

# **La rubéole au cours de la grossesse risques et prise en charge**

**Dr Naila Hannachi Ben Sayah**

**Laboratoire de Microbiologie**

**Faculté de Médecine de Sousse**

# INTRODUCTION

- **La rubéole → Fièvre Éruptive**

**Enfant+++ , Souvent Bénigne**

**Contagieuse → Épidémies**

**Immunisante**

- **Redoutable si infection en début de grossesse:**

**Virus Tératogène**

**→ Syndrome du rubéole congénitale (SRC)**

**Problème de santé publique : handicap**

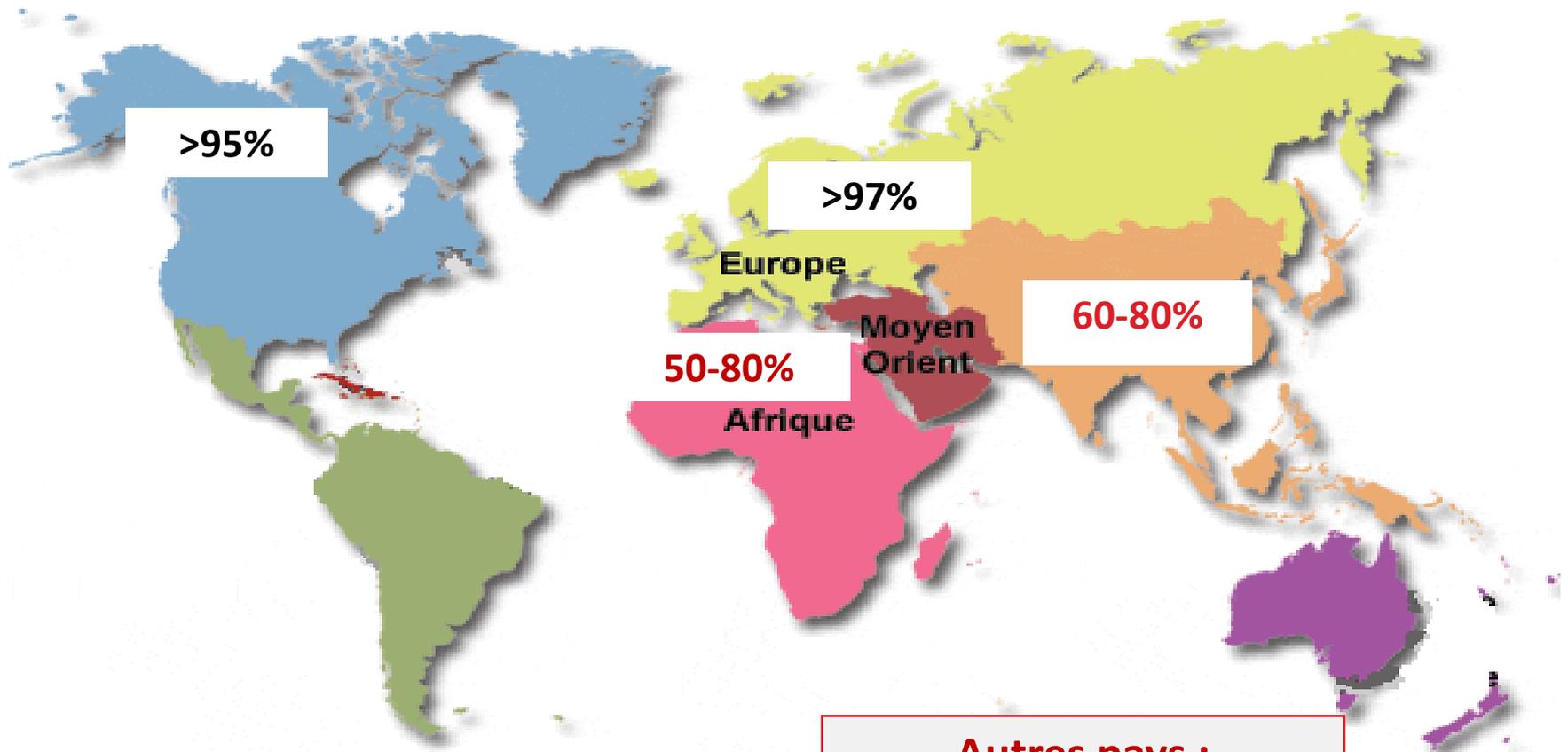
# INTRODUCTION

**L'OMS : Programme mondiale de prévention contre le SRC:**

→ **Dépistage** chez la femme enceinte

→ Programmes de **vaccinations** mondiaux

# Programmes de vaccinations différents → Prévalences de la rubéole différentes



Pays où Programmes nationaux de vaccination des nourrissons:  
↘↘ des cas de SRC

**Autres pays :**  
**épidémies: Printemps:**  
**/2-5ans**  
**Cas sporadiques au cours de l'année**

# En Tunisie

**Tunisie:**

**Programme de vaccination (2005):**

- Scolaire : Filles 6 ans – 12 ans
- Femmes séronégatives en post-partum

**→Élargissement du programme de  
vaccination en 2013**

**Tunisie : prévalence :  
autour de 80%**

**Population réceptive : environ 20%**  
**IgG négatif : susceptible à l'infection**

# En Tunisie

**Tableau 2**

Séroprévalence de la rubéole selon la tranche d'âge en 2000 et 2007-2008.

**Impact de la vaccination des adolescentes**

Tranches d'âge (années)	Séroprévalence de la rubéole en 2000			Séroprévalence de la rubéole en 2007-2008		
	Population 1 <sup>a</sup>	Population 2 <sup>b</sup>	Populations 1+2	Population 1	Population 2	Populations 1+2
< 20	80,9	65,7	78,2	92,4	89,2	92
20-25	88,1	72,7	84,1	81,7	71	80
25-30	90	83,3	87,6	80,9	74,1	79,3
30-35	90,1	84,8	87,1	88,5	80,5	85
35-40	91,6	89,2	90,4	88,4	88,2	88,3
> 40	89,9	86,5	88,9	80,9	83,8	81,7
Total	88,4	81,1	85,5	83	77	81,1

(p = 0,006)

<sup>a</sup> Femmes consultant en pré-nuptial.

<sup>b</sup> Femmes consultant pendant la grossesse.

**Tableau 3**

Séroprévalence de la rubéole selon la parité en 2000 et 2007-2008.

**Impact de la vaccination des séronégatives en postpartum**

	0 <sup>a</sup>		1 <sup>a</sup>		2 <sup>a</sup>		≥ 3 <sup>a</sup>	
	2000	2007-2008	2000	2007-2008	2000	2007-2008	2000	2007-2008
Femmes enceintes IgG+	143	182	150	89	92	76	79	62
Femmes enceintes	183	235	186	124	106	100	91	69
Séroprévalence de la rubéole	78,1	77,4	80,6	71,7	86,7	76	86,8	89,8

<sup>a</sup> Parité.

(p = 0,1) (p = 0,01)

# En Tunisie

Les programmes de vaccination ciblant les femmes en âge de procréation

→ Résultat à long terme

→ Pas d'élimination de la circulation du virus (enfants+++)

## Épidémie Printemps 2011

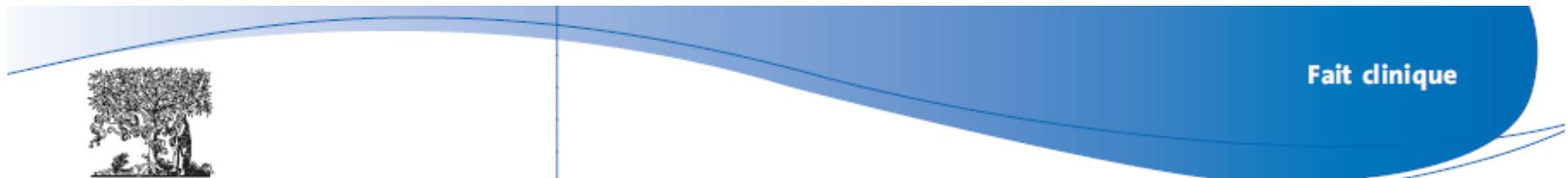
Exemple : Laboratoire de microbiologie CHU F.Hached Sousse: 49 cas de rubéole durant la grossesse (6139 femmes dépistées)

Données de la surveillance des fièvres éruptives par région durant le 1<sup>er</sup> semestre 2011

Gouvernorat	Nombre de cas suspects notifiés	TAUX de F. Eruptive / 100,000 habitants	Nombre de Prélèvements pour Dg sérologique	Cas Suspects avec ENQUETE adéquate	ROUGEOLE Confirmée	RUBEOLE Confirmée
ARIANA	63	13	63	52%	0	48
BEJA	25	6.5	22	67%	0	14
BEN-AROUS	95	6,1	80	61%	1	43
BIZERTE	35	6	34	63%	0	18
GABES	29	6,1	29	67%	0	22
GAFSA	19	5,7	19	89%	0	12
JENDOUBA	37	7,8	37	70%	0	17
KAIROUAN	2	0,4	2	100%	0	2
KASSERINE	24	5	23	96%	1	15
KEBILI	34	21	32	97%	0	26
KEF	7	2,3	7	86%	0	4
MAHDIA	26	6	24	79%	0	13
MANOUBA	6	1,3	6	33%	0	4
MEDENINE	31	5,9	30	77%	0	20
MONASTIR	25	5,0	24	96%	0	15
NABEUL	134	18	109	81%	0	63
SFAX	178	18	174	86%	0	127
SIDI-BOUZID	14	3	14	73%	0	9
SILIANA	5	1,6	4	80%	1	0
SOUSSE	178	28	175	84%	1	118
TATAOUINE	10	6	9	70%	0	6
TOZEUR	33	9.5	33	33%	0	21
TUNIS	159	15	153	48%	2	102
ZAGHOUAN	10	5.4	10	90%	0	7
Total	1173	11	1099	73%	6	726

# En Tunisie

- Avant l'épidémie de 2011 : Cas de SRC existent mais rares



ELSEVIER  
MASSON

Reçu le :  
5 mai 2010  
Accepté le :  
9 août 2011  
Disponible en ligne  
1 octobre 2011

Fait clinique

**La rubéole congénitale existe encore en Tunisie !**

Congenital rubella still exists in Tunisia!

I. Chabchoub<sup>a,\*</sup>, I. Mejdoub<sup>a</sup>, B. Maalej<sup>a</sup>, D. Abid<sup>b</sup>, H. Aloulou<sup>a</sup>, T. Kamoun<sup>a</sup>, S. Kamoun<sup>b</sup>, H. Karray<sup>c</sup>, M. Hachicha<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Service de pédiatrie, hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie  
<sup>b</sup>Service de cardiologie, hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie  
<sup>c</sup>Laboratoire de microbiologie, hôpital Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

# En Tunisie

- Après l'épidémie de 2011 : exemple de Sousse : 12 cas de rubéole congénitale

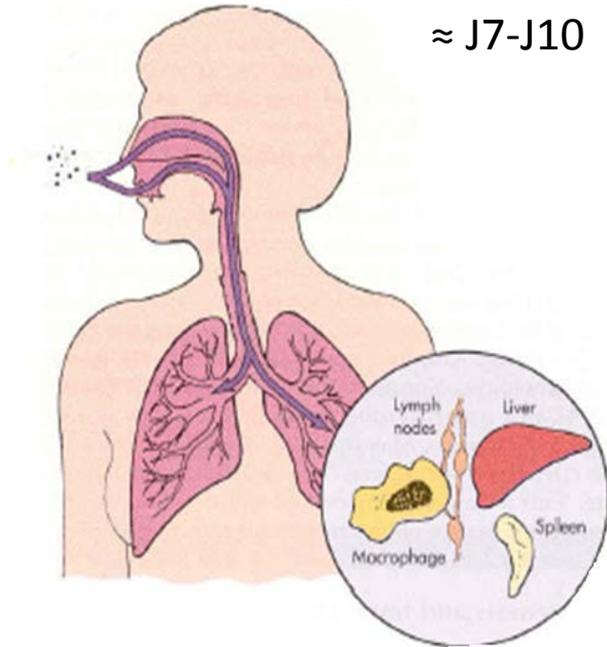
Date de la réception du prélèvement	Age	Signes cliniques	Titre des IgG UI/ml	IgM index
02/12/2011	Nouveau-né	Rubéole maternelle Enfant asymptomatique	229.0	9.871
26/12/2011	Nouveau-né	séroconversion chez la mère Détresse neurologique grade	243.7	9.391
04/01/2012	Nouveau-né	<b>Cataracte congénitale</b> <b>cardiopathie</b>	369	3.690 (dilué au 1/20)
22/01/2012	Nouveau-né	RCIU - Détresses respiratoire Ictère-Cytolyse-IHC	7,3UI/ml	3.227
06/02/2012 13/02/2012	Nouveau-né	DRNN CIV <b>RCIU dysharmonieux sévère</b> Thrombopénie sévère	101	0.785
17/03/2012	Nouveau-né	RCIU Thrombopénie <b>Cataracte bilatérale</b>	160	2.162 (dilué au 1/40)
30/03/2012	Nouveau-né	Rubéole maternelle Thrombopénie-leucopénie	104	1.374 (dilué au 1/40)
05/03/2012	Nouveau-né	RCIU	135	6.316
7/04/2012	Nouveau-né	RCIU	78	6.307
18/04/2012	Nouveau-né	RCIU	176	5.364
14/06/2012	Nouveau-né	Thrombopénie	64	2.182
28/05/2012	Nouveau-né	<b>Cataracte congénitale</b> RCIU	>500	4.674

