

19 JUIN 1992

LE POINT SUR...

INFECTIONS RUBÉOLIQUES CONFIRMÉES AU LABORATOIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET LE NOUVEAU-NÉ EN FRANCE (1990)

I. REBIÈRE *, V. GOULET *

Les infections rubéoliques contractées en cours de grossesse et les cas de rubéole congénitale sont recensés en France, depuis 1976, par le Laboratoire national de la Santé grâce au réseau national « RENARUB » qui regroupe des laboratoires, publics et privés, effectuant la recherche des IgM spécifiques de la rubéole.

Les informations recueillies auprès de ces laboratoires sont complétées, autant que possible, par les médecins traitants et les obstétriciens concernés.

Rappelons que ce recensement est fondé sur la participation volontaire des laboratoires et des médecins et ne représente donc qu'un nombre minimum de cas. Cependant, la participation des laboratoires hospitaliers et des instituts privés spécialisés, qui déclarent la majorité des cas, est régulière d'année en année et celle des laboratoires privés est en hausse continue depuis 1987.

Rappelons enfin que le diagnostic d'infection rubéolique est fondé sur la mise en évidence d'une séroconversion et/ou la présence d'IgM spécifiques de la rubéole lorsque leur signification ne semble pas discutable (recherche prescrite suite à des manifestations cliniques évocatrices ou à une suspicion de contagion). Les rubéoles congénitales sont confirmées par la présence d'IgM spécifiques chez le nouveau-né.

Le bilan de l'année 1990 a été effectué à partir des résultats transmis par 115 laboratoires (1) répartis en 74 laboratoires hospitaliers, 40 laboratoires privés dont 5 instituts spécialisés et 1 service d'hygiène communal. Les laboratoires hospitaliers ont déclaré 83 % des cas, les instituts spécialisés 14,5 % et les autres laboratoires privés 2,5 % des cas.

38 cas d'infections rubéoliques chez la femme enceinte ont ainsi été déclarés pour l'année 1990.

Toutes ces infections ont été dépistées **en cours de grossesse**, aucune n'a été dépistée à la naissance devant un syndrome malformatif.

L'âge des femmes au moment de la survenue de l'infection a été précisé 32 fois sur 38. L'âge moyen est de $26,1 \pm 5,6$ ans.

Le rang de la grossesse a été précisé 29 fois sur 38.

Il s'agissait de la 1^{re} grossesse pour 6 femmes.
2^e grossesse pour 10 femmes.
3^e grossesse pour 6 femmes.
4^e grossesse pour 4 femmes.
5^e grossesse pour 1 femme.
6^e grossesse pour 1 femme.
11^e grossesse pour 1 femme.

Ces 38 cas se répartissent en **23 primo-infections, 6 réinfections et 9 cas non classables** au vu des renseignements recueillis.

1. PRIMO-INFECTIONS RUBÉOLIQUES

23 primo-infections rubéoliques chez la femme enceinte ont été recensées pour l'année 1990.

La rubrique « vaccination » a été complétée 18 fois : **aucune femme n'avait été préalablement vaccinée.**

L'âge des femmes au moment de la survenue de l'infection a été précisé 21 fois sur 23. Il va de 19 à 39 ans avec un âge moyen de $26,6 \pm 5,8$ ans.

Le rang de la grossesse a été précisé 21 fois. Pour 5 femmes, il s'agissait de la 1^{re} grossesse ; pour 8, de la 2^e grossesse ; pour 3, de la 3^e grossesse ; pour 2, de la 4^e grossesse ; pour 1, de la 5^e, pour 1, de la 6^e et pour 1 de la 11^e grossesse. Ainsi, plus des 3/4 des femmes (16/21) avaient déjà connu, au moins, une grossesse.

L'issue de la grossesse est connue dans 22 cas :

- 9 interruptions thérapeutiques de grossesse ;
- 13 naissances.

13 grossesses ont été poursuivies malgré le sérodiagnostic de primo-infection rubéolique.

2 ont donné naissance à des enfants atteints de rubéole congénitale malformative. Une de ces rubéoles congénitales est due à une primo-infection rubéolique survenue chez une femme **enceinte pour la 6^e fois** mais n'ayant mené qu'une seule grossesse à terme ; le nouveau-né présente une surdité de perception bilatérale.

Dans 2 cas, nous n'avons aucune indication sur l'état de santé du nouveau-né.

