

Rubéole et rubeole congénitale

Importance en Santé Publique

La rubéole est une maladie infectieuse virale, généralement bénigne, qui se présente avec une fièvre, une lymphadénopathie et une éruption cutanée maculo-papuleuse généralisée. L'importance en santé publique réside dans le fait que chez les femmes enceintes, la rubéole peut entraîner des malformations ou la mort du fœtus, défini comme le syndrome de rubéole congénitale (SRC). En Belgique, la prévalence à la naissance du SRC a nettement diminué au cours des dernières années pour atteindre moins d'un cas pour 100.000 naissances vivantes en 2002. Avant l'introduction du vaccin anti-rubéoleux, l'incidence du SRC était estimée entre 1 et 2 pour 1000 naissances vivantes en dehors des périodes épidémiques, et entre 0,8 et 40 pour 1000 naissances vivantes au cours des épidémies de rubéole. Depuis 2012, on constate une réémergence de cas de rubéole en Europe dans des populations insuffisamment vaccinées. Dans les pays de l'union Européenne, 27.276 cas de rubéole ont été notifiés au 1er semestre 2013 pour 8.320 cas pour l'année 2012. En Belgique, la couverture vaccinale pour la 1ère dose du vaccin RRO était de plus de 95% en 2012. Pour la 2ème dose, la couverture est de 70,5 à 92,5% selon les études qui ont été faites entre 2006 et 2012. La rubéole, en-dehors d'un SRC, n'est pas une maladie à déclaration obligatoire en Belgique, sauf dans la Région de Bruxelles-Capitale. Un cas de syndrome de rubéole congénitale (SRC) importé a été déclaré en Belgique en 2012. C'est le 1er cas déclaré par le réseau sentinelle pédiatrique PediSurv depuis le début de la surveillance du SRC en 2007. Le Comité pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole insiste sur une surveillance de cas sérologiquement confirmé afin d'éventuellement conduire à une recherche active des contacts proches si le cas s'avère être une infection récente.

Rôle du médecin traitant et/ou déclarant

1. Déclarer :

Tout cas confirmé de **syndrome de rubéole congénitale** sera déclarée à la cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AViQ dans les 24 heures.

Il existe actuellement quatre voies de déclaration possibles :

- Par téléphone: 071/205.105
- Par voie électronique, en cliquant directement [ici](#)
- Par email à l'adresse suivante : surveillance.sante@aviq.be
- Par fax : 071/205.107

2. Evaluer avec l'inspecteur les mesures prises et à prendre pour le patient et son entourage



Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap



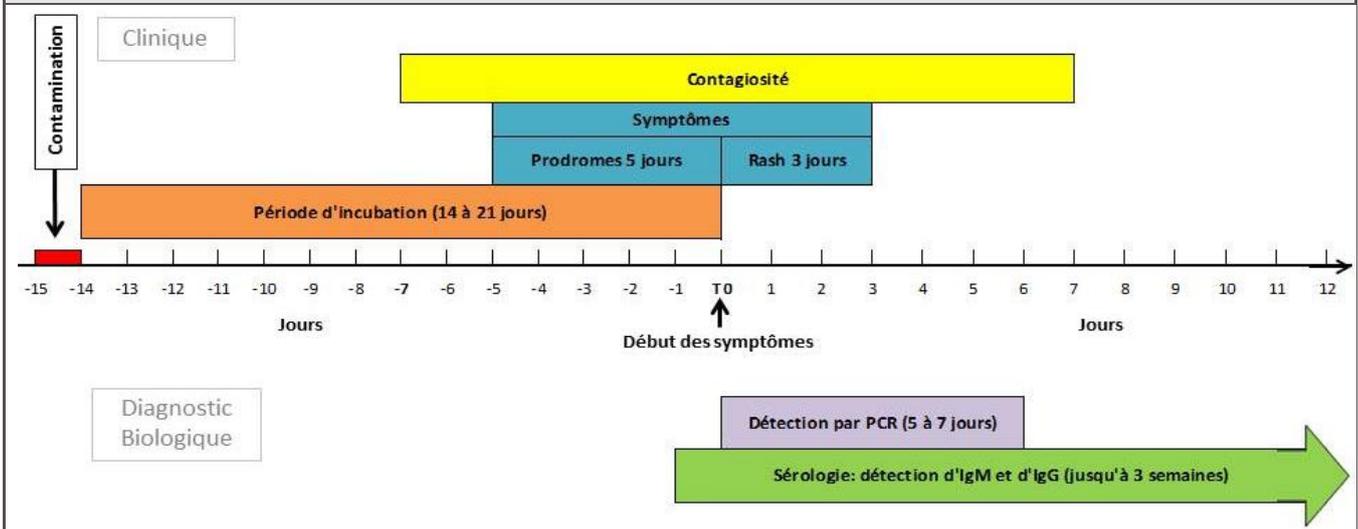
Rubéole et rubeole congénitale

Mesures de contrôle prises par la cellule de surveillance des maladies infectieuses

- ***XEviction du sujet source et/ou isolement.***
- ***Identification du statut immunitaire des femmes enceintes ou susceptibles de l'être, parmi les sujets exposés ; pour les femmes non-immunes ou en l'attente du résultat de la sérologie, proscrire tout contact avec le sujet source.***
- ***Evaluation du risque de transmission secondaire à des femmes enceintes non-immunisées par un sujet exposé non-immun.***
- ***En cas de grossesse :***
 - Evaluation systématique du statut immunitaire vis-à-vis de la rubéole, en particulier en médecine du travail.
 - En cas d'antécédents vaccinaux documentés anciens (plus de 10 ans), la persistance d'efficacité doit être contrôlée sérologiquement.
- ***Incitation vaccinale à toutes les femmes non-immunes en âge de procréer, dans l'entourage du cas, sous couvert d'une contraception et à tous les sujets non-immuns dont l'activité professionnelle consiste à prodiguer des soins aux femmes enceintes (personnel d'obstétrique notamment).***

Rubéole et rubeole congénitale

Figure : Présentation classique de la maladie



Agent pathogène

Germe	<i>Rubivirus, virus à ARN enveloppé, famille des Togaviridae.</i>
Réservoir	Strictement humain
Résistance Physico-chimique	Courte survie à l'extérieur de l'hôte ; sensible à de nombreux désinfectants et antiseptiques : hypochlorite de sodium à 1 %, éthanol à 70 %, glutaraldéhyde, formaldéhyde, solvants lipidiques.

Clinique

Transmission	<p>Rubéole : Voie aérogène (aérosol de sécrétions respiratoires). Voie directe (par les mains souillées par des sécrétions respiratoires). Transmission du virus par les patients paucisymptomatiques.</p> <p>Rubéole congénitale : Voie verticale par transmission trans-placentaire.</p>
Incubation	De 12 à 23 jours, le plus souvent entre 14 et 18 jours.
Période de contagiosité	D' 1 semaine avant l'éruption à 1 semaine après (jusqu'à 21 j.). Forte contagiosité : maximale au moment de la phase catarrhale, 1 à 5 jours après l'apparition de l'éruption cutanée.
Symptômes	Eruption inconstante, d'1 à 3 jours, débute généralement sur la face et le cou et s'étend en moins de 24 heures au tronc puis aux membres, en respectant les extrémités. Fièvre (légère) et adénopathies (retro-auriculaire, sous occipitales, cervicales). Fréquentes formes inapparentes ou frustes, limitées à une éruption fugace, peu visible surtout chez l'adulte.