**En Tunisie, La rubéole chez la femme enceinte  
demeure un risque réel**

# Rubéole acquise

**PRIMO INFECTION**  
voie respiratoire  
Multiplication (J7):

→ **Contagiosité :**  
**Voie aérienne**  
7 J avant éruption  
à 7 J après  
maximum 1 à 5  
jours  
après l'éruption



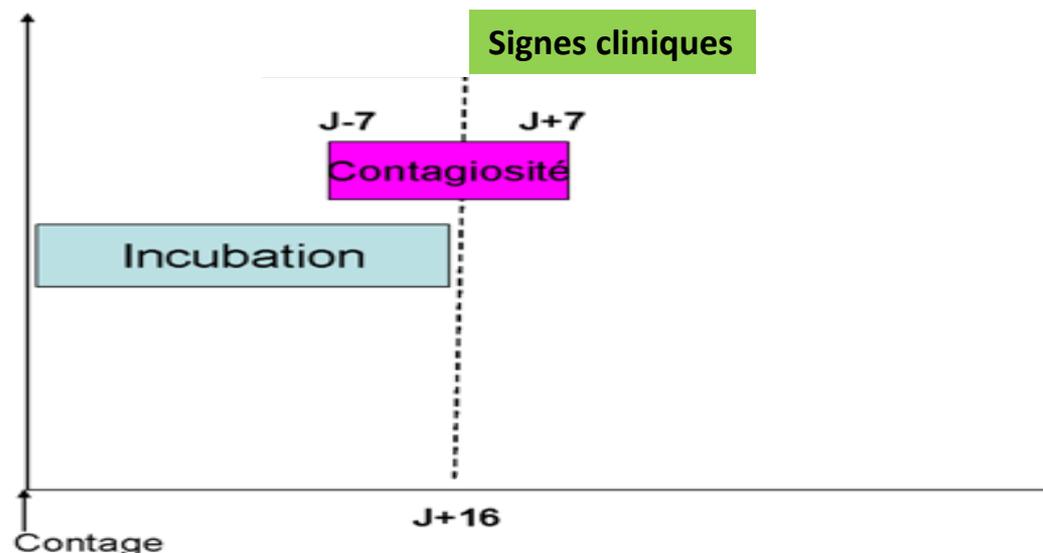
**Ganglions cervicaux**

→ **Virémie +++**

**organes cibles**  
**organes lymphoïdes**  
**Peau, Articulations, SNC...**

**Réponse immunitaire (J15)**

**Signes cliniques**  
**Complexes immuns circulants**

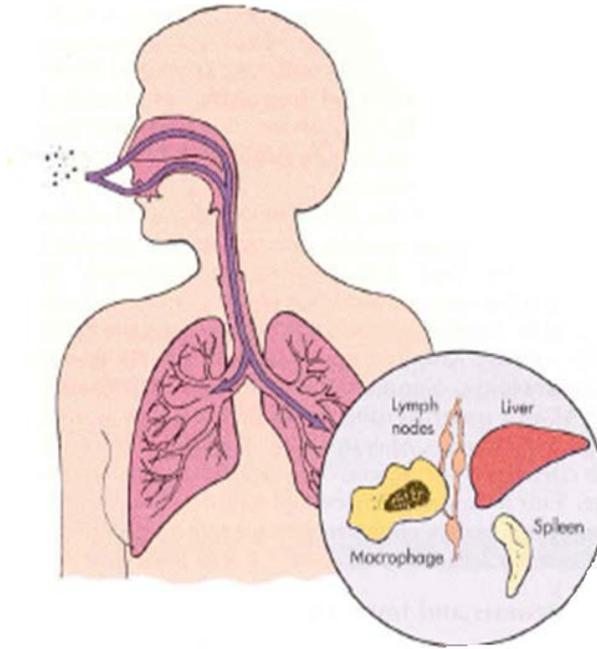


→ **IgG – IgM – IgA :**  
**Immunité durable**  
pas de réinfection  
(habituellement)

# Rubéole acquise

**Transmission**  
aérienne

**Incubation :**  
16 J  
(13-21 jours)



**Asymptomatique (50%)**

**Atypique +++**

**Trompeuse**

**Phase d'état :**

**Adénopathies** cervicales, occipitales

**Fièvre**

**Eruption maculaire généralisée** (souvent < 3 J)

**Arthralgies** : Adulte+++

Nausées - conjonctivite - purpura thrombopénique  
- encéphalite..



# Éruptions Maculaires

## VIRUS

- **Virus de la Rubéole**
- Parvovirus B19 (5<sup>ème</sup> maladie )
- HHV6 (Roséole: 6<sup>ème</sup> maladie)
- Virus de la Rougeole
- Entérovirus (coxsackie / écho)
- EBV
- CMV
- VIH
- Autre : ADV, HBV, Arbovirus.....

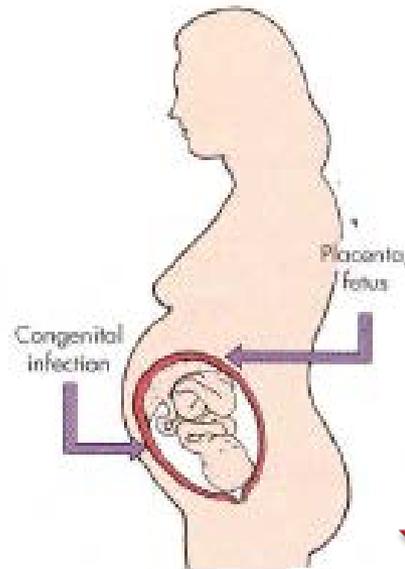
## BACTÉRIES

- Scarlatine
- Rickettsiose
- Syphilis
- Maladie de Lyme
- Bartonellose
- Typhoïde
- Leptospirose
- Brucellose
- Localisation bactérienne cutanée  
streptocoque, staphylocoque, BGN,  
gonocoque, méningocoque....

**Autres:** Toxoplasmose, maladies de systèmes, collagénoses, intolérances médicamenteuses, allergies..

# Rubéole congénitale

**PRIMO INFECTION**



→ **Virémie +++**

Signes cliniques

éruption

Virémie

J-7

J+7

Contagiosité

Incubation

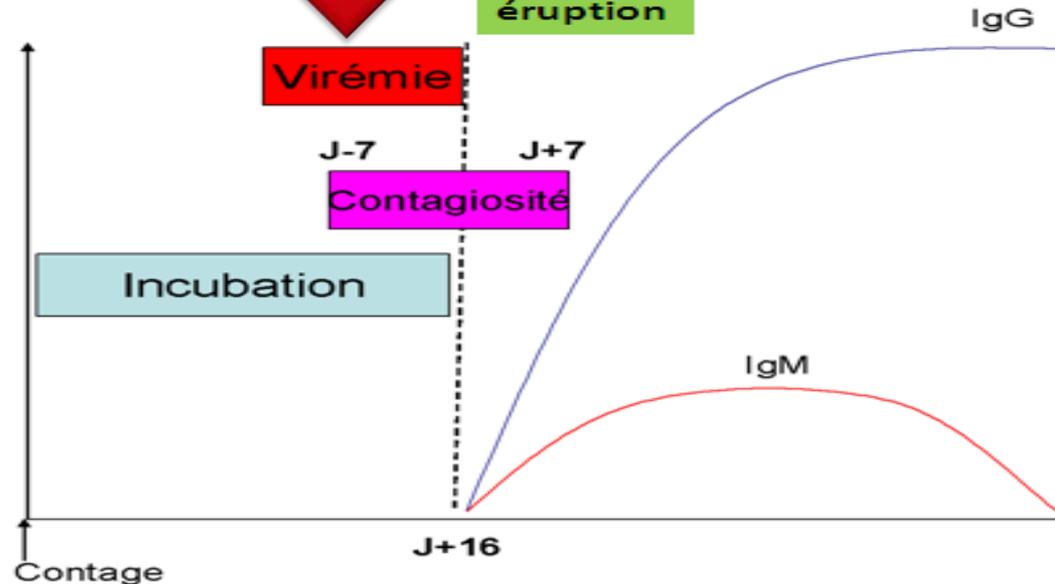
IgM

IgG

Contage

J+16

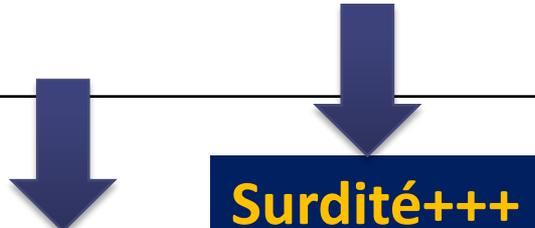
Nécrose  
Thromboses vasculaires  
Ralentissement / Arrêts de mitose  
Inhibition de l'assemblage de l'actine est inhibé .  
phénomènes auto-immuns tardifs



# Rubéole congénitale

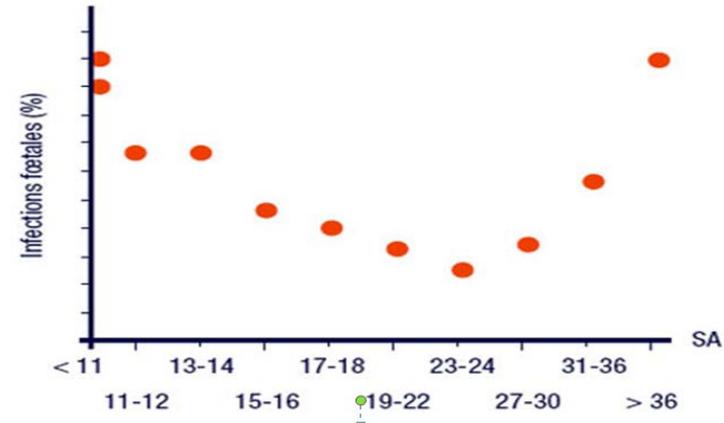
Si **PRIMO INFECTION** maternelle+++

	< 11SA	11SA-18SA	>18SA
Risque de transmission	90%	25%	100%
Fréquence des Anomalies congénitales	90-100%	15-80%	0%



→ Térogène :  
→ embryopathie  
→ Avortements

+ infection chronique  
du fœtus :  
Foetopathie



# Rubéole congénitale

Si **PRIMO INFECTION** maternelle+++

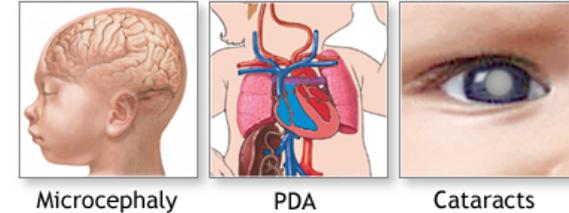
→ **SRC : Embryopathie : malformations +++++**

- cardiopathie
- atteintes neurologiques
- atteintes oculaires
- surdité

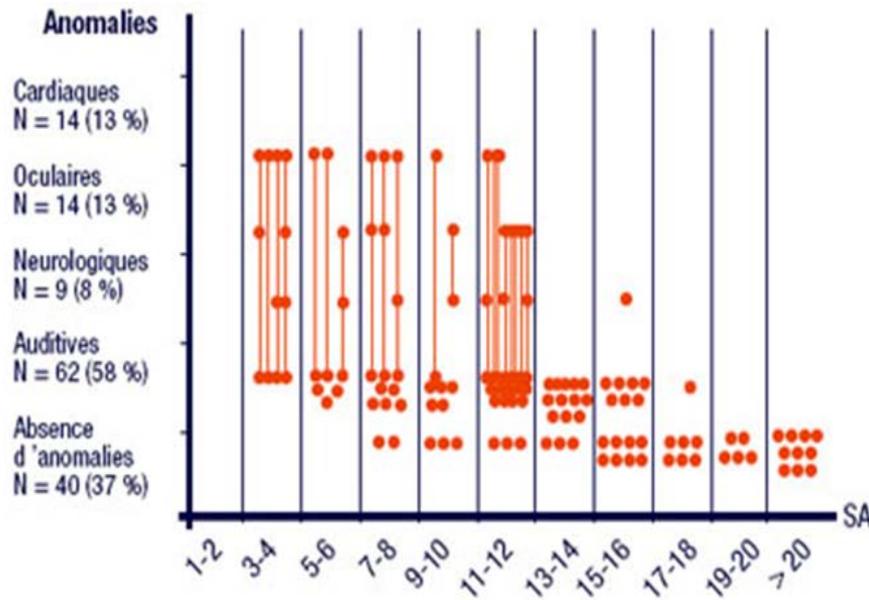
→ parfois Avortement

+ Foetopathie : RCIU, Ictère, thrombopénie...