Les 9 autres grossesses poursuivies ont donné naissance à des enfants ne présentant aucun signe clinique de rubéole dépistable à la naissance.

Pour toutes, la date d'infection maternelle est connue :

- avant la 15^e semaine d'aménorrhée pour 1 ;
- entre la 15^e et la 18^e pour 3 ;
- après la 18^e pour 5.

2. RÉINFECTIONS RUBÉOLIQUES

6 cas de réinfections rubéoliques chez la femme enceinte ont été recensés par le réseau RENARUB pour l'année 1990.

L'une des patientes avait été vaccinée 3 ans plus tôt, les 5 autres n'étaient pas vaccinées.

Dans les 6 cas, les **sérologies précédant la grossesse** étaient positives.

L'âge des femmes au moment de la survenue de la réinfection a été précisé dans les 6 cas. Il va de 23 à 35 ans avec un âge moyen de $27,7 \pm 4,5$ ans.

Le rang de la grossesse a été précisé dans les 6 cas. Pour 2 femmes, il s'agit de la 2^e grossesse ; pour 2, de la 3^e grossesse et pour 2, de la 4^e grossesse. Ainsi, toutes avaient déjà connu, au moins, une grossesse.

L'issue de la grossesse est connue dans les 6 cas :

- 1 avortement spontané ;
- 1 interruption thérapeutique de grossesse ;
- 4 naissances.

Parmi les 4 grossesses poursuivies, **l'une a donné naissance à un enfant atteint de rubéole congénitale malformative** : il s'agit d'une réinfection datée à la 6^e semaine d'aménorrhée chez une femme vaccinée 3 ans plus tôt. À la naissance, l'enfant présente une cataracte.

Les 3 autres grossesses poursuivies ont donné naissance à des enfants ne présentant aucun signe de rubéole congénitale dépistable à la naissance. Dans ces 3 cas, aucune sérologie chez le nouveau-né ne nous a été mentionnée.

* Laboratoire national de la Santé. Unité « Épidémiologie ».

(1) Cf. Liste des laboratoires en fin d'article.

3. INFECTIONS NON CLASSÉES

Parmi les infections rubéoliques survenues en cours de grossesse déclarées au L.N.S., 9 n'ont pu être classées, avec certitude, ni dans les primo-infections ni dans les réinfections.

La notion de sérologie rubéolique avant la grossesse n'a été précisée dans aucun des 9 cas.

L'issue de la grossesse est connue dans 6 cas; dont 1 avec des signes de rubéole congénitale, 3 sans signes cliniques de rubéole congénitale dépistables à la naissance, 2 sans informations complémentaires.

4. VACCINATION PEU DE TEMPS AVANT GROSSESSE

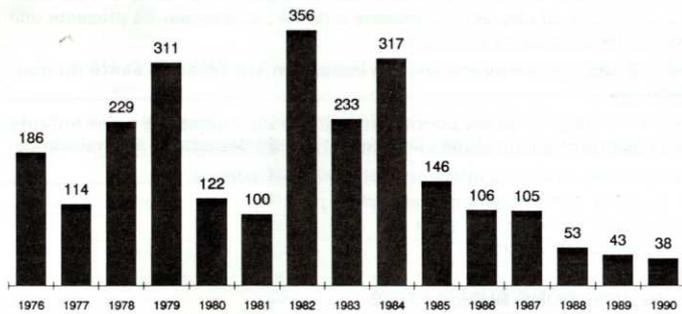
Au cours de cette enquête, 2 histoires de vaccination rubéolique avant grossesse nous ont été rapportées :

- dans l'un des cas, la patiente a été vaccinée 6 jours avant le début présumé de la grossesse. Un prélèvement de sang fœtal *in utero* est pratiqué et se révèle négatif. L'enfant naît sans signe de rubéole congénitale;
- dans l'autre cas, la patiente, nullipare, a été vaccinée 1 mois avant le début présumé de la grossesse. Au 2^e mois de grossesse, elle fait un avortement spontané sans qu'une relation de causalité ne puisse être affirmée.

5. DISCUSSION

Pour l'année 1990, **38 infections rubéoliques en cours de grossesse** ont été recensées par le Laboratoire national de la Santé (L.N.S.) grâce au réseau de laboratoires RENARUB. C'est le **nombre le plus bas enregistré depuis 1976**, année du 1^{er} recensement des infections rubéoliques chez la femme enceinte par le L.N.S. (fig. 1).

