

# La rougeole en maternité

Daniel Floret

Université Claude Bernard Lyon1

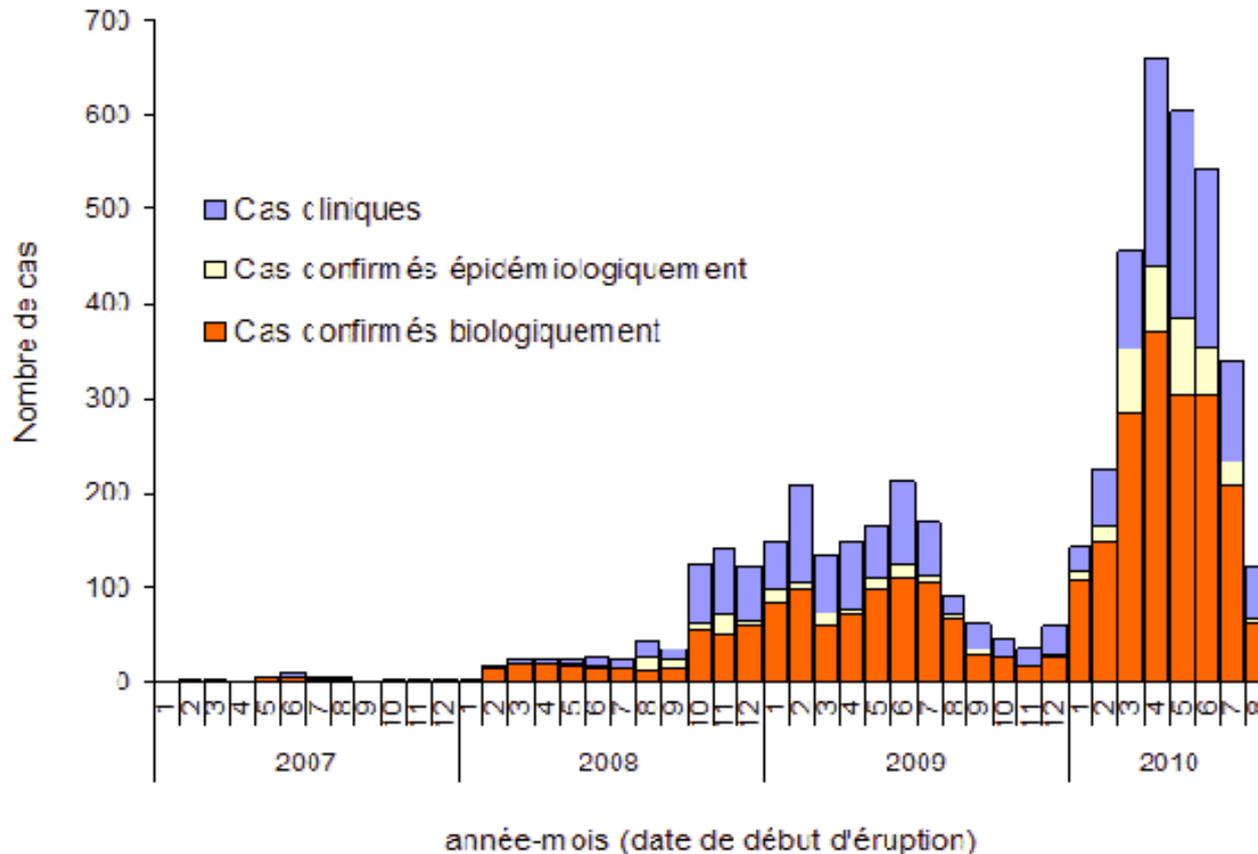
Hôpital Femme Mère Enfant Bron

*Président du Comité technique des vaccinations*

# L'épidémie de rougeole actuelle

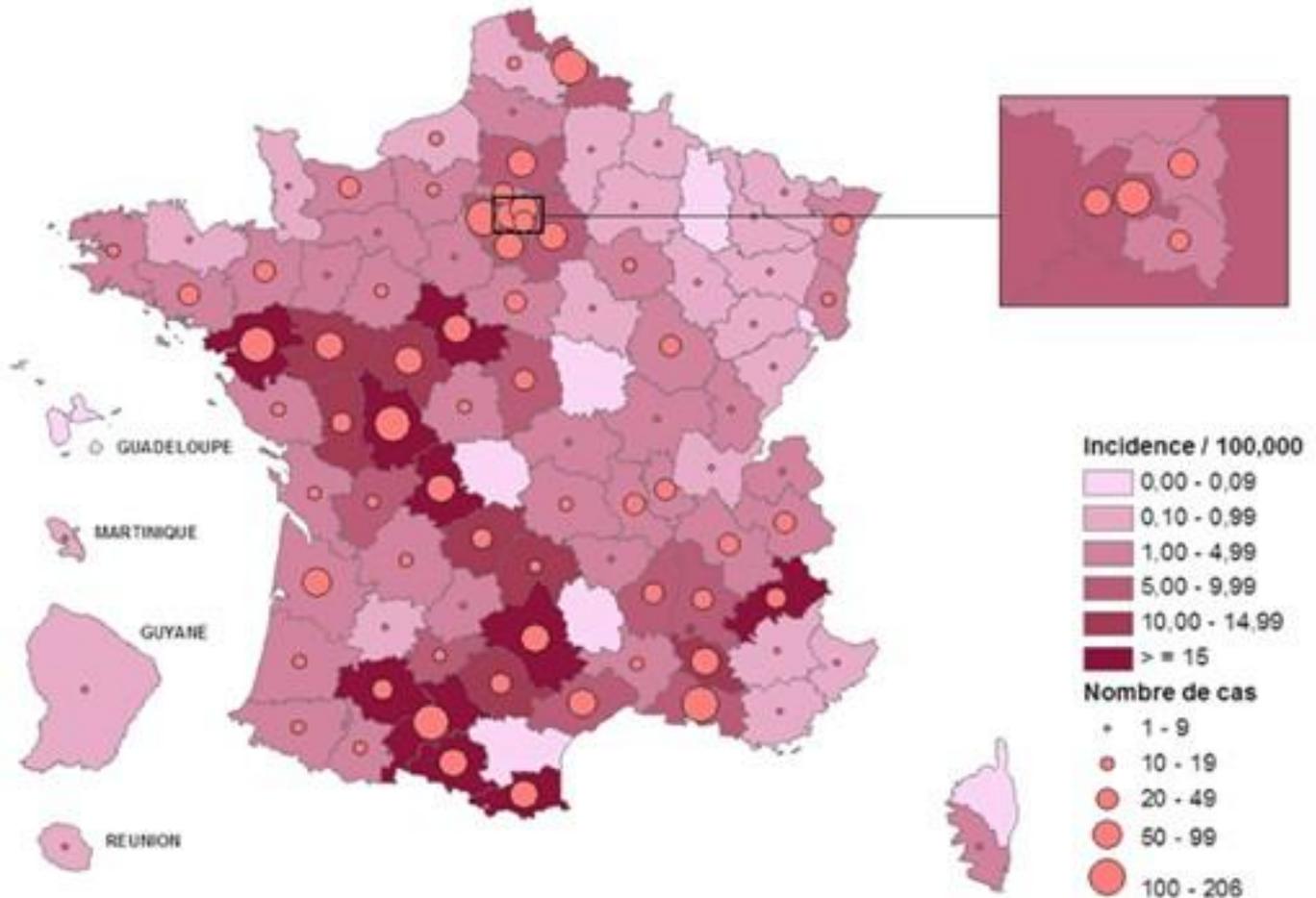
<http://www.invs.sante.fr/recherche/index2.asp?txtQuery=rougeoleSubmit.x=1485Submit.y=7>

5221 cas déclarés entre le 01/01/08 et le 31/08/10  
3094 cas déclarés entre le 01/01/10 et le 31/08/10  
172 cas déclarés en Rhône Alpes depuis le 01/01/10



# Toute la France est affectée

<http://www.invs.sante.fr/recherche/index2.asp?txtQuery=rougeoleSubmit.x=1485Submit.y=7>



# Age des cas



Médiane d'âge en 2010 **14 ans** (0-86)