Rubella syndrome



ADAM.



**Proposition d'ITG!!!**

# Rubéole congénitale

- **Risques si vaccination contre la rubéole au cours de la grossesse?**
  - **Risques lors de réinfection?**

# Risques si vaccination au cours de la grossesse



ELSEVIER

Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



Reproductive Toxicology 25 (2008) 120–123

Reproductive  
Toxicology

Developmental Basis of Health and Disease

[www.elsevier.com/locate/reprotox](http://www.elsevier.com/locate/reprotox)

## Prospective evaluation of pregnant women vaccinated against rubella in southern Brazil

Lenice Minussi<sup>a,b,c</sup>, Renate Mohrdieck<sup>d</sup>, Marilina Bercini<sup>d</sup>, Tani Ranieri<sup>d</sup>,  
Maria Teresa Vieira Sanseverino<sup>c</sup>, Wakana Momino<sup>a,b</sup>,  
Sidia Maria Callegari-Jacques<sup>b,e</sup>, Lavínia Schuler-Faccini<sup>a,b,c,\*</sup>

Table 3

Maximum theoretical risk of congenital rubella syndrome from the vaccine, considering the studies available in the literature

Studies	N	CRS	Wilson's score-test [16]	
			95% of confidence	99% of confidence
MMWR [13]	272	0	1.4	2.4
Bar-Oz et al. [17]	94	0	3.9	6.6
Hamkar et al. [18]	117	0	3.2	5.4
Present study	423	0	0.9	1.5
Sum total	906	0	0.4	0.7

a maximum theoretical risk of 0.4% (CI 95%)

# Risques si vaccination au cours de la grossesse

Rubella Vaccination in Pregnant Women • JID 2011:204 (Suppl 2) • S713

## Rubella Vaccination of Unknowingly Pregnant Women During Mass Campaigns for Rubella and Congenital Rubella Syndrome Elimination, The Americas 2001–2008

Carlos Castillo-Solórzano,<sup>1</sup> Susan E. Reef,<sup>2</sup> Ana Morice,<sup>3</sup> Nancy Vascones,<sup>4</sup> Ana Elena Chevez,<sup>5</sup> Rosa Castalia-Soares,<sup>6</sup> Carlos Torres,<sup>7</sup> Carla Vizzotti,<sup>8</sup> and Cuauhtémoc Ruiz Matus<sup>1</sup>

**Table 1. Summary of the Data on the Vaccination of Unknowingly Pregnant Women<sup>a</sup> Before Pregnancy or During Early Pregnancy in the 6 Selected Countries, 2001–2008**

Country	Number of vaccinated women	Reported pregnant women who were vaccinated	Susceptible pregnant women	Births with follow-up	Infants with congenital infection <sup>b</sup>	Infants with CRS <sup>c</sup>
Costa Rica	800 000	3810	163	93	0	0
Brazil	26 361 761	22 708	2332	1647	66 (4.0)	0
El Salvador	1 400 000	909	59	59	1 (1.7)	0
Ecuador	2 400 000	1291	172	43	2 (0.9)	0
Paraguay	1 862 178	945	148	119	0	0
Argentina	6 718 314	476	20	19	2 (11.7)	0
Total	39 542 253	30 139	2894	1980	70 (3.5)	0

**NOTE.** Data are number (%) of women. CRS, congenital rubella syndrome.

<sup>a</sup> Within 4 weeks prior to pregnancy or up to 12 weeks of gestation.

<sup>b</sup> Congenital infection confirmed by rubella IgM+.

<sup>c</sup> Vaccine associated CRS.

The maximum theoretical risk for CRS following rubella vaccination of susceptible pregnant women was 0.2%.

# Risques si vaccination au cours de la grossesse



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



Vaccine 24 (2006) 3558–3563



[www.elsevier.com/locate/vaccine](http://www.elsevier.com/locate/vaccine)

## Inadvertent rubella vaccination of pregnant women: Evaluation of possible transplacental infection with rubella vaccine

Rasool Hamkar<sup>a,\*</sup>, Somayeh Jalilvand<sup>a,1</sup>, Mahboobeh Haji Abdolbaghi<sup>b,2</sup>,  
Abdol-Reza Esteghamati<sup>c,3</sup>, Ameneh Hagh-goo<sup>d,4</sup>, Keramat Nouri Jelyani<sup>a,5</sup>,  
Talat Mohktari-Azad<sup>a,1</sup>, Mohsen Zahraei<sup>c</sup>, Rakhshandeh Nategh<sup>a,1</sup>

Distribution of rubella-specific IgM EIA results found to be positive or negative in cord blood serum samples by the pre-vaccination immunity status of their mothers

Study groups	Cord blood serum samples				Total
	IgM positive		IgM negative		
	#	%	#	%	
Group A <sup>a</sup>	2	5.7	33	94.3	35
Group B <sup>b</sup>	0	0	16	100	16
Group C <sup>c</sup>	3	0.6	497	99.4	500
Total	5	0.9	546	99.1	551

<sup>a</sup> Neonates of susceptible mothers against rubella when they received rubella vaccine.

<sup>b</sup> Neonates of immune mothers against rubella when they received rubella vaccine.

<sup>c</sup> Neonates of mothers that their pre-vaccine immunity against rubella have been unknown.

**100% Grossesses Normales**  
**Nouveau-nés : 0 SRC**  
**(suivi : 1 an)**

**rubella vaccine can cross placenta**

# Risques si réinfection

Les critères définissant la réinfection :

- **Augmentation du titre d'Anticorps**  
+/- réponse de l'immunoglobuline (Ig) M spécifique
- Contexte de **contage rubéolique**
- Chez un **sujet antérieurement immunisé** :
  - échantillons sériques prélevés avant la réinfection disponibles pour être testés
  - si des résultats positifs préalablement à la réinfection ont été observés sur deux échantillons sériques différents
  - ou s'il y a eu un contrôle sérologique positif suite à une vaccination.

**Une augmentation du titre des Anticorps :**

**→ n'est pas obligatoirement liée à une réinfection.**

**Le plus souvent : une stimulation polyclonale non spécifique du système immunitaire**

# Risques si réinfection

- Difficiles à estimer

Réinfection : **asymptomatiques**

→ le plus souvent **pas de virémie**

→ **pays où le virus continue à circuler**

→ Serait plus fréquente **après vaccination** qu'après  
immunité naturelle

Risque d'**infection congénitale** estimé à **8 %**

Risque d'**anomalies congénitales** <5%

→ **Virémie suffisante pour infection embryonnaire ??**

→ **+/- une anomalie quantitative et/ou qualitative de la  
réponse immunitaire humorale et/ou cellulaire ??**

# Risques si réinfection

## PRACTICE

### Congenital rubella syndrome despite maternal antibodies

JAMC • 21 JUIN 2005; 172 (13)

© 2005 CMA Média Inc. or its licensors

The mother : G4P2 .

1993 : rubella titre had been 17 IU/mL

2003 : travelling in Sri Lanka from before conception until 6 weeks' gestation.

Blood drawn for antenatal tests at 6 weeks' gestation upon was not initially tested for rubella titre at 12 weeks' gestation (425 IU/mL) was interpreted as indicating immunity.

The pregnancy was uncomplicated, without a history of fever or rash.

January 2004 a female infant : cesarean at 36 weeks severe intrauterine growth restriction.

low platelet count ( $49 \times 10^9/L$ ).

hypoglycemia, hypocalcemia and hyponatremia, seizure

large patent ductus arteriosus, a patent foramen ovale and severe pulmonary valvular stenosis.

bilateral congenital cataracts.

Neonate : J1 : Rubella IgG 243 IU/mL

IgM : positive : 1.123 index units

Rubella virus was cultured from the urine and from both extracted cataracts.

After delivery, the stored antenatal serum (6 weeks' gestation) : rubella IgG 281 IU/mL

IgM : positive 0.619 index units

→ Women with a low positive IgG titre (e.g., 10– 15 IU/mL) before pregnancy may benefit from repeat rubella vaccination.

# Diagnostic Virologique

**Diagnostic au laboratoire ++++**  
**caractère trompeur de la clinique.**

## Prélèvements:

- **Sérologie** : Tube sec → ELISA +++, IHA

- **PCR** : Liquide amniotique, urine, salive

Transport pour la biologie moléculaire

→ rapide, immédiat au laboratoire

Transport dans de la carboglace

→ conservation -80°C

# Diagnostic Virologique

## Indications :

- **Femme enceinte:**

- **Contexte évocateur :**

- Éruption –syndrome grippal

- Contact avec une personne ayant une éruption

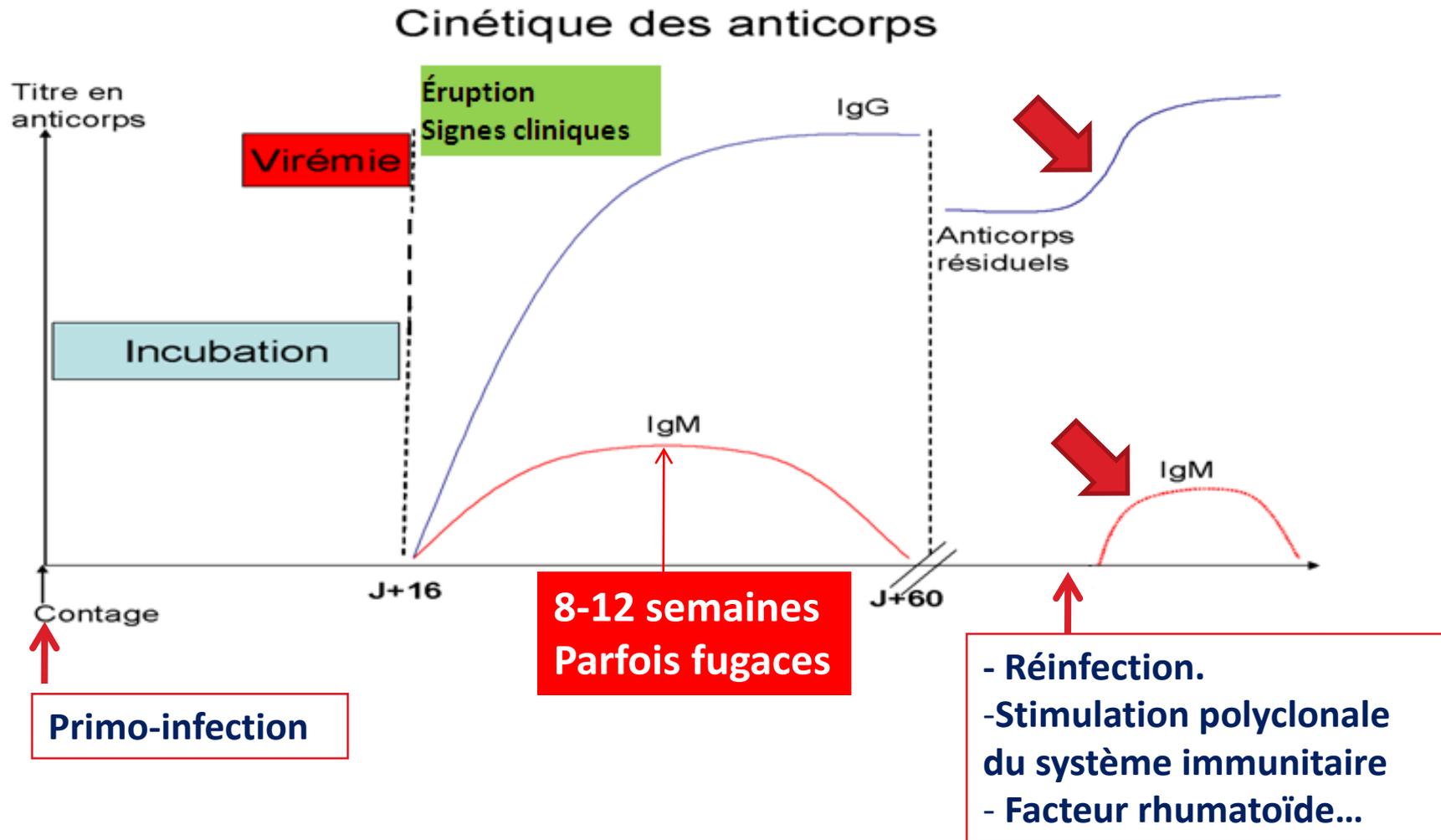
- Épidémie de rubéole

- Avortement...