Rubéole et rubeole congénitale

Complications	<p>Complications rares : polyarthrites simultanées à l'éruption chez l'adolescent ou l'adulte. Purpura thrombopénique post éruptif chez l'enfant (1/3.000), méningo-encéphalite (1/5.000 à 1/25.000).</p> <p>Chez la femme enceinte, la rubéole peut entraîner une fausse couche, une mortinaissance ou de graves malformations :</p> <p>le Syndrome de rubéole congénitale (SRC) peut provoquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des malformations cardiaques ; • des malformations neurologiques ; • des malformations oculaires ; • un retard de croissance.
Diagnostic	
Diagnostic biologique	<p>Diagnostic virologique au cours de la grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen sérologique chez la mère (IgM et IgG sur au moins 2 sérums). - Recherche du virus par amplification génique dans le liquide amniotique (après amniocentèse). - Recherche d'anticorps dans le sang fœtal après la 22^{ème} semaine d'aménorrhée. <p>Ces examens doivent se faire sous la responsabilité d'un biologiste habitué aux interprétations des résultats.</p>
Définition de cas de l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control)¹	
Critères de diagnostic	<p>Rubéole :</p> <p>Critères cliniques</p> <p>Tout sujet présentant une brusque éruption maculopapuleuse généralisée, ET</p> <p>au moins un des cinq symptômes suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> — adénopathie cervicale, — adénopathie sous-occipitale, — adénopathie rétro-auriculaire, — arthralgie, — arthrite. <p>Critères de laboratoire</p> <p>Les résultats de laboratoire doivent être interprétés à la lumière du statut vaccinal.</p> <p>Critères de laboratoire pour la <u>confirmation</u> du cas, au moins un des trois critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> — isolement du virus de la rubéole à partir d'un échantillon clinique, — détection d'acide nucléique du virus de la rubéole dans un échantillon clinique, — formation d'anticorps (IgG) spécifiques du virus de la rubéole dans le sérum ou la salive. <p>Critères de laboratoire pour un cas <u>probable</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Formation d'anticorps (IgM ⁽¹⁰⁾) spécifiques du virus de la rubéole. <p>Critères épidémiologiques</p> <p>Lien épidémiologique par transmission interhumaine.</p>
Cas possible	Toute personne répondant aux critères cliniques.
Cas probable	Toute personne répondant aux critères cliniques pour un cas probable et aux critères épidémiologique.
Cas confirmé	<p>Toute personne qui n'a pas été vaccinée récemment et qui répond aux critères de laboratoire pour la confirmation des cas.</p> <p>En cas de vaccination récente, toute personne chez qui une souche sauvage du virus de la rubéole a été détectée.</p>

¹ European Centre for Diseases Prevention and Control:
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:159:0046:0090:FR:PDF>



Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap



Rubéole et rubeole congénitale

<i>Epidémiologie</i>	
Groupe d'âge	Tous les groupes d'âge touchés
Incidence	Réémergence de cas de rubéole en Europe concernant des populations insuffisamment vaccinées. 27.276 cas de rubéole ont été notifiés au 1er semestre 2013 comparé aux 8.320 cas en 2012 dans les pays de l'Union Européenne. Séroprévalence de la séronégativité chez les enfants variait de 10 à 30 % (2006).
Immunité	Immunité naturelle (naturellement acquise) : à vie. Immunité vaccinale : taux de séroconversion de près de 100 %, pour une durée d'au moins 10 à 20 ans
Saisonnalité	Hivers et Printemps
Géographie Sex-ratio	Ubiquitaire
<i>Populations à risque</i>	
Groupes à risques de développer la maladie	Personnes non vaccinées.
Groupes à risque de développer des formes graves	Femmes enceintes non immunisées.
Grossesse allaitement	Infection durant la grossesse : risque tératogène : - Risque d'embryopathie avec syndrome malformatif en cas de contamination jusqu'à la 20^{ème} semaine : - 85 % de malformations pendant les 8 premières semaines (atteintes multiviscérales) ; - 52 % de 9 à 12 semaines (incluant les cardiopathies) ; - 16 % de 13 à 20 semaines (atteinte cérébrale et oreille interne). - Risque de fœtopathie à évolution viscérale en cas d'atteinte après 20 semaines Peut s'associer à l'embryopathie : hypotrophie constante et lésions pluriviscérales évolutives comme un purpura thrombopénique, une hépatosplénomégalie et un ictère, une méningite lymphocytaire, une myocardite, une pneumopathie interstitielle, des lésions osseuses. Risque léthal dans 1 cas sur 5 avec persistance du virus dans les viscères et le pharynx avec contagiosité massive pendant au moins 6 mois après la naissance. Vaccination : contre-indiquée tout au long de la grossesse.
<i>Prise en charge du patient</i>	
Traitement	Symptomatique
Mesures d'Hygiène	Appliquer les mesures d'hygiène générale et les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission aérogène, disponibles sur ce site.
Isolement	Eviction du sujet malade et/ou isolement jusqu'à guérison clinique

Rubéole et rubeole congénitale

<i>Prise en charge de l'entourage du patient (post-exposition)</i>	
<u>Prophylaxie</u>	<p>Pour l'entourage du malade : Eviter le contact avec les femmes enceintes non immunisées.</p> <p>En cas de grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluation systématique du statut immunitaire vis-à-vis de la rubéole, en particulier en médecine du travail ; - en cas d'antécédents vaccinaux documentés anciens (plus de 10 ans), la persistance d'efficacité doit être contrôlée sérologiquement ; <p>Vaccination de rattrapage, en cas d'historique vaccinal incomplet.</p>
<u>Mesures d'Hygiène</u>	Appliquer les mesures d'hygiène générale et les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission aérogène, disponibles sur ce site.
<u>Isolement</u>	N/A
<u>Collectivité à risque</u>	Personnel travaillant au contact des enfants et de femmes enceintes : milieux d'accueil, garderies, milieux scolaires, services de pédiatrie, etc.
<i>Prévention pré-exposition</i>	
<u>Mesures préventives générales</u>	Mesures d'hygiène applicables aux maladies à transmission aérogène.
<u>Vaccination</u>	<p>2 doses Vaccin trivalent vivant atténué : RRO1 à 12 mois, RRO2 à 10-13 ans.</p> <p>Contre-indications : Femmes enceintes, patients immunodéprimés, personnes allergiques à un des composants du vaccin.</p> <p>Incitation vaccinale à toutes les femmes non-immunes en âge de procréer sous couvert d'une contraception et à tous les sujets non-immuns dont l'activité professionnelle consiste à prodiguer des soins aux femmes enceintes (personnels d'obstétrique notamment). Chez les femmes en âge de procréer, la vaccination ne sera administrée que sous contraception stricte et en dehors de toute grossesse. Contraception au moins un mois avant l'administration du vaccin et au moins 2 mois après.</p>

Rubéole et rubeole congénitale

1. Agent pathogène

- Germe :

Le virus de la rubéole est un *Rubivirus* de la famille des *Togaviridae*. Il est composé d'ARN monocaténaire, à polarité positive et muni d'une capsid. Il existe un seul type antigénique du virus. La biologie moléculaire permet de distinguer les souches vaccinales de souches « sauvages » selon des génotypes.

- Réservoir :

Strictement humain.

- Résistance physico-chimique :

Courte survie à l'extérieur de l'hôte ; inactivé par la chaleur : 56 °C pendant 30 minutes, 70 °C pendant 4 minutes, 100 °C pendant 2 minutes ; sensible aux rayons U.V. et à de nombreux désinfectants et antiseptiques : hypochlorite de sodium à 1 %, éthanol à 70 %, glutaraldéhyde, formaldéhyde, solvants lipidiques.