Figure 1. — Infections rubéoliques en cours de grossesse
Distribution annuelle du nombre de cas



Source : Réseau RENARUB - L.N.S.

Cette diminution est à comparer à celle observée au Royaume-Uni par le Public Health Laboratory Service (CDR 1991 ; R 4 : R 33-R 37). À noter qu'en Grande-Bretagne, une politique vaccinale mixte identique à la politique française (vaccination des nourrissons des 2 sexes associée à la vaccination « classique » des jeunes filles et des femmes en âge de procréer) a été mise en place en octobre 1988.

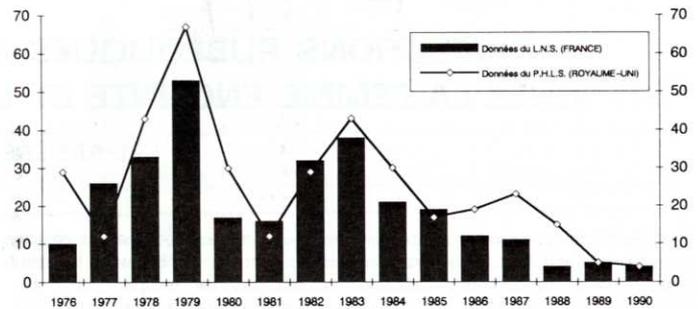
L'inclusion de nouveaux laboratoires, effectuant depuis peu la recherche d'IgM spécifiques de la rubéole, au réseau RENARUB (36 laboratoires participants pour l'année 1986, 43 pour 1987, 63 pour 1988, 82 pour 1989 et 115 pour 1990), permet de confirmer la réalité de cette diminution amorcée en 1986. Il est à noter que ces nouveaux laboratoires déclarent relativement peu de cas par rapport aux importants laboratoires hospitaliers ou privés qui appartenaient au réseau depuis plusieurs années : pour 1990, 2 cas sur les 38 déclarés.

Ces infections rubéoliques ont été responsables de la naissance de **4 enfants atteints de rubéole congénitale malformative**. Dans les 2 cas où l'infection maternelle a pu être datée, elle était survenue avant la 15^e semaine d'aménorrhée (il s'agissait d'une réinfection dans l'un de ces 2 cas). Ce nombre est, avec celui de 1988 (où 4 rubéoles congénitales malformatives avaient également été recensées), le plus bas enregistré depuis 1976 (fig. 2). Il permet d'estimer le risque de rubéole congénitale malformative à au moins 0,57/100 000 naissances.

Alors qu'aux États-Unis, l'incidence du syndrome de rubéole congénitale avait chuté de 0,39/100 000 naissances vivantes en 1980 à 0,05/100 000 naissances vivantes en 1990, elle atteint 0,41/100 000 naissances vivantes (avec 16 syndromes de rubéole congénitale autochtones) en 1991 (*Epidemiologic Reviews*, 1991 ; 13 : 341-348).

Les données recueillies par le L.N.S. permettent d'évaluer le risque de rubéole congénitale **malformative** suite à la survenue d'une infection rubéolique en cours de grossesse : si l'on reprend l'ensemble des données déclarées au L.N.S. de 1980 à 1990, ce risque est estimé à **15,6 %** (22 cas sur 141) lorsque l'infection survient au cours des **14 premières semaines d'aménorrhée**. Il est estimé à 5 % (6/121) si l'infection survient entre la 15^e et la 18^e semaine d'aménorrhée et à 1 % (2/207) si l'infection survient après la 18^e semaine d'aménorrhée.

Figure 2. — Rubéoles congénitales malformatives
Distribution annuelle du nombre de cas déclarés



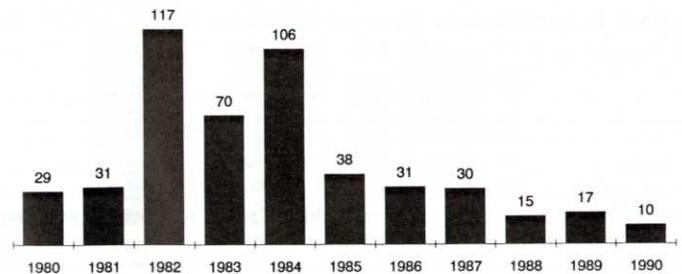
Source : Réseau RENARUB - L.N.S.