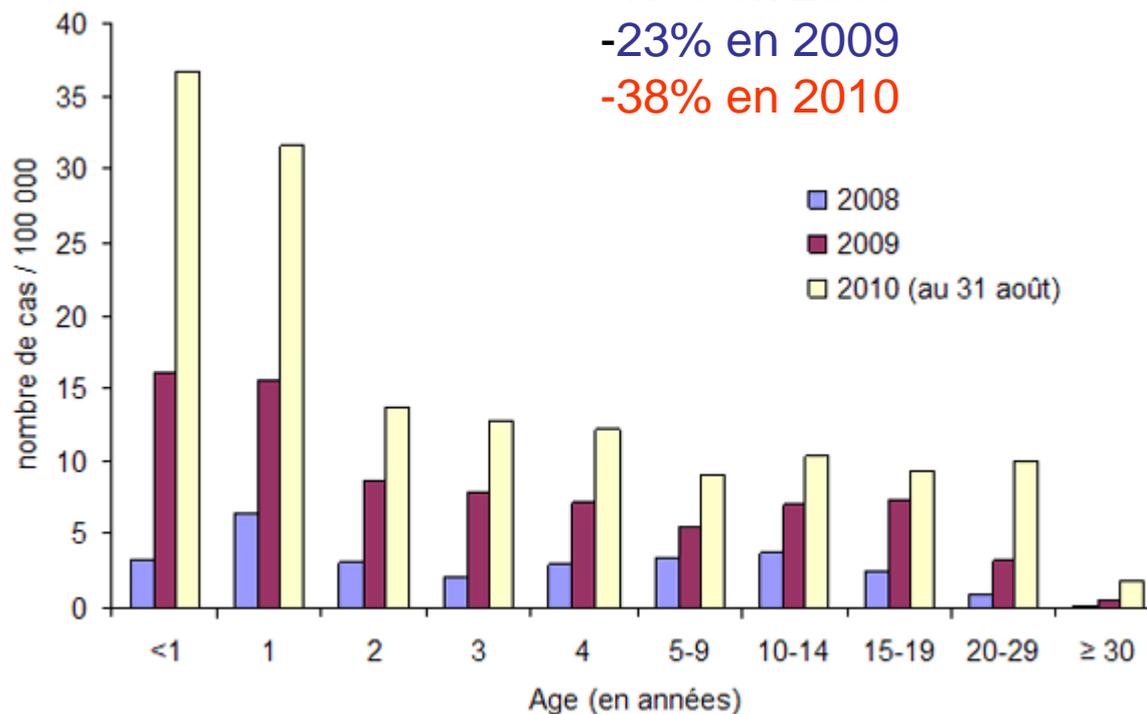
9% ont < 1an dont **55%** < 9 mois

Les sujets > 20 ans représentent

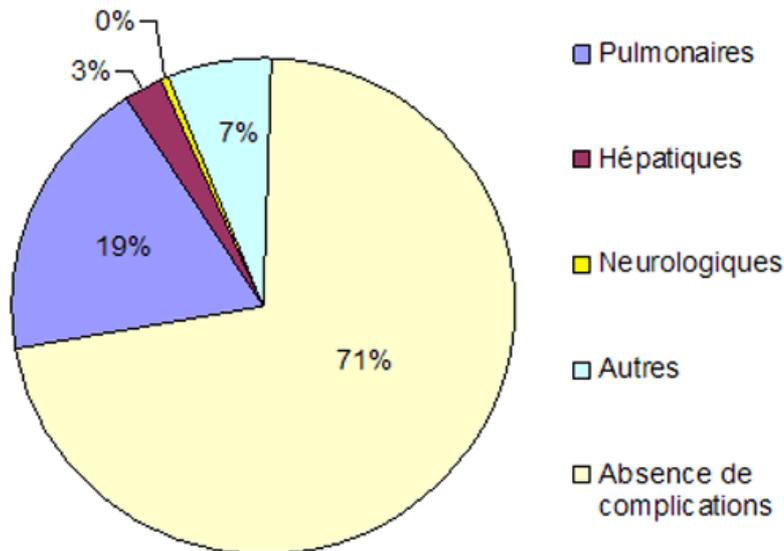
-17% en 2008

-23% en 2009

-38% en 2010



# Sévérité



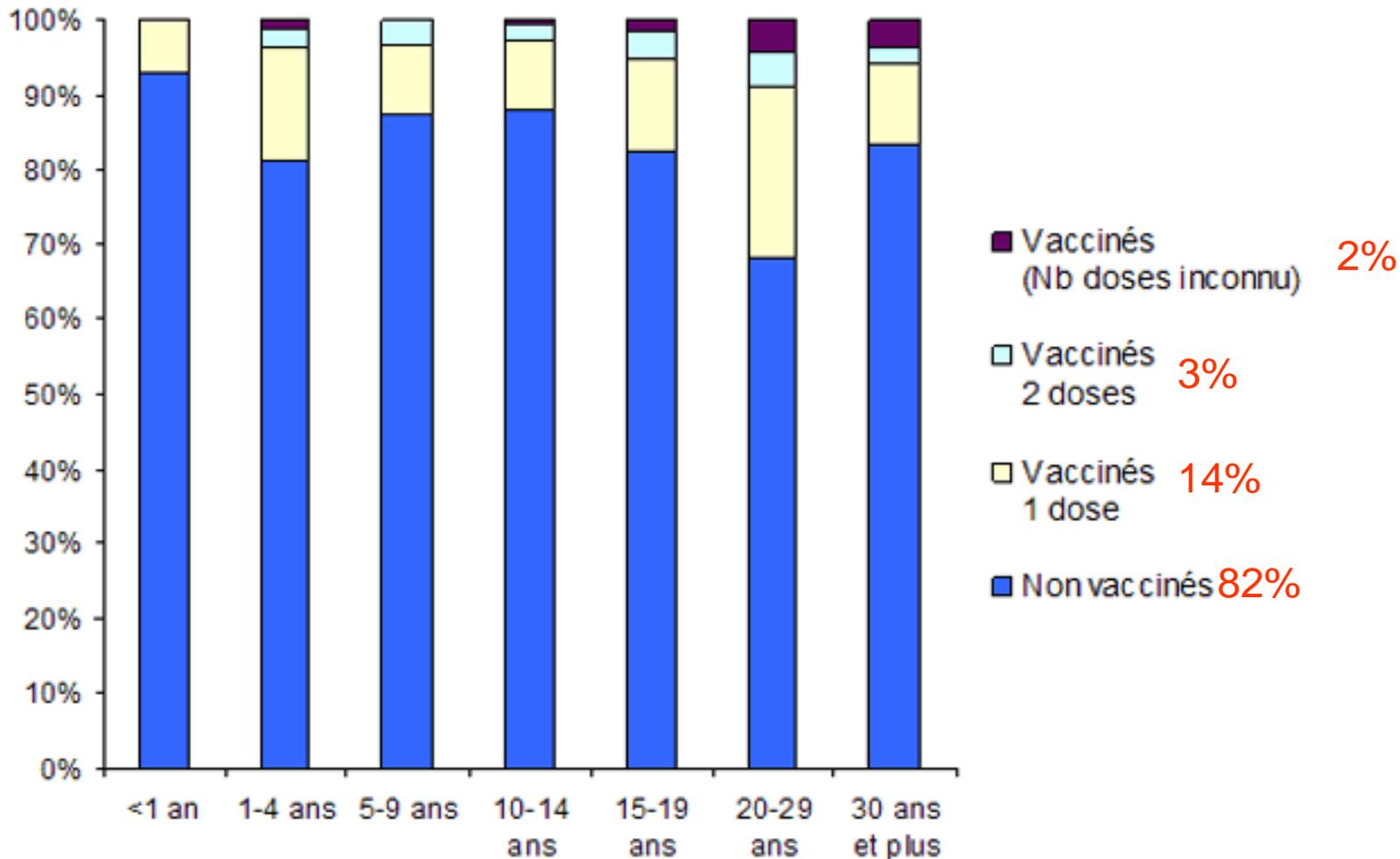
- En 2010 plus de 1/3 des cas déclarés ont été hospitalisés:
  - 32% pour les < 1 an
  - 59% pour les > 20 ans
- Les > 20 ans représentent 63% des hospitalisés
- En 2010
  - 197 cas de pneumopathie
  - 3 cas d'encéphalite
  - 2 décès (18 et 22 ans)
- En 2009: 2 décès