- Pathogénèse :

Le virus se réplique dans l'appareil oro-pharyngé, à partir duquel il peut se disséminer dans l'organisme par voie sanguine.

En cas de primo infection rubéolique maternelle, la contamination de l'embryon ou du fœtus se fait par voie hématogène transplacentaire. Au cours de la virémie maternelle, une infection des cellules trophoblastiques ou intravillositaires peut survenir. Cependant, si cette étape est nécessaire, une infection placentaire n'est pas synonyme d'atteinte foetale. Deux facteurs interviennent en particulier : l'âge gestationnel au moment de l'infection maternelle et la résistance du fœtus à l'infection (voir le point Complications).

2. Clinique

- Transmission :

La rubéole se transmet par l'intermédiaire de gouttelettes provenant des voies aériennes supérieures et générées par la toux, les éternuements ou la parole d'une personne infectée.

La transmission peut se faire aussi par contact des muqueuses avec des mains, des objets ou des surfaces fraîchement contaminés par des sécrétions d'un sujet infecté ou l'urine d'un nouveau-né atteint de rubéole congénitale.

- Incubation :

Le temps d'incubation est d'environ 14 à 21 jours.

- Période de contagiosité :

La contagiosité dure pendant tout le portage :

- chez les personnes atteintes de rubéole : depuis une semaine avant l'éruption à une semaine après, pouvant se prolonger jusqu'à 15 à 21 jours après l'éruption, notamment chez l'immunodéprimé ; la contagion est la plus importante durant la phase éruptive.

- chez les nouveau-nés atteints de rubéole congénitale, l'excrétion du virus se prolonge au moins 6 mois (notamment dans l'urine) et, pendant toute cette période, ils peuvent continuer de transmettre l'infection aux personnes qui prennent soin d'eux.

La virémie est brève : de quelques jours avant l'éruption à 1 à 2 jours après.

Rubéole et rubeole congénitale

- Symptômes :

La phase d'invasion, souvent muette chez l'enfant, peut-être plus marquée chez l'adolescent et l'adulte avec une fièvre modérée, des céphalées, des arthromyalgies et des douleurs pharyngées dans les 5 jours précédant l'éruption. Les adénopathies cervicales sont constantes, parfois tendues et un peu douloureuses, et de localisation caractéristique (rétro-auriculaires, cervicales postérieures et surtout sous occipitales).

L'éruption, inconstante, débute au niveau du visage et du cou, s'étend en moins de 24 heures au tronc puis aux membres, en respectant les extrémités. Son aspect est morbilliforme le 1er jour avec des éléments maculeux ou maculo-papuleux (visage). L'éruption devient parfois scarlatiniforme le 2e jour (fesses et cuisses) et disparaît au 3e jour, généralement sans desquamation.

La fièvre, si elle est présente, n'est présente que le premier jour du rash cutané.

Ces signes peuvent s'accompagner parfois d'un énanthème très discret et d'une splénomégalie modérée.

Des formes paucisymptomatiques ou frustes, limitées à une éruption fugace et peu visible sont fréquentes.

- Complications :

Les complications sont rares : polyarthrites simultanées à l'éruption chez l'adolescent ou l'adulte, purpura thrombopénique post éruptif chez l'enfant (1/3.000), méningo-encéphalite plus rare que celle de la rougeole (1/5.000 à 1/25.000) et qui touche plus les adultes.

En cas de grossesse, les complications sont fréquentes (avortement spontané et embryofœtopathie). En effet, 90% des rubéoles maternelles du premier trimestre conduisent à une embryofœtopathie appelée rubéole congénitale. Les 12 premières semaines de grossesse sont, à cet égard, les plus sensibles. Passé ce délai, le risque majeur est la surdité. La rubéole congénitale se traduit par :

- des malformations cardiaques ;
- des malformations neurologiques ;
- des malformations oculaires ;
- un retard de croissance ;

Les principales anomalies qui composent le SRC sont : une surdité neuro-sensorielle (altération des potentiels évoqués auditifs) parfois évolutive après la naissance, des anomalies oculaires (cataractes ou glaucomes), des anomalies cardiovasculaires (cardiopathies septales), des anomalies cérébrales (retard mental).

Les effets du virus de la rubéole sur le fœtus sont dépendants de la période de l'infection : en général, plus le fœtus est jeune lors de l'infection, plus sévère sera la maladie. Le retard de croissance ne semble apparaître que si l'infection a eu lieu au premier trimestre.

- Avant la 9ème semaine de gestation : 65 à 85% des embryons sont atteints avec souvent de multiples anomalies et malformations, pouvant entraîner des fausses couches.
- Entre la 9ème et 12ème semaine, la probabilité d'atteinte fœtale avec malformation (cardiopathie) est d'environ 50%.
- Entre la 12ème et la 16ème semaine, c'est une surdité que l'on observe le plus souvent.
- Et entre la 13ème et la 20ème semaine, jusqu'à 16% des nourrissons vont développer des atteintes de l'oreille interne.
- Après la 20ème semaine, il y a risque de fœtopathie à évolution viscérale: hypotrophie constante et lésions pluriviscérales évolutives de type purpura thrombopénique, hépatosplénomégalie et ictère, méningite lymphocytaire, myocardite, pneumopathie interstitielle, lésions osseuses ; risque léthal dans 1 cas sur 5 avec persistance du virus dans les viscères et le pharynx avec contagiosité massive pendant 6 mois.

Rubéole et rubeole congénitale

Ce sont donc surtout les infections avant 16 semaines qui sont à l'origine de déficiences intellectuelles de sévérité variable, de microcéphalies et de diplégies spastiques, d'une prématurité avec petit poids de naissance.

3. Diagnostic

- Diagnostic biologique :

Le diagnostic prénatal d'infection foetale doit être proposé en cas de contact d'une femme enceinte non-immunisée avec un patient infecté, qu'il y ait éruption ou non. Si la patiente n'a pas été vaccinée récemment, on peut affirmer la primo-infection rubéoleuse en cas :

- (1) D'élévation des IgG sériques ou séroconversion avec IgM au-dessus du seuil de positivité;
- (2) De faible avidité des IgG (voir explication ci-dessous);
- (3) De présence d'IgM dans le sang foetal (une ponction de sang foetal ne peut être pratiquée qu'après 22 semaines de grossesse);
- (4) D'identification du génome viral dans le liquide amniotique par amplification génique;
- (5) De présence d'IgM spécifiques dans le sang du cordon, ou dans n'importe quel tissu du foetus ou du nouveau-né.

Test sériques (Figure 1)

- Détection d'IgM environ 4 jours après l'apparition des premiers signes. (Une augmentation des IgG suit rapidement celle des IgM).
- Il est à noter que le dosage des IgM est peu spécifique.

Les IgM et IgG sont d'apparition simultanée et concomitante à l'éruption, avec disparition rapide des IgM après 3 à 6 semaines, et persistance des IgG " en plateau " à des taux et pendant une durée très variable d'un sujet à l'autre. En l'absence d'IgM, l'argument décisif d'infection récente est donc le comparatif entre deux examens successifs : séroconversion ou élévation significative du taux d'IgG (taux x 4) entre un examen précoce et un examen 3 à 4 semaines plus tard (dans le même laboratoire) ; on peut aussi mesurer l'avidité des anticorps de classe IgG (les anticorps sont d'autant plus avides qu'ils sont anciens). Celle-ci et une recherche d'IgA (si elle est négative, la primo-infection est exclue) peuvent être pratiquées dans les laboratoires spécialisés afin de différencier les primo-infections des ré-infections.