Si, à ces rubéoles congénitales **malformatives**, on ajoute les cas où les nouveau-nés sont **porteurs d'IgM rubéoliques à la naissance**, ce risque passe à 26 % (37/141) quand l'infection rubéolique est survenue pendant les 14 premières semaines d'aménorrhée, à 11 % (13/121) quand l'infection est survenue entre la 15^e et la 18^e semaine d'aménorrhée et à 7 % (14/207) quand l'infection est survenue après la 18^e semaine d'aménorrhée. Il est **important d'insister, ici, sur le fait que cette enquête ne suit pas, de façon systématique, l'état de santé de ces enfants et que des malformations (auditives, cardiaques, psychomotrices) peuvent être décelées dans les premières années de vie sans que nous en ayons connaissance.**

Un **avortement spontané** est survenu suite à une réinfection rubéolique datée à la 4^e semaine d'aménorrhée mais le lien de causalité n'est pas établi.

Enfin, ces infections ont été responsables de **10 interruptions thérapeutiques de grossesse** (fig. 3). Cela représente 29 % des cas où le devenir de la grossesse a été précisé. Si l'on reprend les données recueillies de 1980 à 1990, le pourcentage moyen des interruptions de grossesse par rapport au nombre d'infections rubéoliques dont le devenir est connu, est de 45 % avec des extrêmes de 29 % (1990) à 55 % (1981, 1982). Ces données ne permettent pas de dégager une évolution dans le temps du comportement vis-à-vis de l'interruption thérapeutique de grossesse.

Figure 3. — Interruptions de grossesse après infection rubéolique
Distribution annuelle

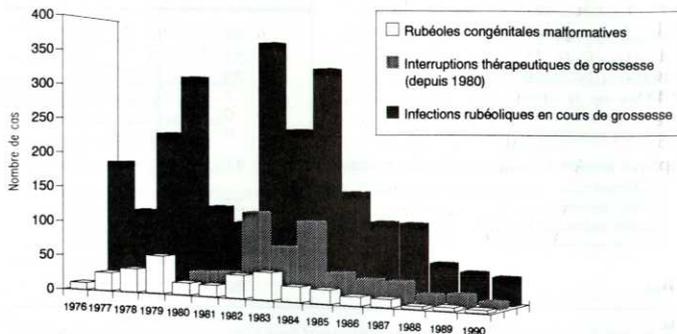


Source : Réseau RENARUB - L.N.S.

Le pourcentage d'interruptions de grossesse effectuées au cours des 14 premières semaines d'aménorrhée par rapport au nombre d'infections rubéoliques survenues pendant la même période est égal à 60 % (9/15) en 1990. Pour l'ensemble des données de 1980 à 1990 ce pourcentage se situe en moyenne à 67 % avec un taux minimum de 52 % en 1988 et un taux maximum de 81 % en 1986. Mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

La figure 4 présente la synthèse, de 1976 à 1990, des cas recensés par le réseau RENARUB.

Figure 4. — Nombre de cas de rubéole congénitale, d'infection rubéolique en cours de grossesse et d'interruption thérapeutique de grossesse France 1976-1990



Source : Réseau RENARUB. L.N.S.

Il est à noter que la majorité des primo-infections sont survenues chez des femmes ayant déjà connu au moins 1 grossesse (16/21 cas). La plus grande vigilance vaccinale s'impose donc chez la femme en âge de procréer dont la sérologie est négative chaque fois qu'elle est en contact avec une structure de soins ou de prévention. Ainsi, lors du séjour à la maternité, l'équipe soignante peut jouer un rôle primordial en informant les jeunes mères sur leurs résultats sérologiques et en proposant la vaccination à celles non immunisées, avant leur sortie de la maternité.

Au vu de ces résultats, 1990 est une année de très faible incidence. Sans doute, doit-on y voir l'impact de la politique actuelle de vaccination contre la rubéole. Cette politique recommande la vaccination des nourrissons des 2 sexes à laquelle doit, bien entendu, être associée celle des filles de 11-13 ans et des femmes en âge de procréer qui ont échappé à la vaccination. Pour protéger les femmes n'ayant jamais été vaccinées et empêcher la survenue des réinfections après vaccination, il est indispensable d'atteindre un taux de couverture vaccinale suffisant chez les enfants afin de stopper la circulation du virus.

La rubéole évoluant de façon cyclique, une surveillance étroite doit être maintenue. Le réseau « RENARUB » est l'un des outils de cette surveillance et permettra de mesurer l'efficacité des mesures prophylactiques prises à l'égard de la rubéole.