INSTITUT  
DE VEILLE SANITAIRE

# Statut vaccinal (2010)

<http://www.invs.sante.fr/recherche/index2.asp?txtQuery=rougeoleSubmit.x=1485Submit.y=7>



# Contamination

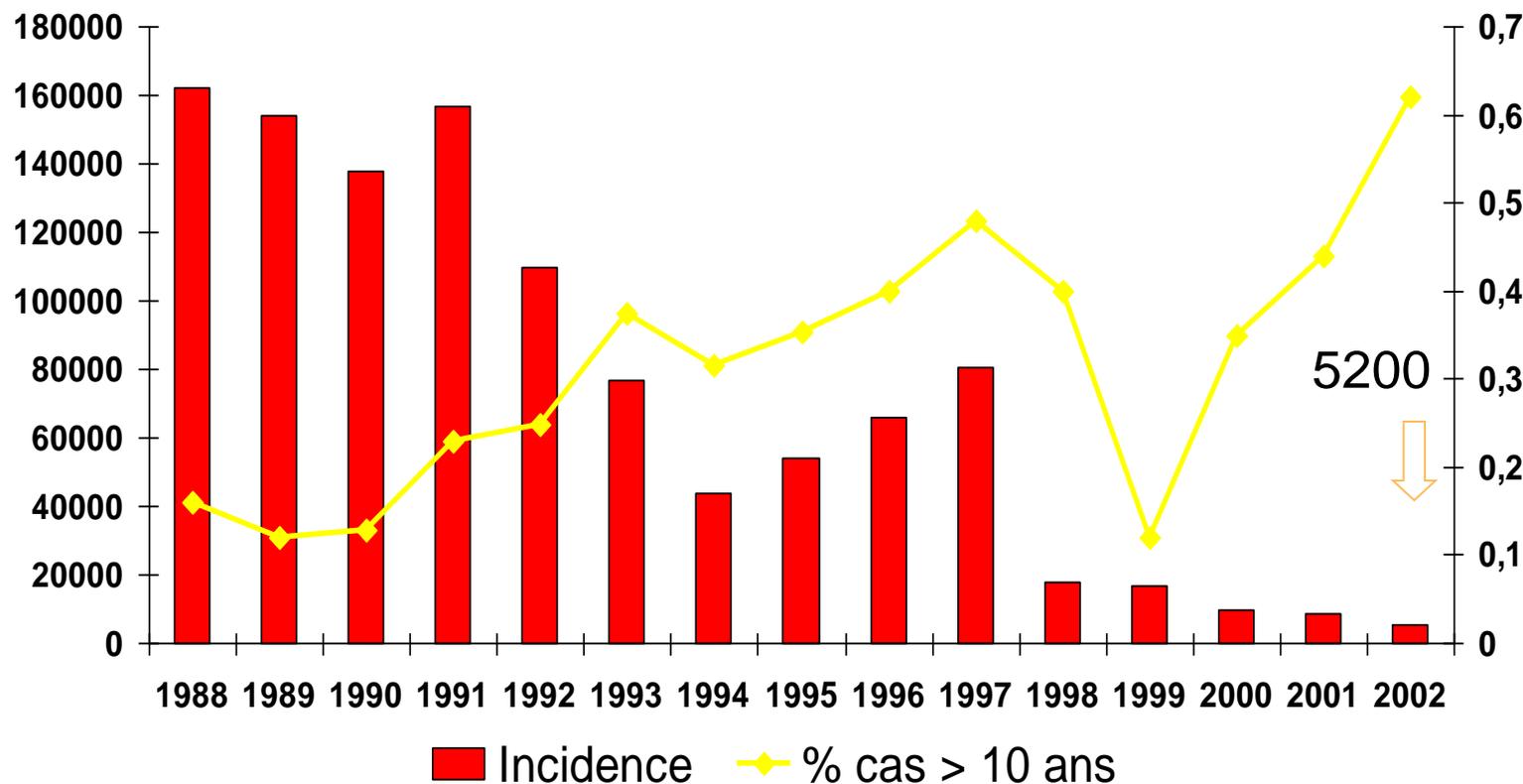
- Cas groupés: foyers épidémiques crèches, milieu scolaire, étudiants, gens du voyage
- **Transmission nosocomiale**: depuis 2008, **42 notifications** (29 depuis janvier 2010) soit 62 cas, **72% concernent des professionnels de santé**