Hémogramme

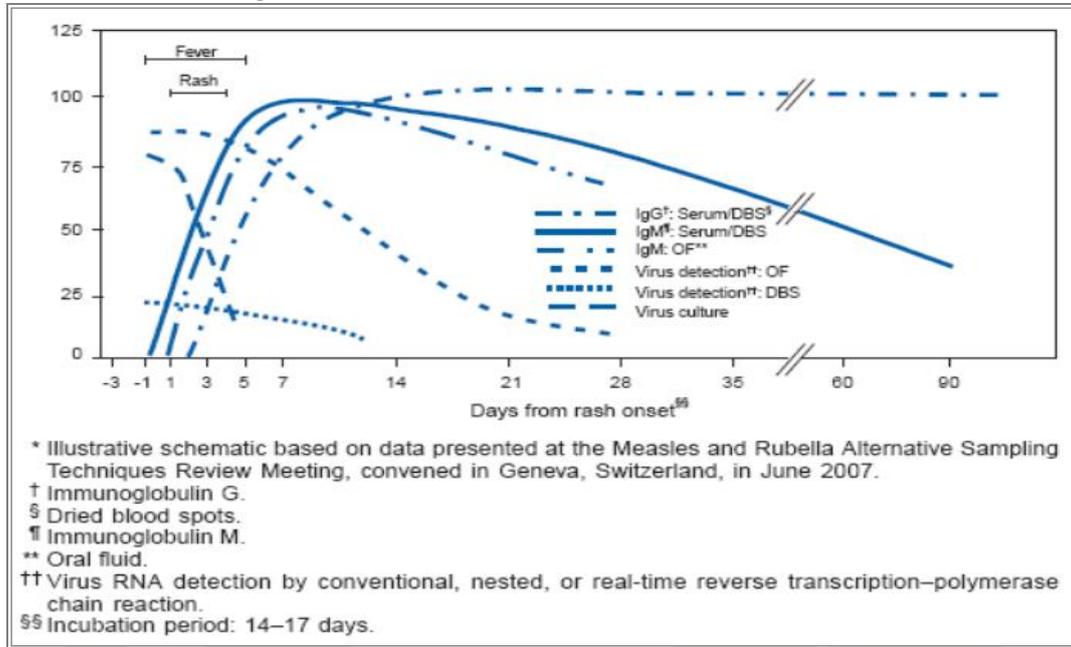
Leuconéutropénie avec plasmocytose (5 à 10 %).

Détection du virus de la rubéole

- **PCR** : le virus est détectable dans le frottis de gorge ou les urines.
- **Culture du virus** (difficile).

Rubéole et rubeole congénitale

Figure 1: Evolution clinique et sérologique de la rubéole (Source : WHO Manual for the laboratory diagnosis of measles and rubella virus infection, 2007).



4. Définition de cas de l'ECDC

- Critère de diagnostic :

Critères cliniques

Tout sujet présentant une brusque éruption maculopapuleuse généralisée, ET

Au moins un des cinq symptômes suivants:

- adénopathie cervicale ;
- adénopathie sous-occipitale ;
- adénopathie rétro-auriculaire ;
- arthralgie ;
- arthrite.

Critères de laboratoire :

Les résultats de laboratoire doivent être interprétés à la lumière du statut vaccinal.

Critères de laboratoire pour la confirmation du cas, au moins un des trois critères suivants:

- isolement du virus de la rubéole à partir d'un échantillon clinique ;
- détection d'acide nucléique du virus de la rubéole dans un échantillon clinique ;
- formation d'anticorps (IgG) spécifiques du virus de la rubéole dans le sérum ou la salive.

Critères de laboratoire pour un cas probable :

- formation d'anticorps (IgM (10) spécifiques du virus de la rubéole).

Critères épidémiologiques :

Lien épidémiologique par transmission interhumaine.

Rubéole et rubeole congénitale

RUBÉOLE CONGÉNITALE (y compris syndrome de rubéole congénitale)

Critères cliniques :

Infection rubéoleuse congénitale : aucun critère clinique ne peut être défini pour cette infection.

Syndrome de rubéole congénitale (SRC) : tout nourrisson de moins d'un an ou tout enfant mort-né présentant:

au moins deux des affections énumérées au point A),

OU

une des affections du point A) et une des affections du point B).

A)

— Cataracte(s)

— Glaucome congénital

— Cardiopathie congénitale FR L 262/26 Journal officiel de l'Union européenne 27.9.2012

— Perte de l'ouïe

— Rétinopathie pigmentaire

B)

— Purpura

— Splénomégalie

— Microcéphalie

— Retard de développement

— Méningo-encéphalite

— Raréfaction osseuse radiologique

— Ictère débutant dans les 24 heures après la naissance

Critères de laboratoire :

Au moins un des quatre critères suivants:

— isolement du virus de la rubéole à partir d'un échantillon clinique,

— détection d'acide nucléique du virus de la rubéole,

— formation d'anticorps (IgM) spécifiques du virus de la rubéole,

— persistance d'IgG de la rubéole entre le 6^e et le 12^e mois (au moins deux échantillons avec une concentration identique d'IgG antirubéole).

Les résultats de laboratoire doivent être interprétés à la lumière du statut vaccinal.

Critères épidémiologiques :

Tout nourrisson ou tout enfant mort-né d'une mère chez qui une infection rubéoleuse a été confirmée en laboratoire au cours de la grossesse (transmission interhumaine/transmission verticale).

- **Cas possible :**

Toute personne répondant aux critères cliniques.

RUBÉOLE CONGÉNITALE (y compris syndrome de rubéole congénitale)

sans objet.

Rubéole et rubeole congénitale

- Cas probable :

Toute personne avec critères cliniques et présentant un lien épidémiologique.

RUBÉOLE CONGÉNITALE (y compris syndrome de rubéole congénitale)

Tout enfant mort-né ou nourrisson qui n'a pas fait l'objet d'analyses OU dont les résultats de laboratoire sont négatifs, remplissant au moins un des deux critères suivants:

— un lien épidémiologique ET au moins une des affections énumérées au point A) des critères cliniques

du SRC,

— critères cliniques du SRC remplis.

- Cas confirmé :

Toute personne qui n'a pas été vaccinée récemment et qui répond aux critères de laboratoire pour la confirmation des cas. En cas de vaccination récente, toute personne chez qui une souche sauvage du virus de la rubéole a été détectée.

RUBÉOLE CONGÉNITALE (y compris syndrome de rubéole congénitale)

Tout enfant mort-né répondant aux critères de laboratoire,

OU

tout nourrisson répondant aux critères cliniques ET remplissant au moins un des deux critères suivants:

— lien épidémiologique,

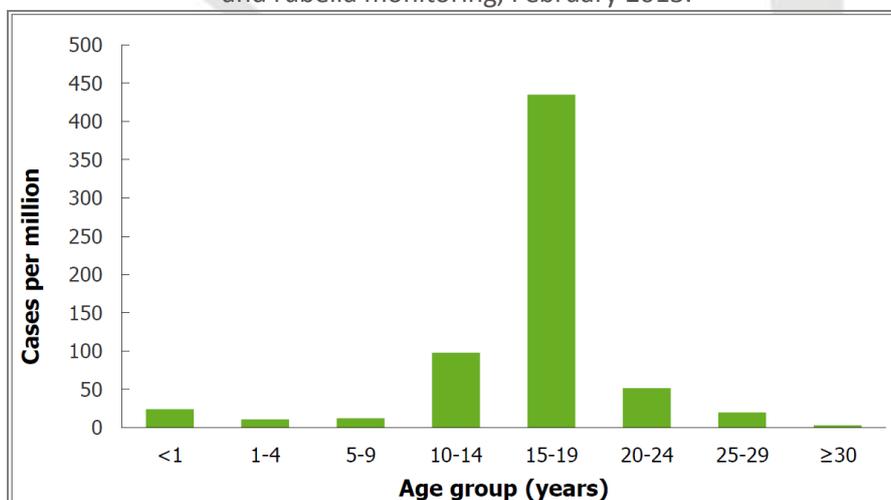
— au moins une des affections énumérées au point A) des critères cliniques du SRC.