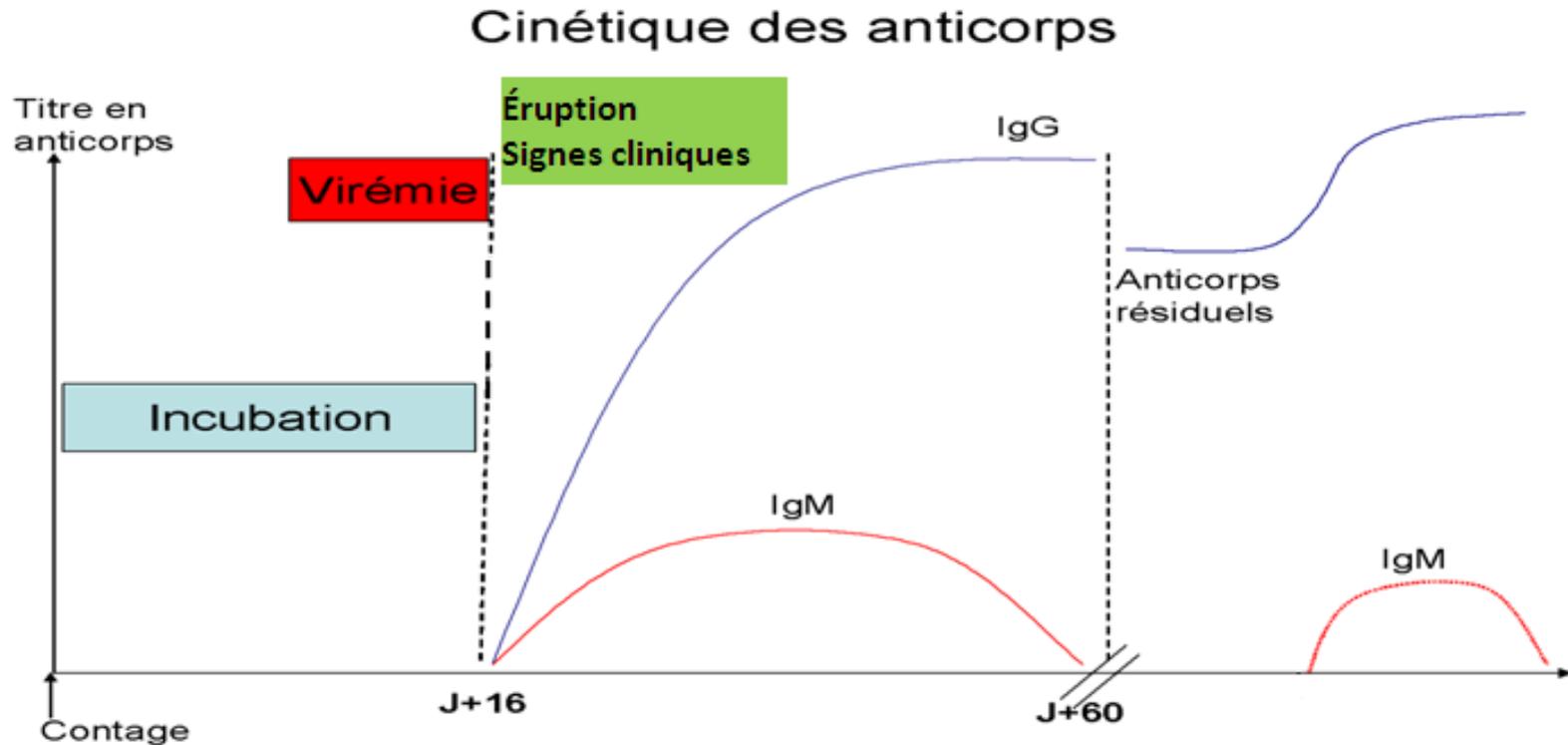
- **Dépistage**

- **Rubéole congénitale**

# Diagnostic Virologique



# Diagnostic Virologique



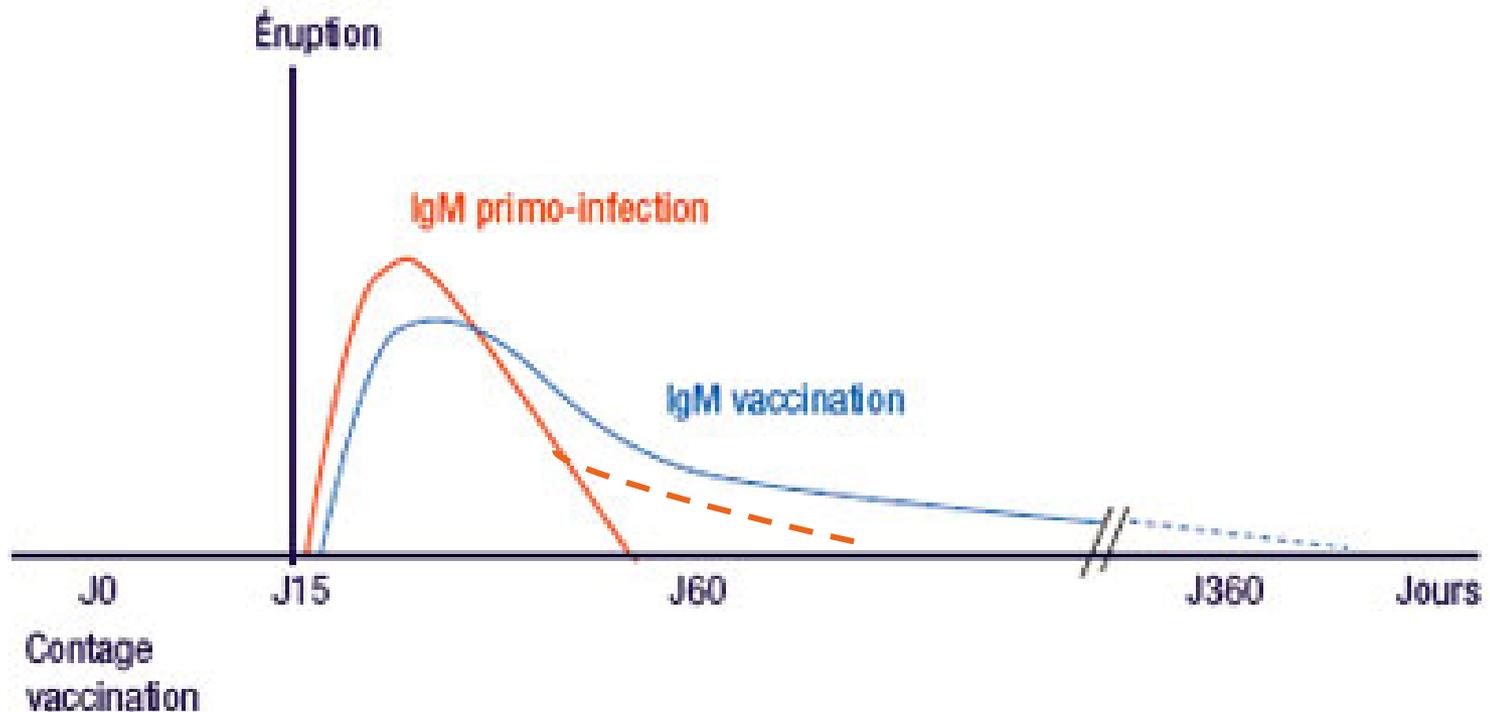
On peut avoir des IgM positif  
contre d'autres virus  
(CMV, EBV...)



Stimulation polyclonale  
du système immunitaire

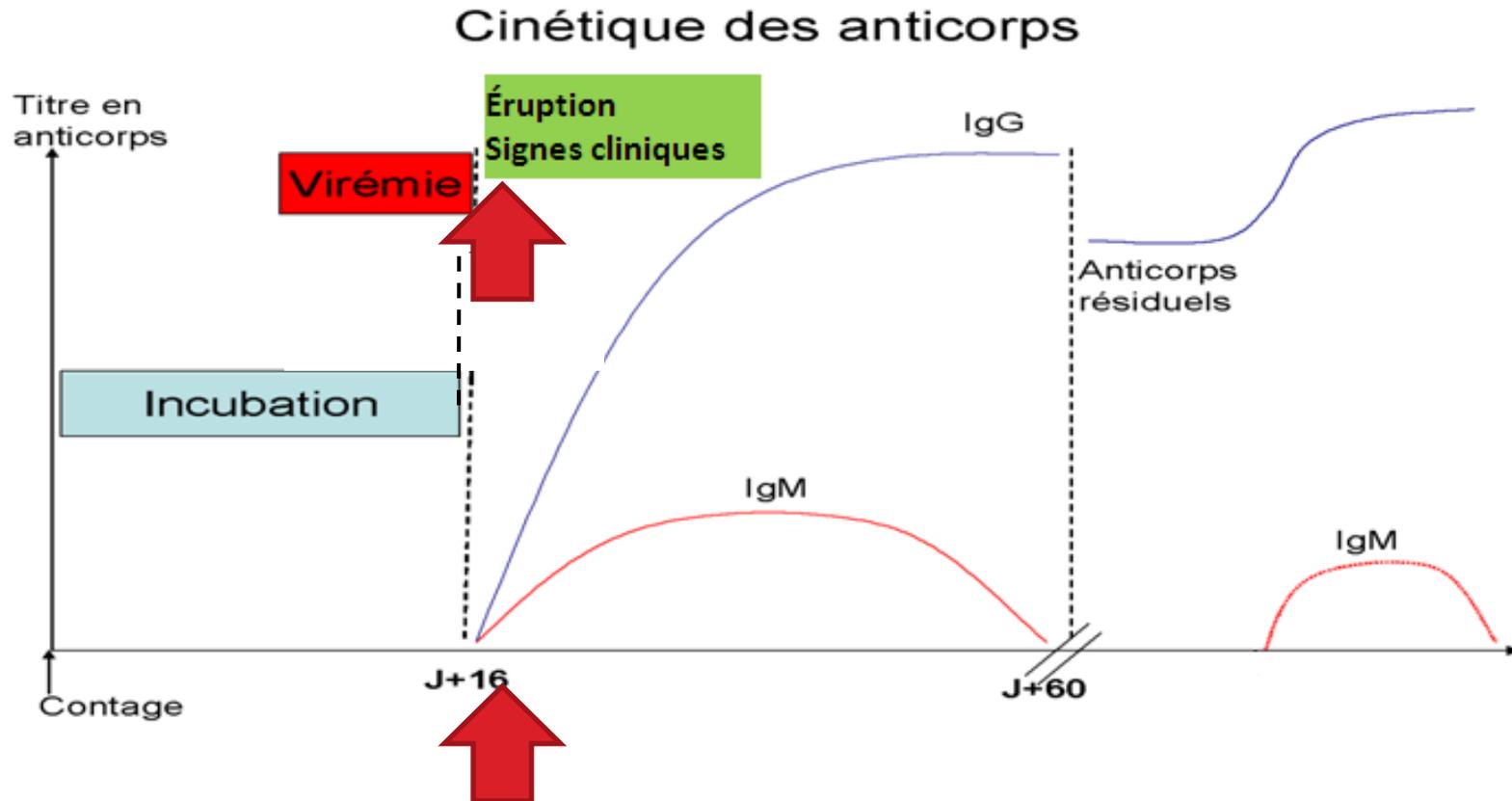
# Diagnostic Virologique

- **IgM + : parfois : persistance prolongée des IgM après primo-infection (plusieurs mois ) ou après vaccination (+++)**