*Parent du Châtelet I, Floret D, Thiolet JM, Lévy-Bruhl D. Authors' reply. Spotlight on measles 2010: Measles in healthcare workers—vaccination should be revisited. Euro Surveill. 2010;15(41):pii=19685. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19685>*

# Comment expliquer la situation?

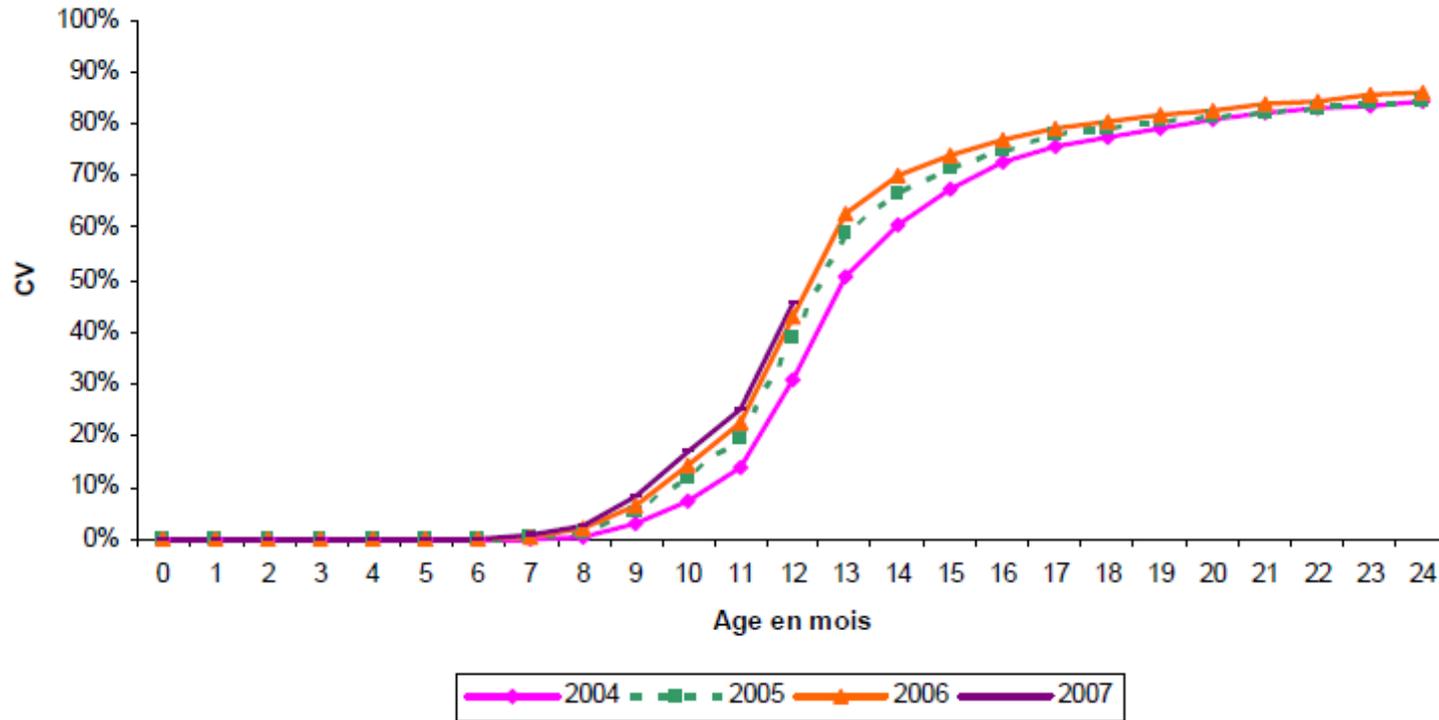
- La vaccination contre la rougeole a débuté en France en 1983 à 1 dose puis à 2 doses (1993)
- Malgré la gratuité totale de la vaccination la couverture vaccinale a toujours été insuffisante bien qu'ayant fait chuter l'incidence de la maladie de manière spectaculaire (**lune de miel**)