5. Epidémiologie

- Groupe d'âge :

En 2012 en Europe, tous les groupes d'âge furent touchés.

Graphe 1 : Taux de notification de rubéole (cas par millions) par groupes d'âge, entre mars 2012 et février 2013 pour les pays de l'UE/EEA (N=11 169 cas pour lesquels l'âge est connu). ECDC Measles and rubella monitoring, February 2013.



Rubéole et rubeole congénitale

- Incidence :

Dans les populations non vaccinées, le pic de prévalence se situe au cours de l'enfance; des formes sporadiques, voire des épidémies sont possibles chez les vaccinés n'ayant pas eu de rappel.

Depuis 2012, on constate une réémergence de cas de rubéole en Europe parmi des populations insuffisamment vaccinées. 27.276 cas de rubéole ont été notifiés au 1er semestre 2013 comparé aux 8.320 cas en 2012 dans les pays de l'Union Européenne. En 2012, 97 % des cas déclarés provenaient de Roumanie et de Pologne mais seulement 6 % de ces cas ont été confirmés en laboratoire. Le plus haut taux de notification a été observé parmi les adolescents âgés de 15-19 ans (97 cas pour 100 000 habitants) et dans 99% des cas, les patients étaient non vaccinés. 11 cas de SRC ont été signalés : 10 cas autochtones en Roumanie et 1 cas importé en Finlande.

Avant l'introduction du vaccin anti-rubéoleux **en Belgique**, l'incidence du SRC était estimée entre 1 et 2 pour 1000 naissances vivantes durant les périodes d'endémie, et entre 0,8 et 40 pour 1000 naissances vivantes au cours des épidémies de rubéole. Depuis les années 80, la baisse globale du nombre de cas de rubéole et de SRC fait suite à l'introduction du vaccin contre la rubéole dans les programmes de vaccination systématique des enfants. Le Bureau régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a planifié **l'élimination de la rubéole dans la région pour l'année 2015**. L'indicateur OMS pour l'élimination est inférieur à 1 cas de SRC par an pour 100.000 naissances vivantes. Une dose du vaccin anti-rubéole suffit pour induire une protection suffisante chez 95 % des personnes vaccinées. L'immunité de groupe est assurée avec une couverture vaccinale de plus de 85%.

En Belgique, un cas importé de SRC (mère contaminée en dehors de la Belgique) a été déclaré en 2012 via le réseau PediSurv. Avant cela, le dernier cas signalé en Belgique par la Fédération Wallonie-Bruxelles remonte à 2001. Pour estimer la circulation du virus de la rubéole en Belgique, le Comité pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole insiste sur la nécessité d'une surveillance concernant la séroprévalence dans la population générale et la séroconversion chez les femmes en âge de procréer, par exemple, via un réseau de surveillance gynécologique. Le comité insiste également sur l'intérêt d'une surveillance des cas sérologiquement confirmés pour la rubéole et d'une confrontation des données cliniques/épidémiologiques avec les données de laboratoire dans le but de pouvoir, en cas d'infection récente, rechercher activement des contacts proches.

Lors de la dernière étude en Belgique, en 2006, la prévalence de la séronégativité pour la rubéole dans le groupe d'âge de 2 à 22 ans variait de 10 à 30 % impliquant un risque pour les femmes enceintes non immunisées. L'ISP a planifié une étude de séroprévalence pour la rubéole en 2014.

En France, entre 1997 et 2006, 324 infections maternelles ont été diagnostiquées et notifiées par le réseau sentinelle « Rénarub ». Elles ont conduit à la naissance de 33 enfants atteints de SRC et à 86 interruptions médicales de grossesse. Le ratio du nombre d'infections maternelles sur le nombre de naissances vivantes (NV) a diminué, passant de 11,9 cas/100.000 en 1997 à 0,4 cas/100.000 en 2006. Le taux d'incidence des rubéoles congénitales malformatives recensées par le réseau a également diminué, passant de 1,1/100.000 naissances vivantes en 1997 à 1,0 en 2000, et était pour la première fois nul en 2006.

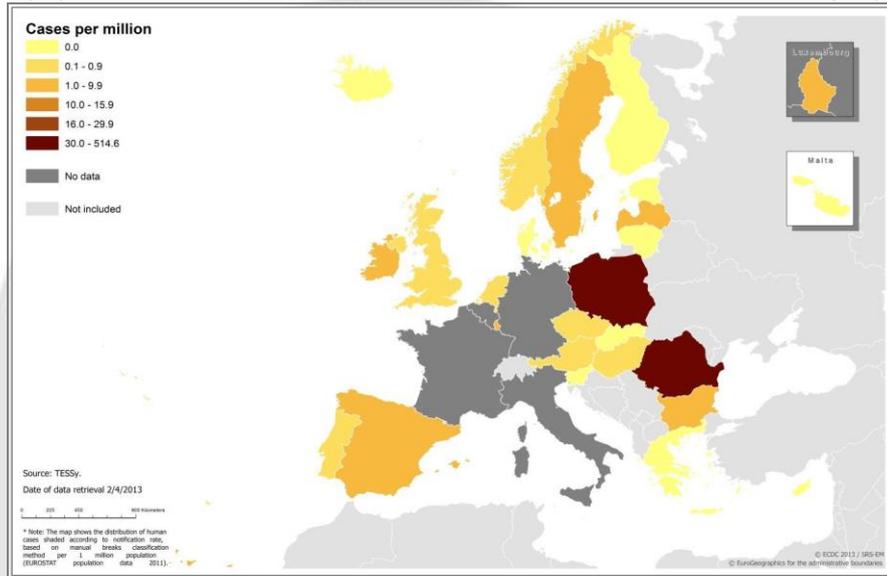
En Grèce, entre 1994 et 2003, des cas de SRC se sont déclarés, ils ont fait suite à une période de faible couverture de la vaccination antirubéoleuse chez l'enfant.

Rubéole et rubeole congénitale

Les **Pays-Bas** ont connu une épidémie en 2004-2005 dans le « Biblebelt² » et le RIVM (Institut national néerlandais de santé publique et d'environnement) avait rapporté 387 cas de rubéole dont 16 pendant la grossesse avec 11 cas de SRC et 2 morts fœtales.

On estime à 100.000 le nombre d'enfants naissant chaque année avec des malformations congénitales liées à la rubéole.