Liste des laboratoires

Centre hospitalier, Belley. Laboratoire Gambetta, Cannes. Centre hospitalier Lénal, Nice. UER médecine, Nice. Hôpital La Timone, Marseille. Laboratoire Nguyen-Trong-Thu, Caen. C.H.U., Caen. SCP Lajoinie-Caubel, Aurillac. Centre hospitalier, La Rochelle. Centre hospitalier, Ajaccio. Centre hospitalier, Paimpol. C.H.U., Besançon. Laboratoire Boudet, Pacy-sur-Eure. Centre hospitalier, Chartres. C.H.R., Brest. Centre hospitalier, Bagnols-sur-Cèze. C.H.U. Gaston-Doumergue, Nîmes. C.H.U. Ranguel, Toulouse. C.H.U. Purpan, Toulouse. Laboratoire Laspougeas, Mauvezin. Laboratoire A.R.A.Q., Bordeaux. Laboratoire R.V.M.R.D.C.B.L.C., Bordeaux. Hôpital Pellegrin, Bordeaux. Centre hospitalier, Béziers. Hôpital Saint-Charles, Montpellier. C.H.U. Pontchaillou, Rennes. Laboratoire Origet, Tours. C.H.U. Bretonneau, Tours. C.H.U. A.-Michallon, Grenoble. Laboratoire Plantier, Bourgoin-Jallieu. Laboratoire Carrère, Saint-Paul-lès-Dax. Bureau d'hygiène, Saint-Étienne. Laboratoire Puech, Saint-Étienne. C.H.U., Saint-Priest-en-Jarez. Laboratoire Luitaud-Achard, Brioude. C.H.U. Hôtel-Dieu, Nantes. Laboratoire Trichereau, Nantes. Centre hospitalier, Gien. C.H.R., Orléans. Laboratoire Olivot-Mariotti, Agen. Centre hospitalier, Avranches. Centre hospitalier, Cherbourg. Hôpital Robert-Debré, Reims. Laboratoire médico-biologique, Nancy. Maternité A.-Pinard, Nancy. Laboratoire Valentin, Frouard. C.H.U. Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy. S.C.P. Laboratoire Rouper, Lazare-et-Scheppeler, Metz. C.H.R., Thionville. Laboratoire Artus-Goudaert-Douchy, Cambrai. Laboratoire Dron-Lavieville, Gravelines. Laboratoire Houriez-Momal-Brauge, Valenciennes. C.H.R., Lille. Hôtel-Dieu, Valenciennes. Centre hospitalier, Compiègne. Centre hospitalier, Alençon. Laboratoire Valtille, Bruay-en-Artois. Hôpital Saint-Jacques, Clermont-Ferrand. Laboratoire Fayet-Kasselis, Pau. Centre hospitalier, Pau. Faculté de médecine, Strasbourg. C.H.R. Louis-Pasteur, Colmar. C.H.U. Debrousse, Lyon. Institut Pasteur, Lyon. Fondation Marcel-Mérieux, Lyon. Université Claude-Bernard, Lyon. Laboratoire Sayssat, Echenoz-la-Méline. Centre hospitalier Paul-Morel, Vesoul. Hôtel-Dieu, Paris. Hôpital des armées Val-de-Grâce, Paris. Hôpital Saint-Louis, Paris. Hôpital Trousseau, Paris. G. H. Pitié-Salpêtrière, Paris. Institut Alfred-Fournier, Paris. Sainte-Anne, Paris. Institut Pasteur, Paris. Hôpital Lariboisière, Paris. Institut de puériculture, Paris. Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, Paris. Hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours, Paris. Hôpital Boucicaut, Paris. Hôpital Claude-Bernard, Paris. Hôpital Robert-Debré, Paris. Laboratoire du Châtelet, Rouen. Hôpital Charles-Nicolle, Rouen. Centre hospitalier, Nemours. Laboratoire de la Noue-de-Bussy, Meaux-Beauval. Centre hospitalier, Versailles. Centre hospitalier, Abbeville. Hôpital Sud, Amiens. Centre hospitalier, Albi. Laboratoire A.-et-C.-Carayon, Mazamet. Laboratoire Couston-Bleuven, Albi. Laboratoire Odent-Fourcade, Gaillac. Laboratoire Meire-Aimon-Meire, Châtelleraut. Cité hospitalière, Poitiers. Hôpital Dupuytren, Limoges. Laboratoire Raby-Cheyroux, Limoges. Laboratoire Loiseau-Dehenry, Sens. Hôpital Ambroise-Paré, Boulogne. Hôpital Antoine-Béclère, Clamart. Hôpital Américain, Neuilly-sur-Seine. Centre hospitalier, Aulnay-sous-Bois. Hôpital Avicenne, Bobigny. C.H.L., Montreuil-sous-Bois. C.H.U., Le Kremlin-Bicêtre. Hôpital Saint-Camille, Bry-sur-Marne. Hôpital intercommunal, Créteil. C.H. Victor-Dupouy, Argenteuil. Laboratoire Cerba, Cergy-Pontoise. Hôpital René-Dubois, Pontoise. Centre hospitalier, Pointe-à-Pitre. Centre hospitalier, Saint-Denis-de-la-Réunion. Centre hospitalier, Saint-Laurent-du-Maroni. C.H.T. de Mamao, Papeete.

