : Classiquement :

**Le 1<sup>er</sup> jour** : il est morbiliforme, fait de maculopapules arrondies ou ovalaires, de couleur rosée, séparées par des intervalles de peau saine. Ces macules peuvent confluer par endroits, notamment sur le visage.

**Le 2<sup>ème</sup> jour** : il est scarlatiniforme.

**Le 3<sup>ème</sup> jour** : il disparaît sans séquelles, parfois en laissant une très fine desquamation mais sans pigmentation.

- Cette éruption disparaît en 2 - 3 jours voire plus (5 jours)

- **La fièvre** : est inconstante est en règle normale ou modérée inférieur à 39 °c.
- **Les adénopathies** : le signe le plus constant, elles apparaissent parfois 5 à 7 jours avant l'éruption, ou lors de l'invasion. Le meilleur signe, prédominant dans la région cervicale postérieur notamment sous occipitale et retro-auriculaire. Ces ganglions sont en général de volume modéré, parfois sensibles, lisses, fermes, mobiles, sans périadénite.
- **SPM** : est rare, de volume très modéré et son diagnostic est difficile.



# Formes cliniques

- **Formes Frustes** : Leur tableau se résume à un exanthème discret et fugace.
- **Forme Inapparente** : la forme la plus fréquente ; elle représente en milieu épidémique 30-50% des cas, voire plus. Leur diagnostic est sérologique.
- **Formes Compliquées** : La mortalité est presque nulle. Les complications sont rares à savoir :

\* **Arthralgies et arthrites:** Elles sont le privilège de la femme jeune, Elles intéressent de façon bilatérale et symétrique les petites articulations des mains

\* **purpura thrombopénique post éruptif:** Elles sont essentiellement rencontrées chez l'enfant, en particulier chez la petite fille.

- Elle apparaît généralement le 3 à 4 jour de l'éruption.
- Elle entraîne un purpura pétéchial et ecchymotique avec ou sans hémorragies muqueuses (gingivorragies, épistaxis) et viscérale (hémorragies digestives).

## **\*Complications neurologiques\_:**

- Elles sont exceptionnelles mais très grave.
- Elles réalisent le tableau habituel des encéphalites post infectieuses ou d'une méningoencéphalite, ou d'une myélite, des formes de méningite pures, d'exceptionnelle Syndrome de Guillain et Barré et rarement le tableau de pan encéphalite chronique progressive.

# Rubéole congénitale

- Le risque d'atteinte fœtale dépend surtout du moment de survenue de l'infection par rapport à l'âge de la grossesse. L'atteinte étant d'autant plus grave qu'elle est plus précoce.
- Le risque de malformation congénitale est à peu près limité aux 16 premières semaines de la grossesse. Au delà de la 16ème semaine, l'infection fœtale peut provoquer une rubéole congénitale évolutive.

	1er trimestre	2ème trimestre	3ème trimestre
TRANSMISSION	90%	25-70%	35%
LESION	< 70%	< 20%	0%

# Aspects Cliniques :

## 1- Avortement

2- **Syndrome de GREGG** (embryopathie rubéolique): Les malformations concernent l'œil, l'oreille interne, le cœur, et le système nerveux central. Elles sont souvent multiples et associées.

\* *Atteinte oculaire* : cataracte, microphthalmie, rétinite, glaucome

\* *Atteinte auditive* : surdité de perception

\* *Malformation cardiovasculaire* : Toutes sont possibles mais les plus fréquentes sont la persistance du canal artériel et la sténose pulmonaire.

### **3- Rubéole congénitale évolutive ( fœtopathie rubéolique)**

Correspond à une infection virale chronique généralisée

Ce syndrome associe :

- Le retard staturo-pondéral :
- Atteinte hématologique : purpura thrombopénique, anémie hémolytique
- L'hépto-splénomégalie : HPM, ictère.
- Lésions osseuses radiologiques
- Une méningite lymphocytaire avec ou sans signes neurologiques
- Myocardite
- La pneumonie rubéolique : de type interstitiel

# Diagnostic positif

- **Données anamnestiques**

- absence d'ATCD de rubéole,

- notion d'épidémie, ou de contagé dans des délais compatibles avec l'incubation et l'invasion.