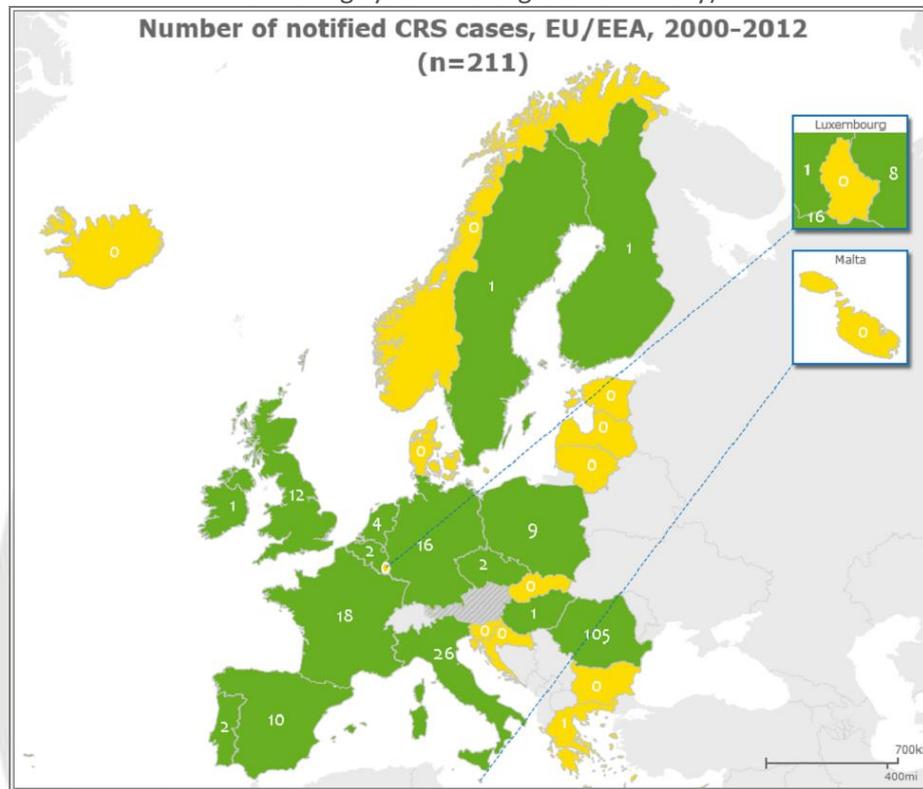
Figure 2 : taux de notification de rubéole (cas par millions) par pays, entre mars 2012 et février 2013 pour les pays de l'EU/EEA (N=21 549). ECDC, Measles and rubella monitoring, April 2013.



² Région rigoriste des Pays-Bas (surtout nord-est) où les gens vivent selon les préceptes de l'orthodoxie protestante rigoriste et sont généralement anti-vaccins.

Rubéole et rubeole congénitale

Figure 3 : nombre de cas de SRC notifiés par les états membres de l'UE, 2000-2012. Figure créée le 10/09/2013 par l'ECDC sur base des chiffres de l'OMS (WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system 2013 global summary).



- **Immunité :**

L'immunité acquise naturellement est définitive.

La ré-infection des sujets immuns ne provoque ni manifestation clinique ni virémie mais une éventuelle ré-ascension des anticorps ; elle ne présente aucun risque pour le fœtus au cours de la grossesse.

L'immunité vaccinale est acquise 2 à 4 semaines après l'injection, avec un taux de séroconversion de près de 100 %, pour une durée d'au moins 10 à 20 ans. La réponse immunitaire à cette vaccination n'est pas assez rapide pour prévenir la maladie après exposition. La 2ème dose est nécessaire pour pallier aux échecs vaccinaux de la 1ère dose.

- **Saisonnalité :**

Epidémie saisonnières à la fin de l'hiver et au printemps, et à recrudescence épidémique cyclique.

- **Géographie et sexe ratio :**

Ubiquitaire.

Sex-ratio H/F : N/A

Rubéole et rubeole congénitale

6. Population à risque

- Groupes à risque de développer la maladie :

Personnel travaillant au contact des enfants : milieux d'accueil, garderies, milieux scolaires, services de pédiatrie, etc.

Terrain à risque accru d'acquisition : personnes non vaccinées.

- Groupes à risque de développer des formes graves :

Voir point « grossesse et allaitement ».

- Grossesse et allaitement :

- Risque d'embryofoetopathie avec syndrome malformatif en cas de contamination jusqu'à la 20^e semaine à 85 % de malformations pendant les 8 premières semaines (atteintes multiviscérales), 52 % de 9 à 12 semaines (incluant les cardiopathies), 16 % de 13 à 20 semaines (atteinte cérébrale et oreille interne) ;

- Risque de fœtopathie à évolution viscérale en cas d'atteinte après 20 semaines : hypotrophie constante et lésions pluriviscérales évolutives de type purpura thrombopénique, hépatosplénomégalie et ictère, méningite lymphocytaire, myocardite, pneumopathie interstitielle, lésions osseuses ; risque léthal dans 1 cas sur 5 avec persistance du virus dans les viscères et le pharynx avec contagiosité massive pendant 6 mois.

7. Prise en charge du patient

- Traitement :

Uniquement symptomatique.

- Mesures d'hygiène :

Il convient d'appliquer les mesures d'hygiène générales et les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission aérogène. En particulier, il convient de tousser et éternuer de manière hygiénique (dans le pli du coude), se moucher régulièrement en utilisant des mouchoirs en papier jetables, assurer une bonne aération des locaux et, se laver fréquemment les mains, surtout après un contact avec des sécrétions respiratoires.

- Isolement – éviction :

Jusqu'à la guérison clinique.

8. Prise en charge de l'entourage du patient (post-exposition)

Cela concerne les sujets non immunisés ou à statut sérologique inconnu ayant été en contact direct et rapproché (de 1 à 2 mètres) avec une personne infectée, de 7 jours avant son éruption et jusqu'à une semaine après (sauf immunodéprimés et enfants atteints de rubéole congénitale chez lesquels le portage est prolongé pendant plusieurs mois).

Il convient de faire une sérologie initiale pour les sujets à statut sérologique inconnu.

Pour les femmes non immunisées en âge de procréer :

Rubéole et rubeole congénitale

- Si une grossesse débutante est possible, il convient de pratiquer un test de grossesse immédiat.
- Si une grossesse est en cours : la prise en charge en milieu spécialisé est nécessaire.

Pour l'entourage du malade :

éviter le contact avec les femmes enceintes non immunisées.

En cas de grossesse :

- évaluation systématique du statut immunitaire vis-à-vis de la rubéole, en particulier en médecine du travail ;
- en cas d'antécédents vaccinaux documentés anciens (plus de 10 ans), la persistance d'efficacité doit être contrôlée sérologiquement.

- **Prophylaxie :**

Les données actuelles ne permettent pas de conclure à l'efficacité des immunoglobulines polyvalentes.

- **Mesures d'hygiène :**

Il convient d'appliquer les mesures d'hygiène générale et les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission aéroportée.

- **Isolement – éviction :**

N/A.

- **Collectivité à risque :**

L'évaluation systématique du statut immunitaire vis-à-vis de la rubéole sera réalisée : une vaccination de rattrapage en cas d'historique vaccinal incomplet est recommandée.

- **Information :**

Une information sera donnée en fonction du type de patient concerné ou de la collectivité concernée.

9. Prévention pré-exposition

- **Mesures préventives générale :**

Il convient d'appliquer les mesures d'hygiène générale et les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission aéroportée, disponibles sur ce site. En particulier, il convient de tousser et éternuer de manière hygiénique (dans le pli du coude), se moucher régulièrement en utilisant des mouchoirs en papier jetables, assurer une bonne aération des locaux, se laver fréquemment les mains, surtout après un contact avec des sécrétions respiratoires.

Rubéole et rubeole congénitale

- Vaccination :

La vaccination des enfants est préconisée par le Conseil Supérieur de la Santé. En Belgique, le vaccin n'est disponible que sous forme trivalente : « Rougeole-Rubéole-Oreillons » (RRO).