# Diagnostic Virologique

Si Signes cliniques évocateurs

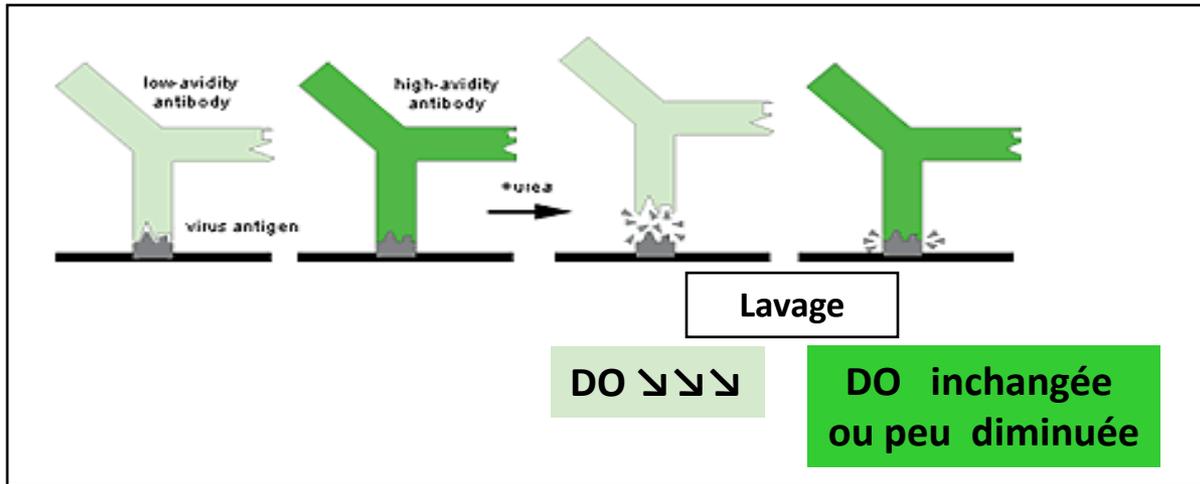


**Primo-infection : Séroconversion IgG  
IgM+**

# Diagnostic Virologique

## L'avidité des IgG :

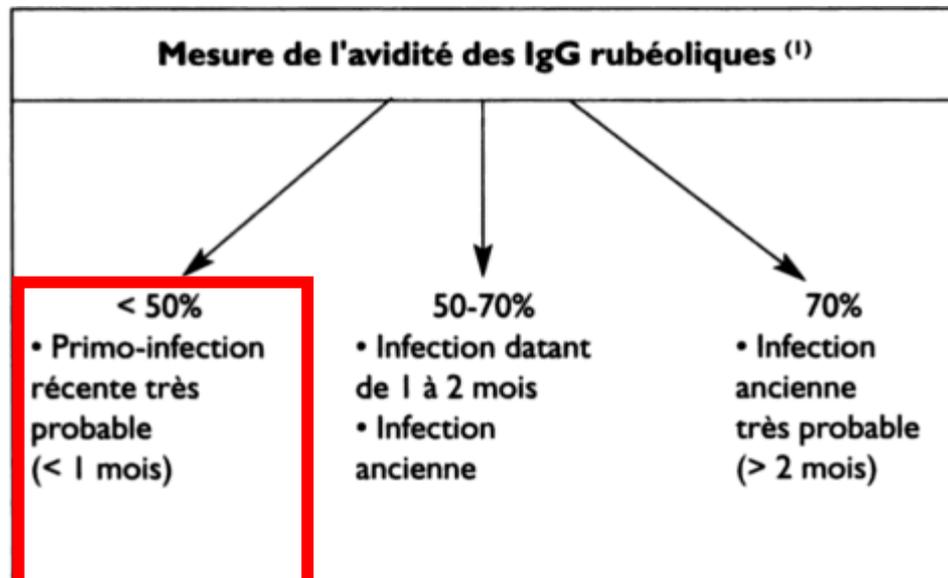
la force de liaison entre un antigène et les IgG spécifiques correspondantes.



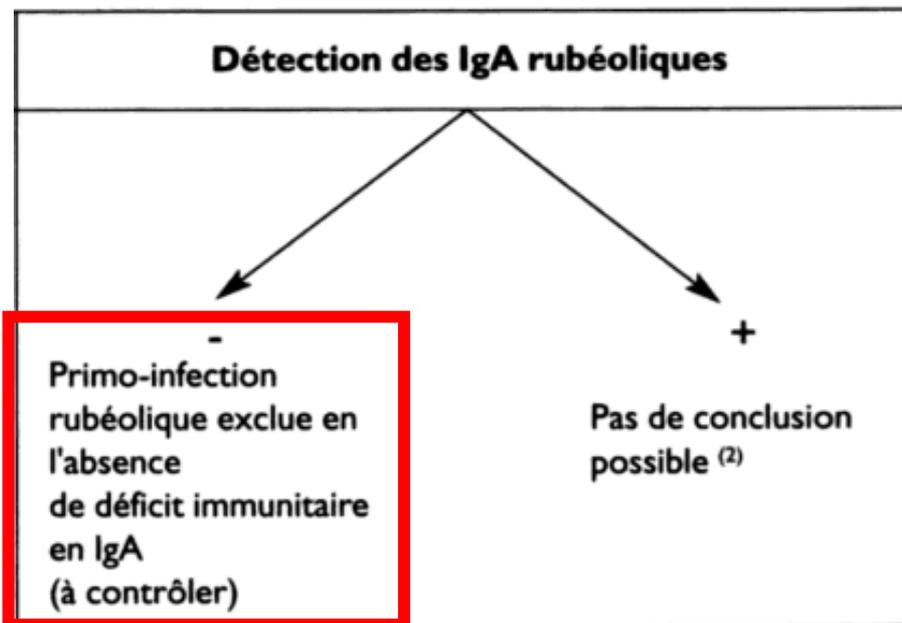
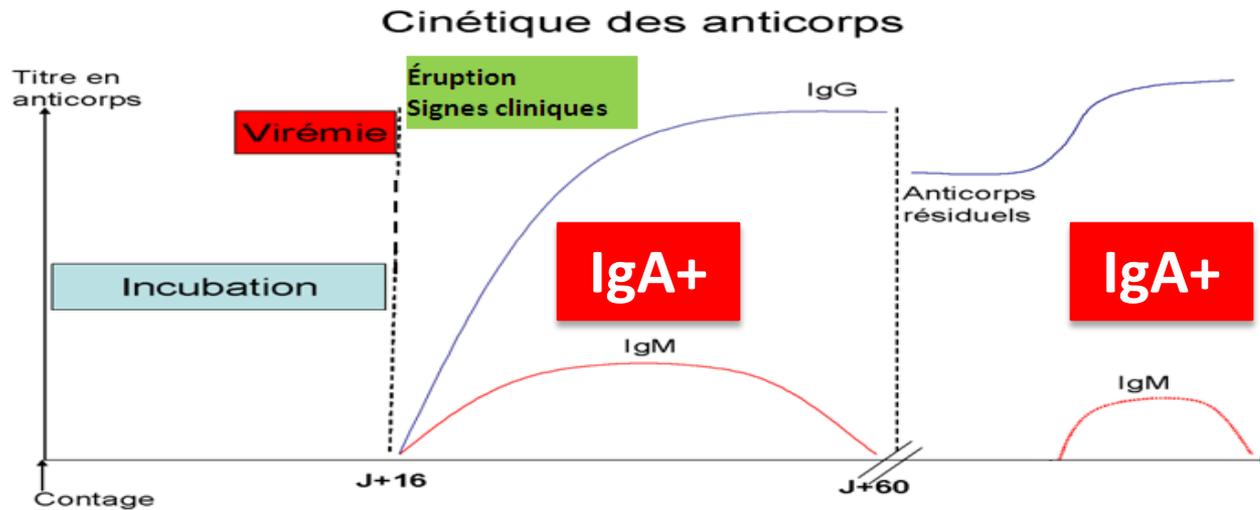
indice d'avidité (%) =

$\frac{\text{DO avec agent dissociant}}{\text{DO sans agent dissociant}} \times 100$

DO sans agent dissociant



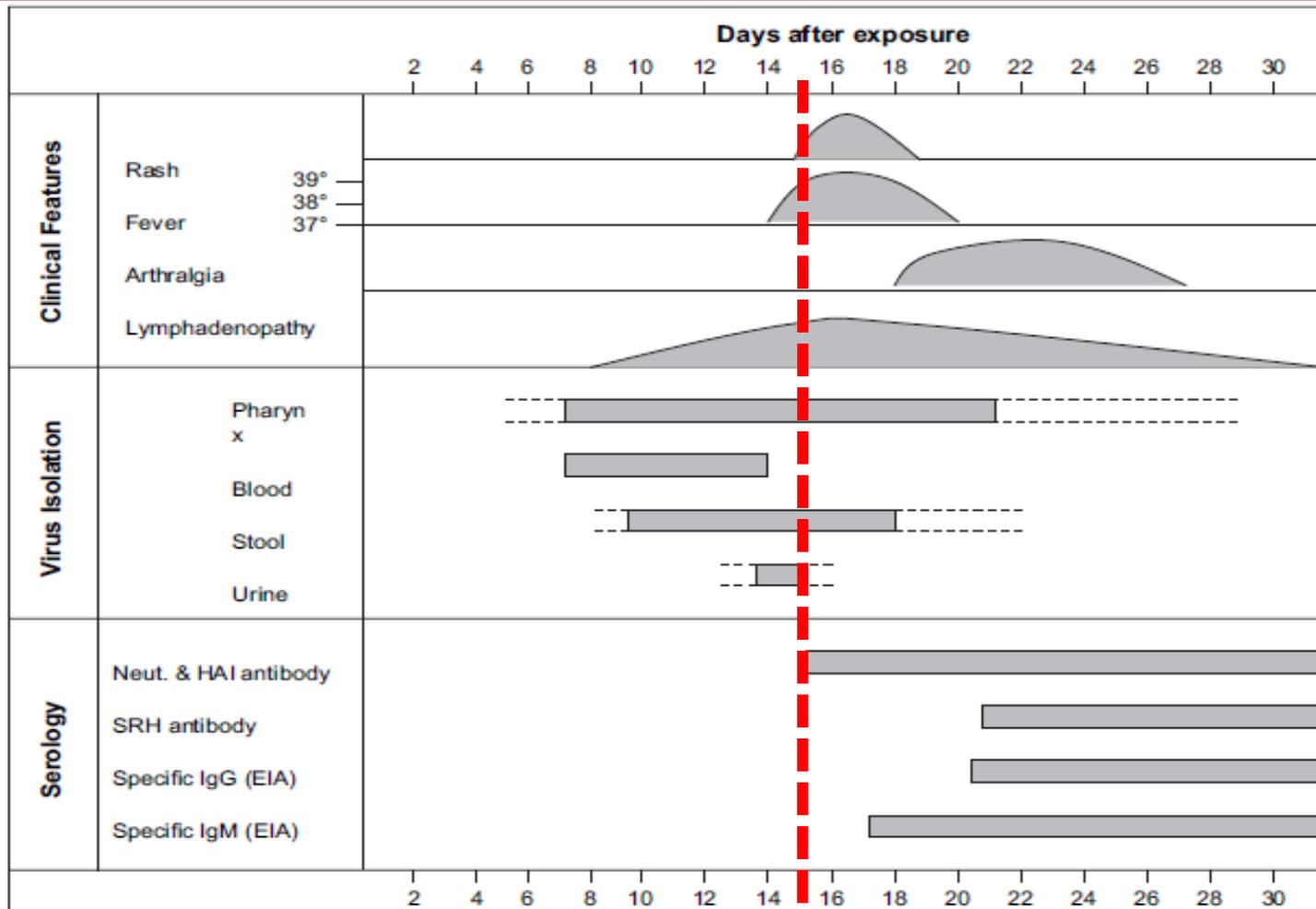
# Diagnostic Virologique



# Diagnostic Virologique

Si Signes cliniques évocateurs

Si sérologie IgG / IgM négative → Re-contrôler la sérologie!!!!