# Évolution de l'incidence de la rougeole et de la proportion de cas âgés de 10 ans et plus



Source : Réseau Sentinelles – Inserm U444, 1988-2002

# Couverture vaccinale RRO, 1<sup>o</sup> dose



*d'après JP Guthmann InVS*

# Vaccine coverage according to age and school level *(source : DREES, InVS, DESCO)*

Année de naissance	2004 (n=5169)	2005 (n=5448)	2006 (n=2691)	CS 24 2007 (nés en 2005)
A 24 mois	84,3%	84,6%	86,1%	90,1%
Entre 24 et 35 mois*	90,5%	90,7%	-	

← 1st dose

Year of survey	School level	Age of the children	VC « 1 dose »	VC « 2 doses »
2001-2002	CM2	11 y	94,1%	56,8%
2002-2003	GSM	6 y	93,3%	28,1%
2003-2004	3 <sup>ème</sup>	15 y	93,9%	65,7%
2004-2005	CM2	11 y	95,7%	74,2%
2005-2006	GSM	6 y	93,3%	44,3%

# Epidémiologie de la rougeole

- Endémo épidémique
- Incidence maximale au printemps
- Rare avant 6 mois
- Contamination directe (sécrétions), haute contagiosité, maximale en phase d'invasion
- Incubation 10 jours

## Invasion

3-4 jours

Fièvre élevée

Toux +++

Catarrhe oculo-nasal

Faciès « rougeoleux »

Signe de Köplick



*Rougeole clinique  
(Source: Santé  
Canada)*

# L'éruption

- Débute 14 jours après le contage
- Derrière les oreilles, descendante
- Maculo-papules avec **intervalles de peau saine**
- Fièvre et toux
- « Poumon rougeoleux »
- Poly ADP
- Desquamation fine



# Les encéphalites de la rougeole

- Encéphalite aiguë:1/1000
  - 2 à 7 jours après l'éruption
  - mécanisme immuno allergique
  - grave: mortalité 30% Séquelles+++
- Panencéphalite subaiguë sclérosante
  - complication tardive (mois à années)
  - démence rapidement progressive mortelle en quelques mois

# Autres complications

- Neurologiques
  - méningite lymphocytaire
  - myélites aiguës
- Surinfections bactériennes
  - otites - laryngo trachéites
  - bronchopneumonies
  - staphylococcie pleuro pulmonaire
  - kératites
- Purpura thrombopénique
- Le risque de complication est majoré chez le nourrisson < 1 an et chez l'adulte

# Rougeole et grossesse

- Peu de données:
  - Avant l'ère vaccinale, la rougeole survenait dans l'enfance et les femmes en âge de procréer étaient protégées
  - La vaccination a réduit la circulation du virus et rendu la maladie très rare (**lune de miel**)
- **Mais un problème d'actualité**
  - Du fait d'une couverture vaccinale insuffisante depuis 30 ans, nous avons accumulé une cohorte importante de sujets qui ont échappé à la vaccination et à la maladie
  - **...Et qui font actuellement la rougeole, souvent à l'âge adulte**

# Complications maternelles de la rougeole: case reports

- Série USA de 12 femmes enceintes ou accouchées récentes hospitalisées pour rougeole (1988-90) *Atmar RL & al 1992*
  - Pneumonie 54%
  - Autres complications: 7 cas d'hépatite, 4 accouchements prématurés, un avortement, **1 décès maternel**
- Série japonaise 8 femmes enceintes *Chiba ME & al 2003*
  - 2 pneumonies
  - 1 choc hémorragique
  - Pas de décès

# Complications maternelles de la rougeole: études cas-témoin

- Épidémie de Los Angeles 1991 (*Eberhart-Philips JE & al 1993*)
  - La plupart des rougeoles au 2<sup>o</sup> trimestre ou 3<sup>o</sup> trimestre: 60% hospitalisées; 26% pneumonie, 3% de décès
  - Comparé à 748 femmes de même âge avec rougeole non enceintes: risque d'hospitalisation x 2, de pneumonie x3 et de décéder x 6
- Étude rétrospective en Arabie Saoudite (*Ali ME & al 1997*): 37 femmes enceintes avec rougeole/ 40 femmes avec rougeole non enceintes: hospitalisation: 80% vs 8,1%, mais pas de risque significativement plus élevé de complications (petit effectif)

# Complications foétale de la rougeole maternelle

- Le virus de la rougeole n'est pas tératogène mais peut entraîner des anomalies foétales par dysfonctionnement placentaire
- Étude contrôle US (*Siegel & al 1973*):
  - pas de différence d'incidence des malformations entre rougeole et contrôle (1,7 vs 1,6%)
  - Incidence des malformations maximal (6,3%) si rougeole dans les 12 premières semaines, négligeable pour les rougeoles plus tardives
  - La rougeole pendant la grossesse est associée à un travail prématuré mais pas avec une augmentation du risque de mort foetale