Schéma vaccinal:

- Vaccination de base : à l'âge de 12 mois
- Rappel : entre 10 et 13 ans
- Vaccination de rattrapage : une personne vierge de toute vaccination contre la rubéole recevra 2 doses espacées au minimum d'un mois.

Il y a lieu de recommander la vaccination à toutes les femmes non-immunes en âge de procréer sous couvert d'une contraception et pour tous les sujets non-immuns dont l'activité professionnelle consiste à prodiguer des soins aux femmes enceintes (personnel d'obstétrique notamment).

Notes :

Le vaccin contre la rubéole est de type « vivant atténué », tout comme celui contre la rougeole et les oreillons. On tiendra compte de toutes les valences vaccinales lors de l'évaluation des contraindications.

Le vaccin « Rougeole-Rubéole-Oreillons » est contre-indiqué lors des circonstances suivantes :

- réactions allergiques connues au vaccin ou à l'un de ses composants ;
- immunodépression (à évaluer au cas par cas avec le médecin traitant) ;
- grossesse.

Toutefois, des études portant sur le pronostic de grossesses menées à terme suite à une vaccination accidentelle ne concluent pas en faveur d'une interruption de grossesse en cas de vaccination pratiquée juste avant ou pendant une grossesse.

En cas de désir de grossesse chez une personne dont l'historique vaccinal est incertain, une sérologie est requise. Il en est de même chez toute femme en âge de procréer.



Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap



Rubéole et rubeole congénitale

Personnes de contact

Centre National de référence

Rue J. Wytsman 14

1050 Bruxelles

Tél. 02.642.56.90

Fax. 02 642.56.92

E-mail virologie@wiv-isp.be

https://nrchm.wiv-isp.be/fr/centres_ref_lab0/measles_et_rubellavirus/default.aspx

Institut Scientifique de Santé Publique

Personne responsable : Tine Grammens

E-mail : Tine.Grammens@wiv-isp.be

Tél. : +32 2 642 57 81

Fax : +32 2 642 57 81



Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap



Rubéole et rubeole congénitale

Références

1. Plotkin S, Orenstein W, Offit P. Vaccines. 6th ed. Saunders ; 2013.
2. Dewilde L. Quinze programmes d'immunisation de la population belge. Rapport du Ministère de la Santé Publique. Bruxelles, 1975.
3. World Health Organization. Global measles and rubella strategic plan: 2012–2020.
4. Demicheli V, Rivetti A, Debalini MG, Di Pietrantonj C. Vaccines for measles, mumps and rubella in children.
Cochrane Database Syst Rev. 2012 Feb 15;2:CD004407.
5. Metcalf CJE, Lessler J, Klepac P, Cutts F, Grenfell BT. Minimum levels of coverage needed for rubella vaccination: impact of local demography, seasonality and population heterogeneity. *Epidemiol Infect.* 2012; 16:1–12.
6. ECDC surveillance report. Measles and rubella monitoring, February 2013.
http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/vpd/pages/emmo.aspx.
7. ECDC surveillance report. Measles and rubella monitoring, April 2013
http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/vpd/pages/emmo.aspx.
8. Paradowska-Stankiewicz I, Czarkowski MP, Derrough T, Stefanoff P. Ongoing outbreak of rubella among young male adults in Poland: increased risk of congenital rubella infections. *Euro Surveill.* 2013; 18(21):pii=20485. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20485>
9. Three Cases of Congenital Rubella Syndrome in the Postelimination Era — Maryland, Alabama, and Illinois, 2012. *Weekly March 29, 2013 / 62(12);226-229.*
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6212a3.htm>
10. Centre National de Référence Measles, Rubella and Mumps. <https://nrchm.wiv-isp.be/default.aspx>
11. WHO. Rubella vaccines: WHO position paper. *Weekly epidemiological record.* 2011 Jul 15; 29: 301-316
<http://www.who.int/wer/2011/wer8629.pdf>
12. Panagiotopoulos T, Georgakopoulou T. Epidemiology of rubella and congenital rubella syndrome in Greece, 1994-2003. *European Surveillance*, 2004, 9(4): 17-19.
13. Hahné S, Macey J, van Binnendijk R, et al. Rubella outbreak in the Netherlands, 2004-2005: high burden of congenital infection and spread to Canada. *Pediatr Infect Dis J.* 2009 Sep;28(9):795-800.
14. Theeten H, Hutse V, Hens N et al. Are we hitting immunity targets? The 2006 age-specific seroprevalence of measles, mumps, rubella, diphtheria and tetanus in Belgium. *Epidemiology and Infection.* 2011 Apr;139(4):494-504.
15. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional de l'Europe. EUR/RC Regional Commission 63/12.
Rapport de situation sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole et programme de mesures accélérées pour parvenir à leur élimination dès 2015.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/196232/63wd12f_Measles.pdf
16. Parent du Châtelet I, Bouraoui L, Grangeot-Keros L, Six C et al. Bilan de 10 années de surveillance des infections rubéoleuses durant la grossesse à travers le réseau de laboratoires Rénarub en France métropolitaine, 1997-2006. *Bull Epidémiol Hebd.* 2008;14-15:102-06.



Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap



Rubéole et rubeole congénitale

18. Prevalence of measles, rubella, mumps, and varicella antibodies among healthcare workers in Japan. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2004;25(7):591-94.
19. Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, editors. Principles and practices of infectious disease. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, Elsevier; 2010.
21. Janta D, Stanescu A, Lupulescu E, Molnar G, Pistol A. Ongoing rubella outbreak among adolescents in Salaj, Romania, September 2011–January 2012. *Euro Surveill.* 2012;17(7):pii=20089.
22. Zimmerman L, Rogalska J, Wannemuehler KA, Haponiuk M, Kosek A, Pauch E, et al. Toward rubella elimination in Poland: need for supplemental immunization activities, enhanced surveillance, and further integration with measles elimination efforts. *J Infect Dis.* 2011 Jul;204 Suppl 1:389-95.
23. Haas R de, Hof S van der e.a. Prevalence of antibodies against rubella virus in the Netherlands 9 years after changing from selective to mass vaccination. *Epidemiol Infect.* 1999;123:263-270.
24. Mingle JA. Frequency of rubella antibodies in the population of some tropical African countries. *Rev Infect Dis.* 1985 Mar-Apr;7 Suppl 1:68-71.
25. World Health Organization. Manual for the laboratory diagnosis of measles and rubella virus infection 2nd ed. Geneva. 2007.
http://www.who.int/ihr/elibrary/manual_diagn_lab_meas_rub_en.pdf
26. David L. Heymann, editor. Control of Communicable Diseases Manual. 18th ed. Washington : American Public Health Association; 2008.
27. Robert E, Swennen B. Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale - Année 2012, Université libre de Bruxelles, École de santé publique, 2013.
28. Robert E, Swennen B. Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Wallonie - Année 2012, Université libre de Bruxelles, École de santé publique, 2013.
29. Robert, E and Swennen, B. Enquête de couverture vaccinale en Fédération Wallonie-Bruxelles, Bruxelles excepté – 2012. PROVAC-ULB. Ecole de Santé Publique; 2013.
30. World Health Organization. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system 2013 global summary
http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tsincidencecrs.html



Rubéole et rubeole congénitale

Annexe 1 : formulaire du Centre National de Référence pour la rubéole

Site internet : https://nrchm.wiv-isp.be/fr/centres_ref_lab/masles_et_rubellavirus/default.aspx

 WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE Maladies Virales LABORATOIRE NATIONAL DE LA ROUGEOLE ET DE LA RUBEOLE Rue J. Wytsman 14 1050 Bruxelles Tél. 02.642.56.90 Fax. 02.642.56.92 E-mail virologie@wiv-isp.be	N° DE REFERENCE DU CENTRE RUB _____ / _____	DATE DE RECEPTION _____
	IDENTIFICATION DU LABORATOIRE DEMANDEUR Nom : _____ Adresse : _____ _____ Tél./Fax : _____	
RUBEOLE		
RENSEIGNEMENTS LE PATIENT (OBLIGATOIRE)		
Votre N° de référence : _____ Nom du patient : _____ Date de prélèvement du sérum : _____ Remarques : _____	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Age ou date de naissance : _____ Nationalité : _____ Code postal : _____	
DONNEES MEDICALES		
Nombre de doses du vaccin rubéole : _____ Date de la dernière dose : _____ Date du début de la fièvre : _____ Date du début de l'éruption : _____ Type d'éruption : _____ Femme enceinte : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Séjour à l'étranger de 14 à 21 jours avant l'apparition de l'éruption : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Données du médecin demandeur (OBLIGATOIRE)		
Nom : _____ Adresse : _____ N° tél : _____		
TESTS DEMANDES		RESULTATS DU LABORATOIRE DEMANDEUR
1. Rubéole IgM (serum) <input type="checkbox"/> 2. Rubéole IgG (serum) <input type="checkbox"/> 2. Rubéole PCR (écouvillon nasopharyngé) <input type="checkbox"/>		1. _____ 2. _____ 3. _____



Rubéole et rubeole congénitale

Annexe 2 : Questionnaire pour la surveillance du Syndrome de rubéole congénitale



Institut Scientifique de Santé Publique
Surveillance des infections pédiatriques (PediSurv)



Rubéole Congénitale

Informations cliniques et épidémiologiques du cas

Veillez compléter ce formulaire et le transmettre par courrier, fax ou e-mail à l'ISP :
WIV-ISP, Direction Santé publique et Surveillance, Dr M. Sabbe,
rue J Wytsman 14, 1050 Bruxelles
ou (fax) 02/642.54.10 ou pedisurv@wiv-isp.be

Date de la déclaration (jour/mois/année) : ____/____/____

Nom du médecin déclarant et Hôpital: _____

1. Identification du patient

Initiales (nom/prénom): ____/____

Date de naissance (jour/mois/année): ____/____/____

Sexe: masculin féminin

Code postal: _____

2. Données de la mère

Initiales (nom/prénom): ____/____

Date de naissance (jour/mois/année): ____/____/____

Lieu de l'accouchement: _____

Infection de la mère par rubéole pendant la grossesse ? Oui Non Inconnu

3. Données cliniques

Naissance vivante Mort-né

Date d'apparition des premiers symptômes: ____/____/____

Résumé des symptômes

Cataract	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Glaucome congénitale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Malformation cardiaque congénitale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Surdité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Rétinopathie pigmentale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Purpura	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Splénomégalie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Microcéphalie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Retard de développement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu

Rubéole et rubeole congénitale

Méningo-encéphalite Oui Non Inconnu

Maladie osseuse radiolucide Oui Non Inconnu

Jaunisse, début dans les 24h après la naissance Oui Non Inconnu

Décès Oui Non Inconnu

Date du décès : _____ / _____ / _____

Cause du décès : _____
.....

4. Examens complémentaires

A-t-on fait un examen sérologique à la recherche d'AC contre la rubéole? Oui Non Inconnu

Si oui, à quelle date a-t-on fait le prélèvement et quel est le résultat ?

Date du 1^{er} échantillon: ___ / ___ / ___

Date du 2^e échantillon: ___ / ___ / ___

Résultat : Titre IgG :
 Titre IgM :
 Inconnu

Résultat : Titre IgG :
 Titre IgM :
 Inconnu

A-t-on fait une culture virologique ? Oui Non Inconnu

Si oui, quel type d'échantillon a-t-on prélevé, à quelle date et quel est le résultat ?

Type d'échantillon :

Date : _____ / _____ / _____

Résultat : Négatif
 Positif
 Inconnu

A-t-on fait une détection d'acide nucléique ? Oui Non Inconnu

Date : _____ / _____ / _____

Résultat :

5. Classification finale

Date : ___ / ___ / ___

Cas probable

Cas confirmé



Rubéole et rubeole congénitale

Annexe 3 : Questionnaire pour la surveillance de la rubéole

QUESTIONNAIRE SURVEILLANCE RUBEOLE CLINIQUE, BIOLOGIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE

Médecin signalant (cachet) :

Date :

1. Identification du patient

Initiales (prénom, nom) : ___

Date de naissance (jour/mois/année) : ___/___/____

Sexe : masculin féminin

Code postal : _____

2. Statut vaccinal

Est-ce que le patient est vacciné contre la rubéole ? Oui Non Inconnu

Si non, pourquoi ?

Si oui, combien de doses a t'il reçu ? ___

Date du dernier vaccin ? ___/___/___

Est-ce que la carte de vaccination est disponible ? Oui Non Inconnu

3. Données cliniques

Date des premiers symptômes : ___/___/___

Résumé des symptômes

Eruption cutanée :

Date d'apparition : ___/___/___ Durée : ___

Aspect : maculopapulaire
 vésiculaire
 autre :

Fièvre ? Oui Non Inconnu

Date d'apparition : ___/___/___

Lymphadénopathie ? Oui Non Inconnu

Rhinite ? Oui Non Inconnu

Conjunctivite ? Oui Non Inconnu

Arthralgie / arthrite ? Oui Non Inconnu

Autre ? (précisez)

Complications ? (précisez)

Grossesse ? Oui Non Inconnu

Durée de la grossesse au moment de l'infection : ___ semaines

Résultat de la grossesse :

Rubéole et rubeole congénitale

4. Examens complémentaires

A-t-on fait un examen sérologique à la recherche d'AC contre la rubéole ? Oui Non Inconnu

Si oui, à quelle date a-t-on fait le prélèvement et quel est le résultat ?

Date du 1^e échantillon : __/__/__ Date du 2^e échantillon : __/__/__

Résultat : Titre IgG : Titre IgM : Inconnu
Résultat : Titre IgG : Titre IgM : Inconnu

A-t-on fait une culture virologique ? Oui Non Inconnu

Si oui, quel type d'échantillon a-t-on prélevé, à quelle date et quel est le résultat ?

Type d'échantillon :

Date : __/__/__

Résultat : Négatif
 Positif
 Inconnu

A-t-on fait envoyer un échantillon Au CNR pour confirmation de la rubéole ? Oui Non Inconnu

5. Sources possibles de l'infection

Y a-t-il eu contact avec un cas probable de rubéole 14 à 21 jours avant l'apparition de l'éruption ? Oui Non Inconnu

Si oui, avec qui ?

Où ?

Y a-t-il eu d'autres cas de rubéole signalés récemment dans la région ? Oui Non Inconnu

Est-ce que le patient a résidé à l'étranger 14 à 21 jours avant l'apparition de l'éruption ? Oui Non Inconnu

Si oui, où ?

Est-ce que le patient travaille dans le secteur du tourisme ou a des contacts internationaux fréquents ? Oui Non Inconnu

Y a-t-il un lien épidémiologique avec un cas importé de rubéole ? Oui Non Inconnu

Si oui, avec qui ? Où ?

6. Classification finale

Diagnostic final :

Date : __/__/__

Diagnostic clinique
 Confirmation au laboratoire
 Lien épidémiologique



Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap



Rubéole et rubeole congénitale

Virus importé ?

 Oui Non Inconnu

Pays d'importation :