ENQUÊTE

POLITIQUE DE SÉRODÉPISTAGE DU V.I.H. CHEZ LA FEMME ENCEINTE

C. DU MAZABRUN *, J. PARIS-LLADO *, E. COUTURIER **, Y. BROSSARD ***,
C. LARSEN **, J.-B. BRUNET **, G. BREART *

1. INTRODUCTION

Depuis 1988, les responsables de Santé publique ont incité les médecins à proposer un dépistage du V.I.H. dans certaines circonstances de la vie : le mariage, la grossesse et l'hospitalisation. Ce test doit être soumis à l'accord préalable des patients selon les recommandations du Conseil national d'éthique et du Conseil de l'Ordre des médecins.

Pour pallier le manque de données sur les pratiques de séroépistage du V.I.H. au moment où se renforçait le débat sur la nécessité de rendre le dépistage obligatoire dans des groupes particuliers, nous souhaitons interroger les responsables médicaux des services d'hospitalisation sur leur politique de séroépistage du V.I.H.

L'opportunité de l'étudier chez la femme enceinte a été donnée à l'occasion de la réalisation de l'enquête PREVAGEST [1] dont l'objectif était de connaître l'étendue et la progression de l'infection à V.I.H. chez les femmes enceintes.

Nous donnons ici les résultats de l'analyse des questionnaires adressés aux responsables médicaux. Ils seront suivis des résultats de la 2^e partie de l'enquête PREVAGEST, destinée à recueillir au moyen d'un autoquestionnaire remis aux femmes des informations sur la connaissance qu'elles avaient des tests de séroépistage qui leur étaient pratiqués et des circonstances dans lesquelles ils avaient été réalisés.

2. MÉTHODE

Les responsables médicaux de tous les services recevant des femmes enceintes terminant une grossesse, (services de gynécologie-obstétrique, centres d'I.V.G. et services de chirurgie faisant des I.V.G.), situés dans 4 départements de la région parisienne, Ville de Paris, Val-de-Marne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis ont été sollicités en juin 1991, pour répondre à un questionnaire postal. En cas de non-retour du questionnaire dans les 15 jours, 2 relances ont été faites.

Le questionnaire comportait 2 parties bien distinctes : la 1^{re} concernait la politique de séroépistage V.I.H. adoptée par les médecins du service en consultation prénatale, la 2^e concernait la politique adoptée pour les femmes venant consulter pour I.V.G. Selon le type de service, le médecin responsable répondait à l'un ou l'autre, ou aux 2 questionnaires. Les questions posées permettaient de connaître :

- 1° Le statut et l'importance de l'établissement, le nombre de médecins, l'activité du service;
- 2° La politique de séroépistage du V.I.H. adoptée, si elle était commune à tous les médecins du service, ou laissée à la libre appréciation de chacun d'eux;
- 3° Le type de séroépistage :
 - systématique,
 - systématiquement proposé,
 - ciblé sur les facteurs de risque,
 - fait à la demande de la femme,
 - ou si aucun séroépistage n'était pratiqué;
- 4° La prise en compte des tests antérieurement effectués;
- 5° L'existence d'une prise en charge spécifique des femmes enceintes séropositives.

* Unité de recherches épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants, U 149-INSERM, 123, boulevard de Port-Royal, 75014 Paris.

** Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA, hôpital de Saint-Maurice.

*** Centre d'hémobiologie périnatale, hôpital Saint-Antoine, 53, boulevard Diderot, 75012 Paris.