# Diagnostic Virologique

## Indications :

- **Femme enceinte:**

- **Contexte évocateur :**

- Éruption –syndrome grippal

- Contact avec une personne ayant une éruption**

- Épidémie de rubéole

- Avortement

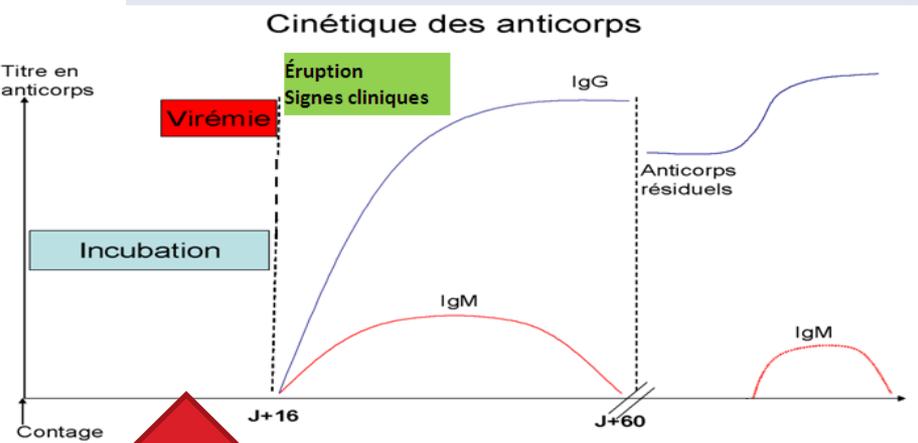
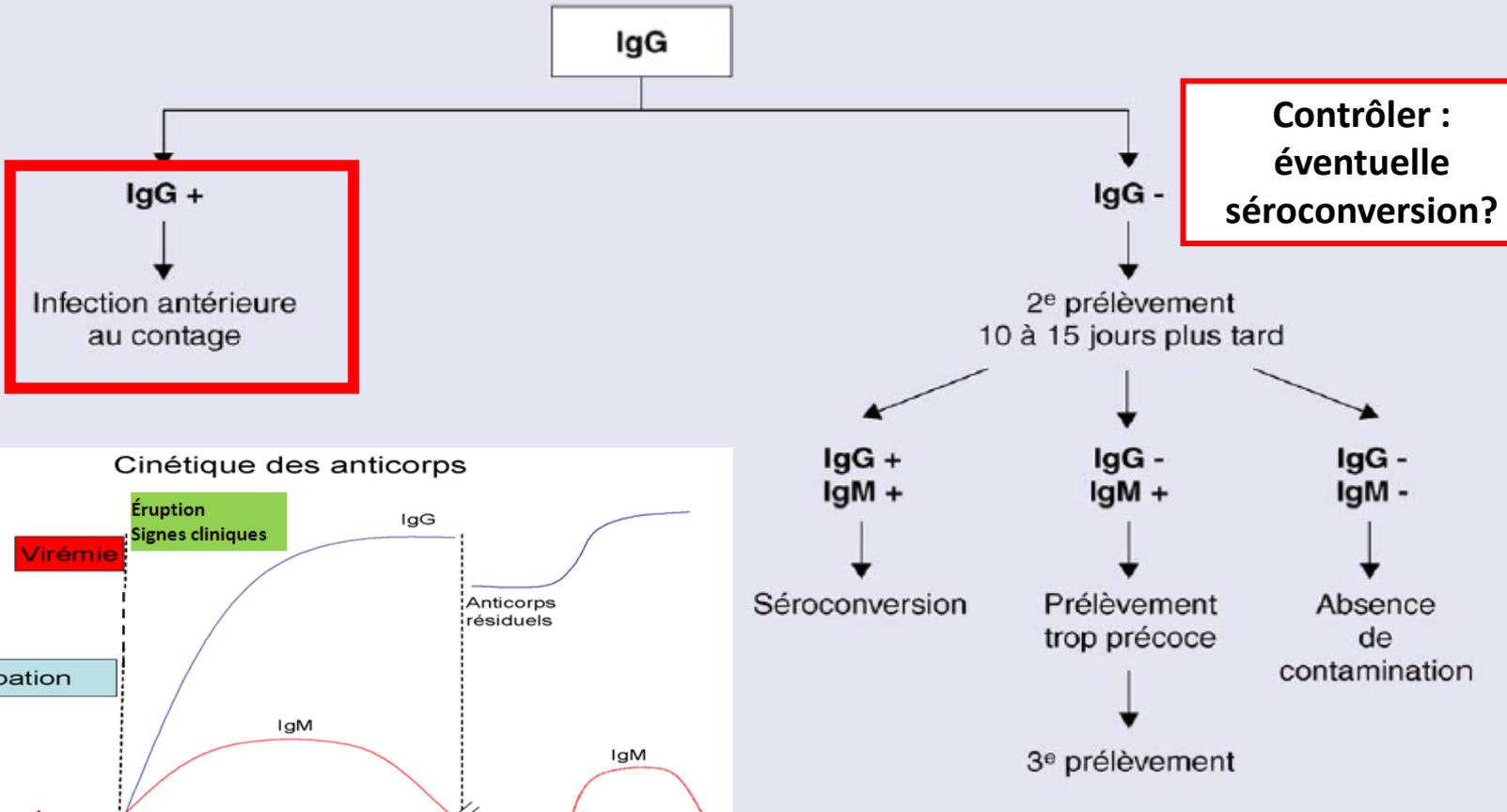
- **Dépistage**

- Rubéole congénitale**

# Diagnostic Virologique

**Contage < 15 jours**

**Contrôler :  
éventuelle  
séroconversion?**



effectuée dans le cadre d'un contage récent (< 15 j).

# Diagnostic Virologique

Contage > 15 jours

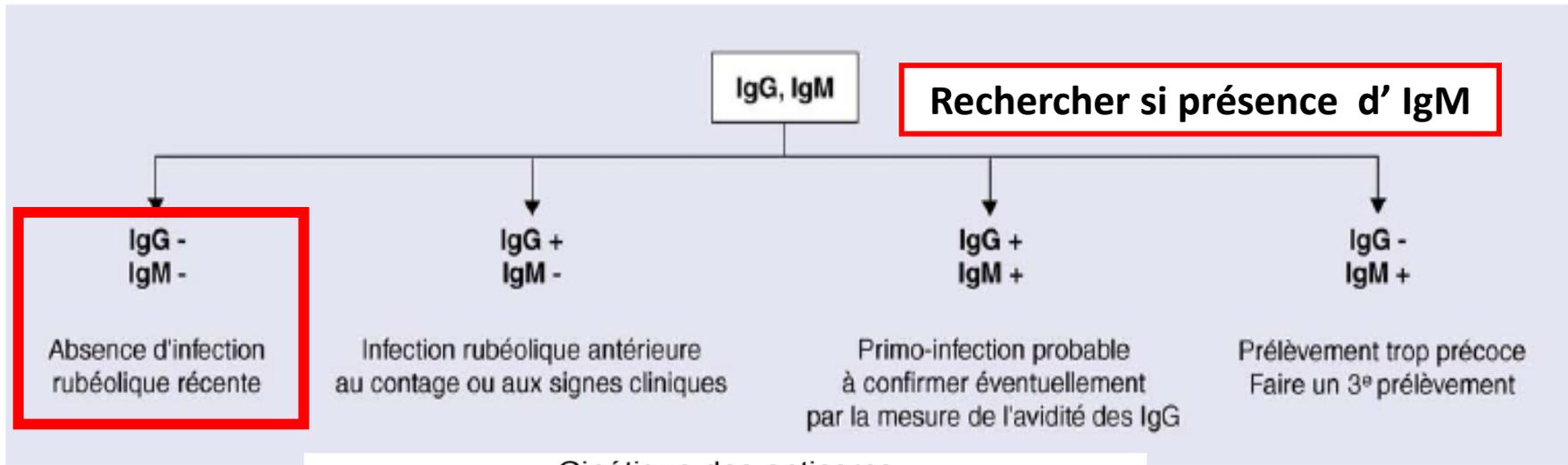
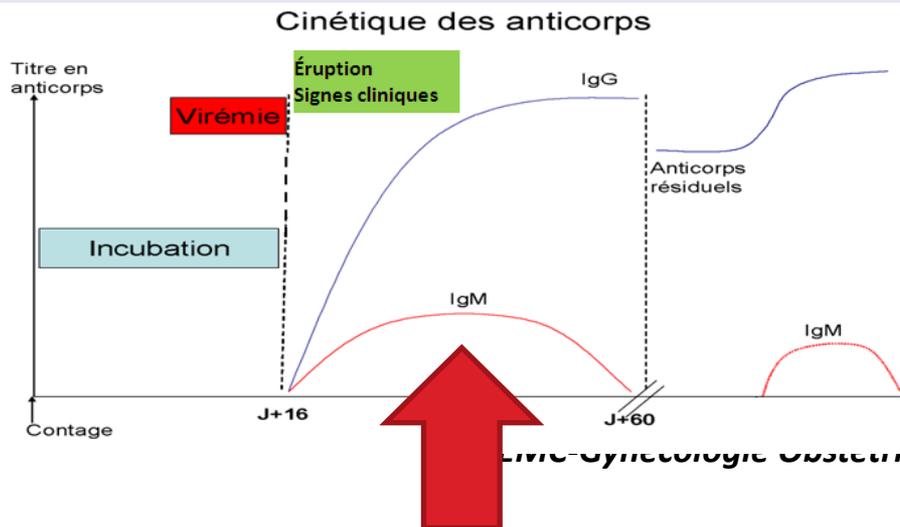


Figure 5 Arbre décisionnel clinique.



> 15 j) et/ou en présence de signes

# Diagnostic Virologique

## Indications :

- **Femme enceinte:**

- **Contexte évocateur :**

- Éruption –syndrome grippal

- Contact avec une personne ayant une éruption

- Épidémie de rubéole

- Avortement

- **Dépistage**

- **Rubéole congénitale**

# Diagnostic Virologique

## Dépistage : IgG

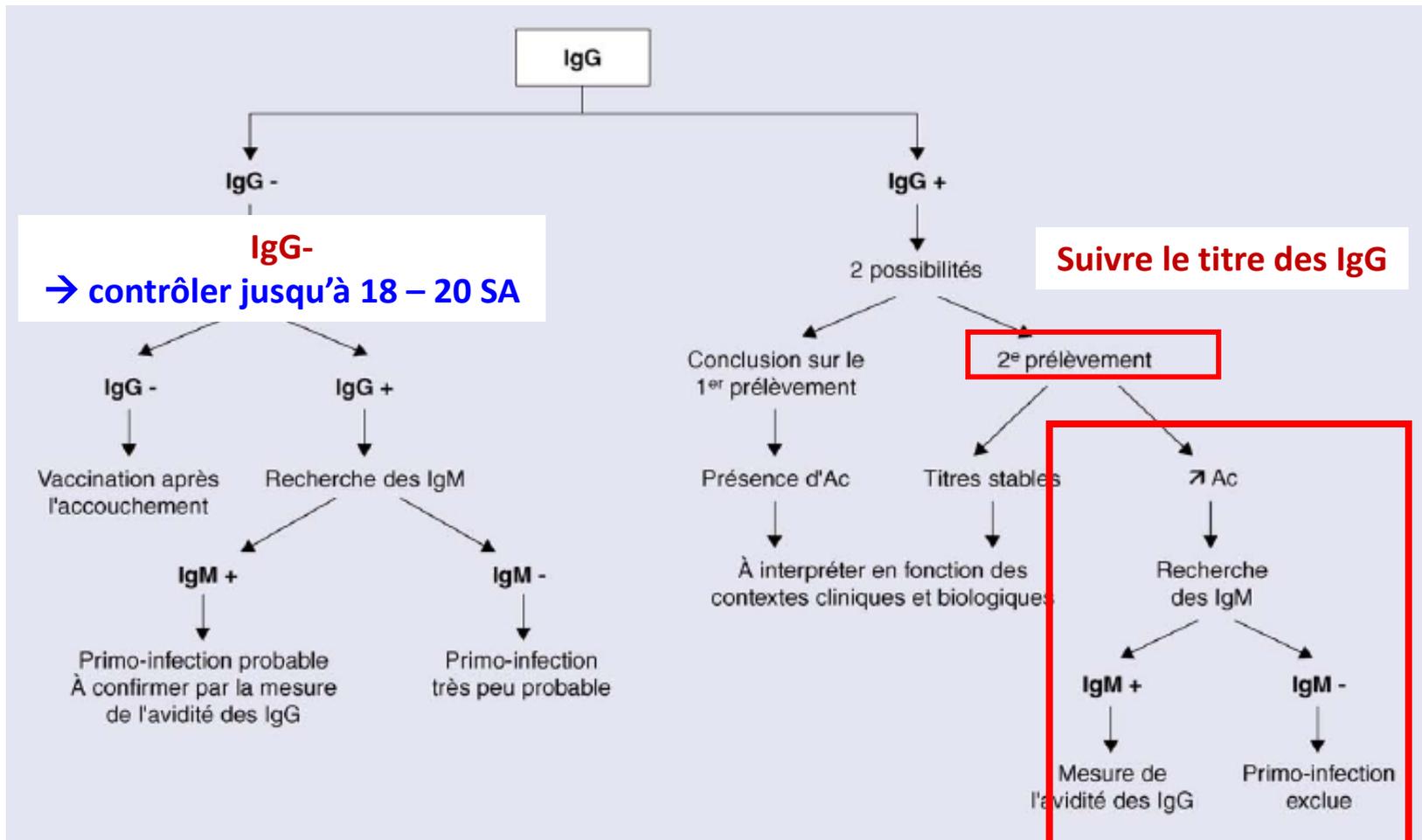


Figure 2 Arbre décisionnel. Dépistage systématique des immunoglobulines (Ig) G rubéoliques. Ac : anticorps.