- **Données cliniques**

- **Données biologiques :**

**A- Hémogramme :** montre une leuco-neutropénie avec plasmocytose.

**B- la recherche du virus :** n'est pas de pratique courante.

L'isolement du virus des sécrétions nasales et pharyngées, des urines, du placenta voire du liquide amniotique ne peut être une technique de routine car longue, délicate, coûteuse et pas toujours fiable.

# Diagnostic positif

## C- Sérologie (inhibition de l'hémagglutination ou ELISA) :

- Elle apporte la certitude diagnostique par la présence d'IgM ou la mise en évidence d'une séroconversion.
- Au cours de la grossesse, le diagnostic de certitude de la primo-infection est apporté par la séroconversion (car la présence d'IgM n'est pas spécifique de la primo-infection, celles-ci peuvent être présentes au cours d'une réactivation).

Pour interpréter les résultats, il faut 2 prélèvements à 10 ou 15 jours d'intervalle. Exiger une multiplication par 4 du taux des anticorps.

Traiter les deux sérums dans le même laboratoire.



## **Diagnostic d'infection fœtale:**

Il repose sur la recherche des IgM et IgA spécifiques par immunocapture dans le sang fœtal prélevé à partir de la 22 semaine d'aménorrhée (afin d'éviter les résultats faussement négatifs).

## **Diagnostic néonatal :**

Il repose sur la sérologie et la culture virale (prélèvement de gorge et d'urines). Les IgM et IgA spécifiques sériques sont présentes jusqu'à l'âge de 3 mois chez 100% des Nouveaux nés ayant une infection congénitale. Ils sont de hauts excréteurs de virus et doivent être isolés.

# Diagnostic différentiel

## \* Rubéole Acquise:

- **la rougeole** : l'énanthème (signe de Koplik) suffit à faire le diagnostic.
- **MNI** : les adénopathies cervicales ; la fièvre à 38-39°C sans signes cutanés, le piqueté hémorragique du voile, l'angine.
- **une toxoplasmose acquise** : il existe certes une adénopathie cervicale mais il n'y a ni SPM, ni HPM et surtout les ganglions ont une tendance à la chronicité ; l'éruption est rare dans la toxoplasmose.
- **les éruptions médicamenteuses** : l'éruption est prurigineuse.
- **la scarlatine** : l'angine, l'atteinte de la langue et l'évolution descendante de l'éruption, la desquamation.

# Diagnostic différentiel

## \* Rubéole congénitale:

- **Syphilis congénitales** : l'ictère, l'HSPM et des lésions osseuses
- **Toxoplasmose congénitale** : il y a habituellement une chorioretinite, des calcifications intracrâniennes sont fréquentes, l'hydrocéphalie ou la microcéphalie.
- **Maladie des inclusions cytomégaliqes** : le diagnostic peut être beaucoup plus difficile car les manifestations réalisées sont pratiquement les mêmes, cependant la présence de calcifications intracrâniennes multiples et beaucoup plus fréquente dans la maladie des inclusions cytomégaliqes.

# Traitement \_ Prévention

- **Rubéole acquise** : le caractère bénin de cette infection, en dehors de la grossesse et son étiologie virale font qu'il n'existe pas de TRT étiologique spécifique. L'existence de complication (rubéole acquise) devra faire appel à un TRT symptomatique adapté.

\*le purpura thrombopénique est souvent traité par les corticoïdes.

\*l'encéphalite requiert des mesures symptomatiques.

- **Rubéole congénitale** : nombreux problèmes thérapeutiques en fonction du tableau clinique.

# Prévention

Elle repose essentiellement sur la vaccination.

L'isolement le plus souvent inopérant ; en effet la plupart des contagions se font à partir d'infections asymptomatiques ou non encore symptomatiques, à l'exception de la rubéole congénitale, qui reste longtemps très contagieuse.

-

# Prévention

## Vaccination:

- Vaccin vivant atténué
- Contre indiqué: grossesse, immunodéprimé
- Une contraception est recommandée pendant 3 mois (pendant le mois précédent et les 2 mois suivants la vaccination).
- Il s'agit d'un vaccin seul ou couplé aux vaccins de la rougeole et des oreillons (ROR Vax<sup>®</sup>),