# Complications foétale de la rougeole maternelle

- Étude contrôle en Arabie Saoudite (*Ali ME 1997*): 40 femmes enceintes avec rougeole/ 120 femmes enceintes sans rougeole
  - Prématurité: 25% vs 6,7%
  - Hospitalisation néonatale: 17,5% vs 1,7%
  - Durée de séjour: 7j vs 2j
- Le risque foétal varie avec le moment de l'infection:
  - Mort foétale 75% avant 24 semaines alors qu'après 25 semaines pas de mortalité et naissance à terme (*Chiba ME & al 1993*)
  - 27% des rougeoles survenues dans le 1° ou 2° trimestre se terminent par une mort foétale dans les 14 jours suivant l'éruption (*Eberhart-Philips JE 1993*)
  - Série japonaise: 68,8% des rougeoles qui surviennent entre 34 et 37 semaines se terminent par une mort foétale ou une naissance prématurée (*Chiba ME & al 2003*)

# Rougeole congénitale et néonatale

- La transmission transplacentaire du virus de la rougeole est bien documentée
- La rougeole congénitale inclut
  - Les nouveau nés présentant une éruption à la naissance
  - Les nouveau nés qui développent une éruption de rougeole **dans les 10 jours suivant la naissance**
  - Les rougeoles qui apparaissent plus de 14 jours après la naissance correspondent à des contaminations post natales
- **Une rougeole maternelle précédant de peu l'accouchement implique obligatoirement le foetus**

# Rougeole congénitale et néonatale

- Décrit en France en 1904 (Nouvat & al)
  - Éruption chez 25% des enfants nés de mère ayant la rougeole
  - 28% de décès
- Tableau clinique très variable et mal connu (quelques case reports récents):
  - Éruption simple
  - Pneumoptahies
  - Formes rapidement mortelles
- Les rougeoles de contagé post natales sont habituellement bénignes
- La rougeole congénitale expose à un risque accru de pan encéphalite subaiguë sclérosante avec une évolution accélérée (*Campbell H & al Intern J Epidemiol 2007*)

# Rappel du calendrier vaccinal

Recommandations générales	
Age de la vaccination	Vaccin
<b>A 12 mois</b>	1 <sup>ère</sup> dose du vaccin trivalent (Rougeole Rubéole Oreillons).
<b>Entre 13 et 24 mois</b>	2 <sup>ème</sup> dose du vaccin trivalent. <i>(Respecter un intervalle d'au moins un mois entre les 2 doses)</i>
<b>Enfants et adolescents de plus de 24 mois, nés depuis 1992</b> <i>(Rattrapage)</i>	1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> dose du vaccin trivalent. Deux doses de vaccin trivalent pour les enfants n'en ayant pas déjà bénéficié. <i>(Respecter un intervalle d'au moins un mois entre les 2 doses)</i>
<b>Personnes nées entre 1980 et 1991</b> <i>(Rattrapage)</i>	Au moins une dose du vaccin trivalent pour ceux qui n'ont pas été vaccinés contre la rougeole auparavant, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.

# Rappel du calendrier vaccinal

## Recommandations pour les groupes à risque

Groupe à risque	Vaccin
<b>Nourrissons de moins de 12 mois</b>	<p>-<b>entrant en collectivité</b> : 1<sup>ère</sup> dose de vaccin trivalent dès 9 mois. Une 2<sup>ème</sup> dose de vaccin trivalent doit être administrée entre 12 et 15 mois et suffit<sup>4</sup>.</p> <p>-<b>se rendant en voyage dans une zone de forte endémicité</b> ou dans les pays n'ayant pas de programme d'élimination de la rougeole<sup>5</sup> : Une dose de vaccin monovalent peut être administrée entre 6 et 8 mois (l'enfant recevra par la suite deux doses de vaccin trivalent suivant les recommandations du calendrier vaccinal)</p>
<b>Voyageurs non vaccinés et sans antécédent de rougeole</b>	<p>-<b>nés en 1980 ou après</b> : Mise à jour du calendrier vaccinal</p> <p>-<b>nés avant 1980</b><sup>3</sup> : Une dose de vaccin trivalent. Le risque doit être évalué par le médecin vaccinateur en fonction de la durée, des conditions du voyage et du niveau d'endémicité de la rougeole dans le pays<sup>5</sup>.</p>
<b>Professionnels de santé non vaccinés, sans antécédents de rougeole ou dont l'histoire est douteuse et dont la sérologie est négative parmi les suivants : professions de santé en formation, à l'embauche ou en poste, en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de rougeole grave.</b>	<p>- <b>nés en 1980 ou après</b>, mise à jour du calendrier vaccinal :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>. <b>nés depuis 1992</b> : Deux doses de vaccin trivalent</li><li>. <b>nés entre 1980 et 1991</b> : Au moins une dose du vaccin trivalent</li></ul> <p>- <b>nés avant 1980</b> : Une dose de vaccin trivalent.</p>

# Prévention de la rougeole en post exposition

- Chez une femme enceinte victime d'un contage rougeoleux il convient
  - De s'enquérir de ses antécédents de rougeole et de vaccination
  - En l'absence de certitude d'immunisation de pratiquer une sérologie
  - En l'absence d'immunisation de mettre en place une prophylaxie
- La vaccination administrée dans les **72 heures** suivant le contact **évite la rougeole dans plus de 80% des cas**
- Mais la vaccination contre la rougeole est **contraindiquée chez la femme enceinte**