# Diagnostic Virologique

## Dépistage : IgG et IgM

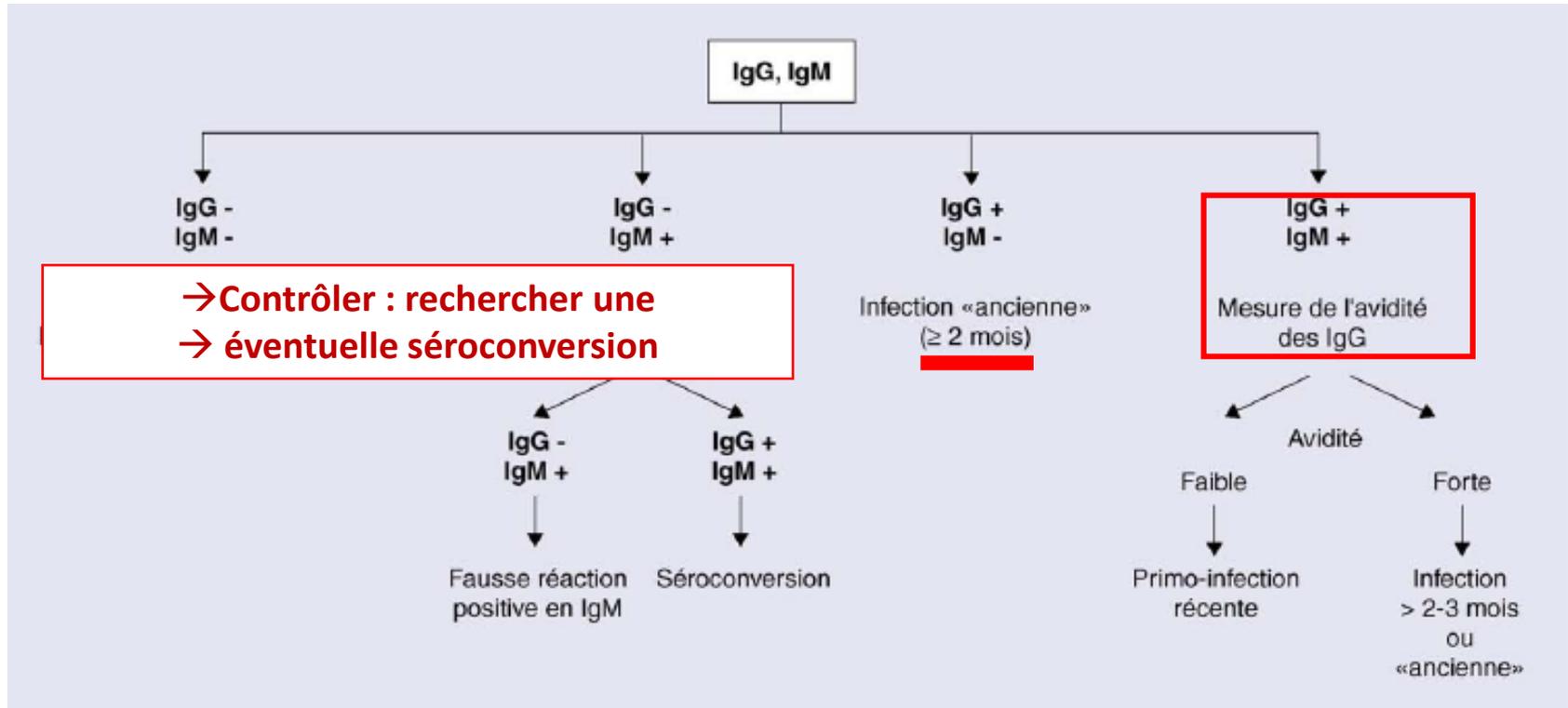
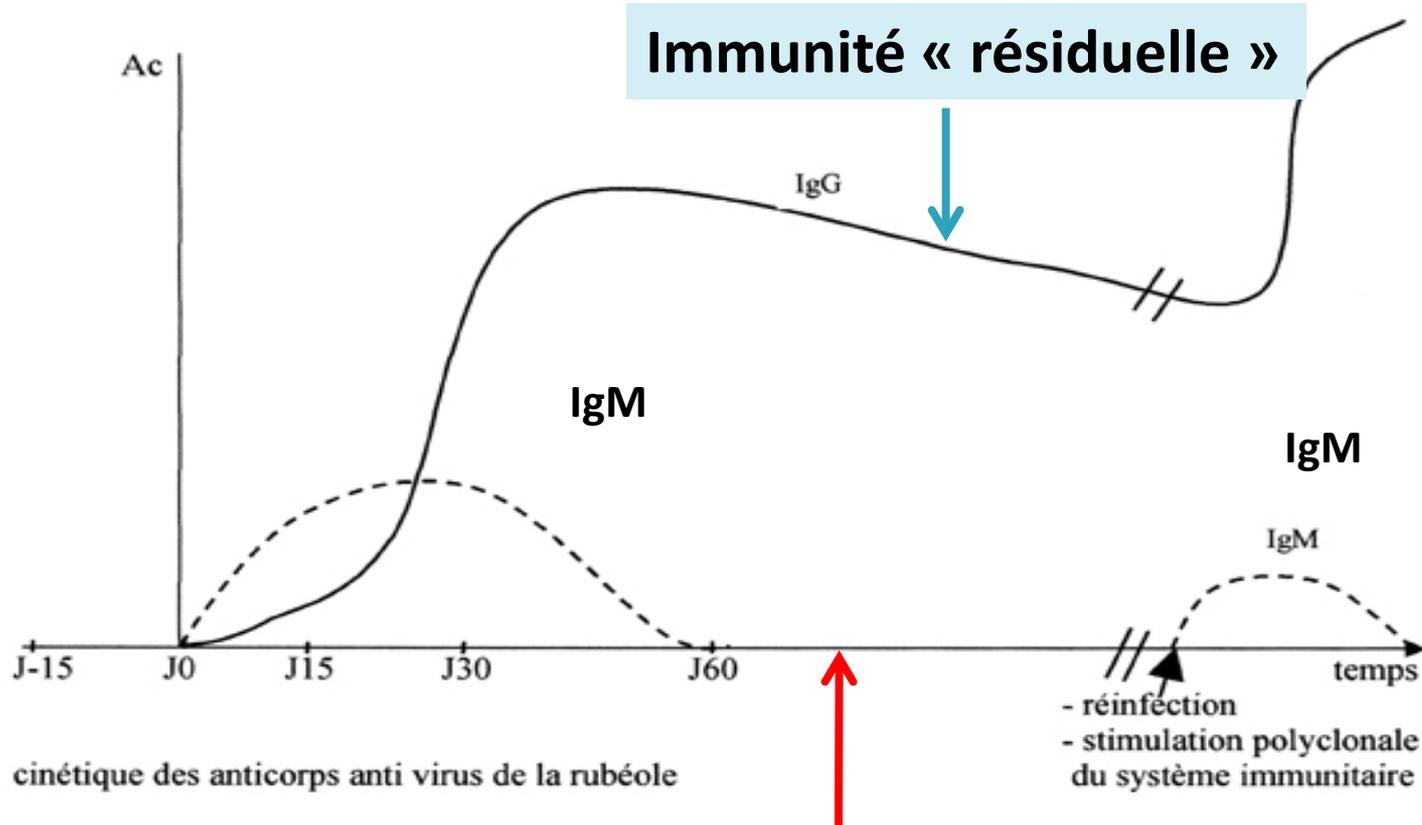


Figure 3 Arbre décisionnel. Dépistage systématique des immunoglobulines (Ig) G et des IgM.

# Diagnostic Virologique



**Tests sérologiques tardifs : interprétation difficile**

**Disparition possible des IgM**

**Faire le test sérologique en début de grossesse (T1) ++++**

# Diagnostic Virologique

## Diagnostic de l'infection congénitale

### Indications :

- Infection rubéolique confirmée / douteuse chez la femme enceinte
- Anomalies échographiques
- Anomalies chez le nouveau-né

# Diagnostic Virologique

## Diagnostic de l'infection congénitale

### Diagnostic prénatal :

- Sérologie : IgM dans le sang fœtal
- PCR : ARN viral dans le liquide amniotique

### Diagnostic post-natal :

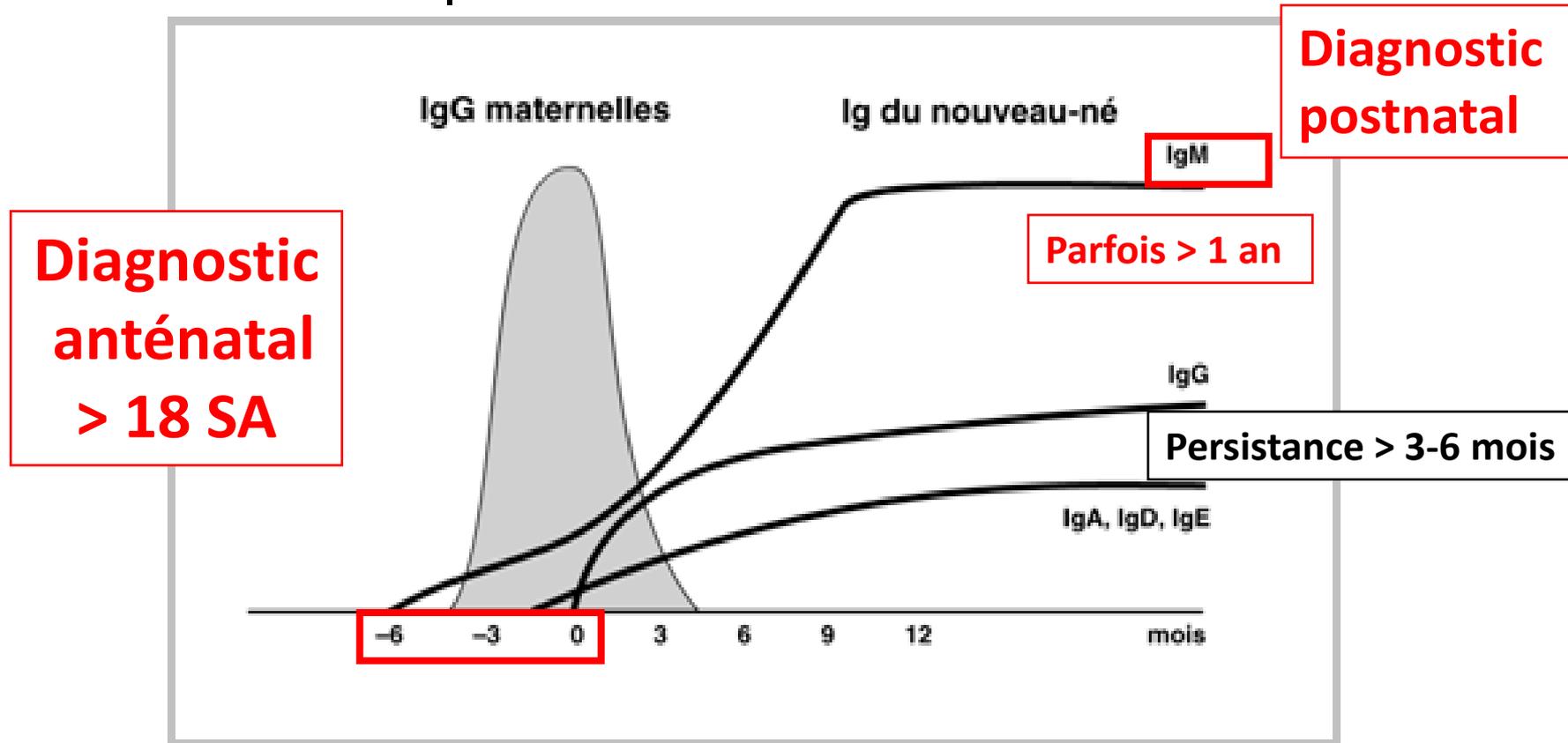
- Sérologie IgM
- PCR sur urine / Salive (ou culture)

certain auteurs: Faible avidité prolongée des IgG

# Diagnostic Virologique

## Sérologie foetale / néonatale

Réponse humorale chez le nourrisson



Source : Jean-Pierre REGNAULT, *Immunologie générale*.