# Prévention de la rougeole en post exposition

- Le risque liée à la rougeole gravidique justifie l'administration d'immunoglobulines standard par voie IV (200 à 400mg/kg) dans les 6 jours suivant le contagage
- Efficacité préventive démontrée chez l'enfant
- Pas de donnée spécifique pour la femme enceinte
- Mais le bénéfice potentiel l'emporte sur le risque

# Conduite à tenir autour d'un cas de rougeole en milieu de soins

*(Circulaire N°DGS/RI/2009/334 du 4 novembre 2009)*

La survenue d'une rougeole dans un établissement de soins nécessite que soient mises en œuvre rapidement des mesures visant à prévenir la propagation, notamment par le personnel soignant. Ces actions nécessitent une articulation entre différents services (équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, Comité de lutte contre les infections nosocomiales ou comité chargé des mêmes attributions, médecine du travail..)

Il convient tout d'abord de **penser à la rougeole** et de demander l'avis **de quelqu'un qui connaît la maladie**

Toute suspicion de rougeole doit faire rechercher **en urgence** une confirmation biologique IgM, PCR sur salive, gorge, urines

Tout cas répondant aux critères cliniques et/ou biologique de rougeole **doit être notifié sans délai à l'ARS**

# Prise en charge du/des malade(s)

- Pas de traitement curatif
- Si la femme n'a pas accouché, pas de mesure particulière à prendre, en dehors de celles destinées à éviter la transmission
- Si la femme a accouché, rechercher (clinique et biologie) l'infection du nouveau né qui sera pris en charge selon son état (éviter transfert en néonatalogie si non nécessaire du fait de l'état clinique)
- Si l'enfant va bien qu'il ait ou non des signes de rougeole aucune raison de le séparer de sa mère ou de contre indiquer l'allaitement

# Prise en charge du malade

- Prise en charge du patient par du personnel dédié :
  - personnel immunisé contre la rougeole (vérification du statut vaccinal, antécédents de rougeole ou sérologie IgG positive),
  - limiter le nombre d'intervenants.
- Mettre en place des précautions complémentaires de type « air » :
  - isoler le patient (**c'est-à-dire la mère et l'enfant**) pendant la phase de contagiosité (**jusqu'à cinq jours après le début de l'éruption**) : chambre seule, limiter les visites,
  - limiter ses déplacements vers les différents plateaux techniques (examens radiologiques,...),
  - port du masque chirurgical par le malade lorsqu'il quitte sa chambre,
  - port du masque de protection respiratoire pour les contacts étroits avec le malade,
  - aération régulière de la chambre,
- Renforcer les précautions standards pour le personnel (notamment hygiène des mains avant et après tout contact direct avec un cas, après retrait de gants).

# Mesure vis-à-vis des contacts

- Rechercher et identifier rapidement, idéalement dans les 24 premières heures, les sujets contacts du cas (ayant fréquenté la même salle d'attente, ayant eu des contacts lors du passage aux urgences, au sein des différents plateaux techniques ou lors d'une hospitalisation).
- Informer les sujets contacts, vérifier leur statut vaccinal (carnet de santé) ou orienter vers le médecin traitant et **porter l'indication d'une vaccination** si nécessaire ou de **l'administration d'IG** dans les six jours suivant le contage.

# Mesures à prendre vis-à-vis du personnel soignant

- Information rapide du personnel du cas de rougeole, sur la maladie, ses signes cliniques, par tout moyen disponible (affichage, réunions d'informations...)
- S'assurer de l'effectivité de l'arrêt de travail du personnel atteint de rougeole pendant la période de contagiosité et de l'éviction du personnel à risque (réceptifs) des soins au malade atteint de rougeole
- Identifier le personnel contact du cas par l'interrogatoire

# Mesures à prendre vis-à-vis du personnel soignant

- Vérifier le statut vaccinal des membres du personnel soignant (dossier du service de santé au travail) et mettre à jour la vaccination du personnel non immunisé selon les recommandations du calendrier vaccinal
- **Au contact d'un cas**, il est recommandé **une dose de vaccin trivalent à tous les personnels de santé susceptibles d'être ou d'avoir été exposés** pour lesquels il n'existe pas de preuve biologique de rougeole antérieure ou qui n'ont pas reçu une vaccination complète à deux doses. **Cette vaccination, si elle est réalisée dans les 72 heures qui suivent un contact avec un cas, peut éviter la survenue de la maladie**

# Conclusion

- La survenue d'une rougeole à la maternité va entraîner la mise en place de mesures lourdes et contraignantes
- C'est aussi l'occasion de faire ce qui aurait du être fait auparavant (statut du personnel soignant vis-à-vis de la rougeole et incitation **forte** des sujets non immuns à se faire vacciner)
- Des réserves doivent être faites pour l'avenir de l'enfant s'il a été contaminé