# Diagnostic Virologique

## Sérologie chez la mère

### Anomalies à l'échographie anténatale

Anomalies à l'échographie

IgG- IgM-

Anomalies non  
rubéoliques

IgG+ IgM+

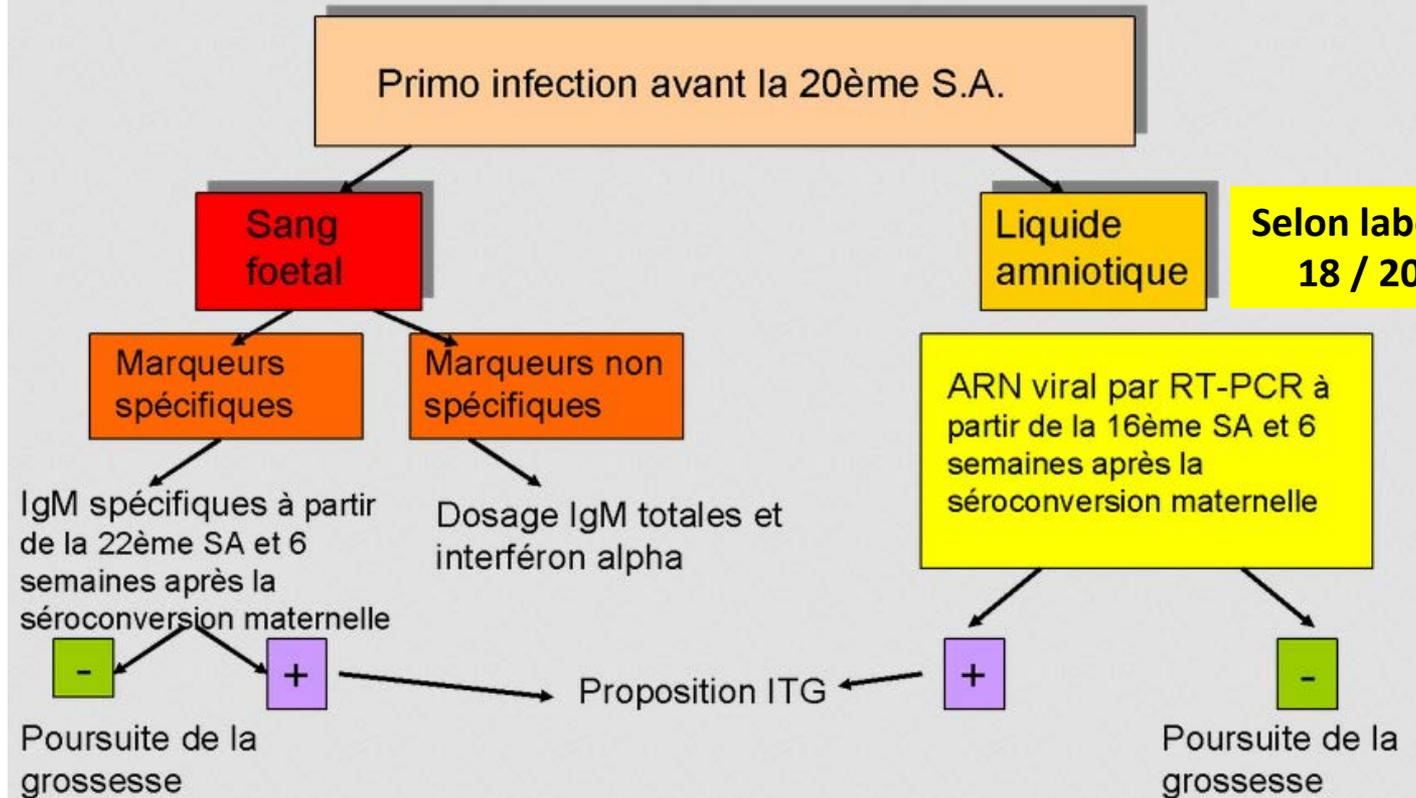
- Anomalies rubéoliques
- Ou non rubéoliques:  
stimulation non spécifique  
des IgM

IgG+ IgM-

- Anomalies non rubéoliques
- Ou rubéoliques avec  
disparition des IgM

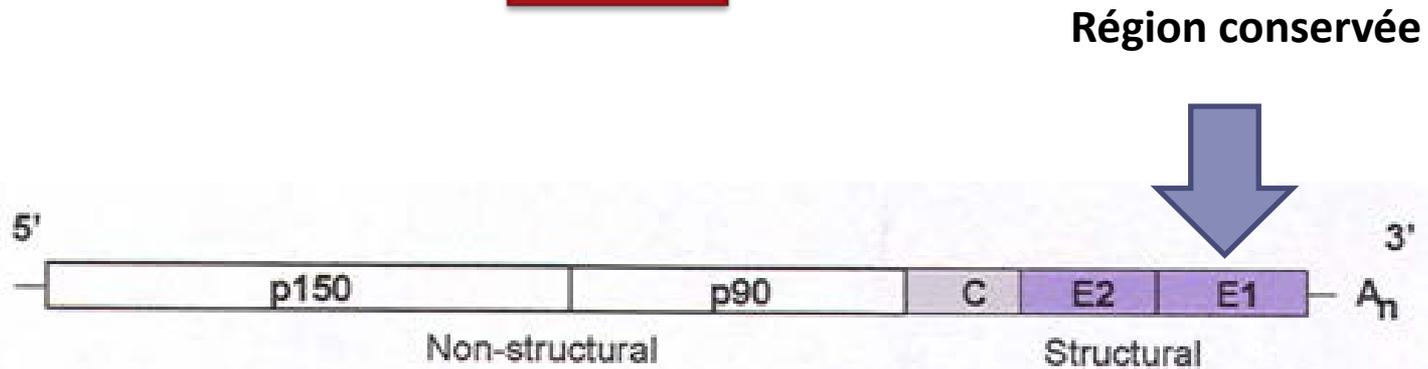
# Diagnostic Virologique

## Diagnostic prénatal



# Diagnostic Virologique

PCR :



## Problèmes PCR :

- Technique **non standardisée**
- **Sensibilité** : améliorée par la PCR en temps réel  
**variable** selon la technique (80 → 100%)
- **Faux négatifs** :
  - Si problème de **transport** (prélèvement non congelé)
  - Si date du **prélèvement de LA trop précoce**

# Prise en charge

## Diagnostic virologique

- Contexte évocateur
- Dépistage
- Rubéole congénitale

Rechercher et Confirmer une **primoinfection maternelle**

Avidité des IgG +++

→ **Tests précoces ++++**

Rechercher et Confirmer une **infection foetale**

PCR+++ / sérologie sur SF

→ **Tests tardifs**

## **TOUJOURS TENIR COMPTE de:**

- Contexte clinique et épidémiologique
- Antécédents sérologiques de la femme
- Notion de vaccination

# Prise en charge

- **Infection confirmée avant 12 SA**
  - Conseiller l'interruption de la grossesse
- **Infection entre 12 et 18 SA**
  - interruption de grossesse peut être discutée
  - Risque : surdité
- **Infection Au-delà de 18 SA**
  - Surveillance postnatale
- **Nouveau-né infecté :**
  - Surveillance et prise en charge spécialisée selon la clinique
  - Maintenus à distance des femmes enceintes
  - excrétion du virus durant une année
  - (sécrétions pharyngées, les urines, les selles)

# Prise en charge

**Prévention**

**Vaccination +++**

# Programme national de vaccination

## Vers une élimination de la rubéole en Tunisie ?

Vaccination en postpartum immédiat des séronégatives

RR : 12- 18 mois

Milieu Scolaire : Filles et garçons 6 ans – 12 ans

REPUBLIQUE TUNISIENNE  
MINISTRE DE LA SANTE



### LE CALENDRIER VACCINAL 1<sup>er</sup> AVRIL 2013

	AGE	VACCIN	OBSERVATIONS
VACCINATION DES FEMMES EN AGE DE PROCREATION	Mise à jour de la vaccination anti-tétanique par le vaccin dT	Des le 1 <sup>er</sup> contact avec la structure de santé	1 <sup>ère</sup> prise de vaccin contre le tétanos : dT1
		4 semaines après le dT1	2 <sup>ème</sup> prise de vaccin contre le tétanos : dT2
		Une année après le dT2	3 <sup>ème</sup> prise de vaccin contre le tétanos : dT3
		Cinq ans après le dT3	4 <sup>ème</sup> prise de vaccin contre le tétanos : dT4
		Tous les dix ans après le dT4	5 <sup>ème</sup> prise de vaccin contre le tétanos : dT5
	Mère en post partum immédiat		Vaccination par la rubéole pour les femmes non immunisées contre cette maladie
L'ENFANT EN AGE PRESCOLAIRE	A la naissance	BCG* HBV-1	Vaccin contre la tuberculose* : 1 seule dose le plus tôt possible après la naissance. Ne sont plus indiqués dans la suite de cette 1 <sup>ère</sup> injection ni la pratique de l'IDR à la tuberculine ni le rappel par le BCG. - La 1 <sup>ère</sup> injection de vaccin anti-hépatite B : cette prise est à administrer durant les 12 heures qui suivent la naissance quelque soit le résultat de la sérologie de l'hépatite B chez la mère.
	A 2 mois	Pentavalent-1 + VPO-1	- 1 <sup>ère</sup> injection de Pentavalent qui inclut le vaccin de l'hépatite B, le DTC (vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche) et le vaccin Hib (contre l'haemophilus type b) - 1 <sup>ère</sup> prise du vaccin oral contre la poliomyélite
	A 3 mois	Pentavalent-2 + VPO-2	2 <sup>ème</sup> prise du vaccin pentavalent 2 <sup>ème</sup> prise du vaccin polio oral
	A 6 mois	Pentavalent-3 + VPO-3	3 <sup>ème</sup> prise du vaccin pentavalent 3 <sup>ème</sup> prise du vaccin polio oral
	A 12 mois	RR-1	1 <sup>ère</sup> prise du vaccin anti-rougeoleux et anti-rubéole
	A 18 mois	DTC-4 VPO-4 RR-2	Rappel pour les vaccins DTC, VPO et anti-rougeoleux et anti-rubéole
LE MILIEU SCOLAIRE	A 6 ans	VPO+RR	Rappel en 1 <sup>ère</sup> année de l'école de base de base
	A 7 ans	dT	Rappel en 2 <sup>ème</sup> année de l'école de base de base
	A 12 ans	dT+VPO+RR	Rappel en 6 <sup>ème</sup> année de l'école de base de base
	A 18 ans	dT+VPO	Rappel en 3 <sup>ème</sup> année secondaire

# CONCLUSION

- La rubéole existe toujours en Tunisie
- La clinique est parfois trompeuse
- Parfois : interprétation de la sérologie difficile:

→ dépistage début de grossesse +++

Tenir compte du contexte, anciennes sérologies+++

- Lutte contre le SRC : Prévention

Dépistage +++

Programme de vaccination++++

# CONCLUSION

**Penser à faire la sérologie de la  
rubéole en PRENUPTIAL  
Ou AVANT TOUTE GROSSESSE**

**Si IgG +**

**80% des tunisiennes**

**Immunisée**

**Si IgG -**

**Vaccination  
Sous contraception  
→ Pas de grossesse dans  
les 2 mois après  
vaccination**

**Ou à surveiller lors de leur  
grossesse**

MERCI

# Pour en savoir plus

- *Best JM. Rubella. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine (2007) 12, 182e192*
- *O. Picone , L. Grangeot-Keros . Rubéole et grossesse .EMC-Gynécologie Obstétrique 2 (2005) 343–353*
- *Miller E, Cradock-Watson JE, Pollack TM. Consequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy. Lancet 1982;2:781–4*
- *L. Grangeot-Keros , J.M Huraux .Togaviridae –Rubivirus Traité de virologie médicale. Édition estem*