

La rubéole chez la femme enceinte et le nouveau-né en France métropolitaine en 2002 : les données du réseau Rénarub¹

Isabelle Parent du Châtelet, Laurence Bouraoui, Caroline Six, Daniel Lévy-Bruhl
Institut de veille sanitaire et les biologistes du réseau Rénarub

INTRODUCTION

Le réseau Rénarub, mis en place en 1976, est la principale source d'information sur la situation épidémiologique de la rubéole en France [1]. Il a pour objectif de recenser, au niveau national, les rubéoles survenues en cours de grossesse et les rubéoles congénitales, et plus largement d'évaluer l'impact de la politique vaccinale et des mesures de prévention mises en œuvre en France dans la perspective de l'élimination de la rubéole congénitale.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le réseau Rénarub

Le réseau Rénarub regroupe les laboratoires d'analyses de biologie médicale qui font la recherche des IgM antirubéoleuses. En 2002, l'effectif du réseau était de 289 laboratoires. Par rapport à l'année précédente, 12 laboratoires n'effectuant plus la recherche des IgM anti-rubéoleuses ont quitté le réseau et 29 l'ont rejoint. Les laboratoires situés en France métropolitaine sont au nombre de 278 et couvrent l'ensemble du territoire national.

Le recueil de l'information se fait à deux niveaux :

- auprès des biologistes qui sont sollicités chaque semestre pour communiquer les infections rubéoleuses diagnostiquées chez des femmes enceintes ou découvertes chez des nouveau-nés ;
- auprès des médecins traitants, gynécologues, obstétriciens et pédiatres qui fournissent, à l'aide d'un questionnaire, des informations démographiques, biologiques et cliniques sur la femme infectée et sur le nouveau-né ou le fœtus.

Leur participation repose sur le volontariat. Les informations recueillies n'incluent pas de suivi des enfants nés de mères infectées.

Critères d'inclusion et définitions de cas

L'inclusion concerne toute femme enceinte pour laquelle des IgM spécifiques ont été détectées au cours de l'année 2002 et/ou tout nouveau-né ou fœtus avec un diagnostic d'infection rubéoleuse établi. Les cas sont notifiés à l'Institut de Veille Sanitaire chargé de la coordination de ce réseau de surveillance.

Les définitions de cas correspondent à celles mises en place en 2001 (voir les définitions de cas détaillées dans la version longue de l'article sur le site de l'InVS¹).

Les cas certains et probables sont retenus pour l'analyse et les cas possibles sont exclus. Les femmes nées hors de France mais pour qui le contage a eu lieu en France sont également incluses dans l'analyse.

RÉSULTATS

Participation des laboratoires

En 2002, le taux de participation des laboratoires sollicités en France métropolitaine était de 100 % (n = 278 / 278). Le taux de participation des médecins était également de 100 %.

¹ Une version longue de cet article est disponible sur le site de l'InVS (« La rubéole chez la femme enceinte et le nouveau-né en France métropolitaine en 2002 : les données du réseau Rénarub » (<www.invs.sante.fr/publications/2004/rubeole_2002/index.html>), incluant notamment les définitions de cas utilisées, des résultats plus détaillés et la liste des laboratoires participant au Réseau Rénarub.

Cas recensés en 2002 et incidences

En 2002, 140 infections rubéoleuses ont été signalées par les laboratoires et 21 cas répondaient aux définitions d'un cas certain ou probable. Parmi ces cas retenus, il y avait 14 primo-infections certaines, 5 primo-infections probables et 2 réinfections probables.

Parmi ces 21 femmes, une femme a donné naissance à un enfant atteint de rubéole congénitale malformative (RCM) et 11 ont subi une interruption médicale de grossesse (IMG). Dans le cas des IMG, un fœtus était atteint d'une rubéole malformative (RM) (tableau 1).

Les 119 cas non retenus ont été exclus de l'analyse pour les motifs suivants : primo ou réinfections possibles (11), perdues de vue (9), absence de grossesses (64), immunité rubéoleuse ancienne (26), immunité post-vaccinale (8), infection antéconceptionnelle (1).

Ainsi, l'incidence annuelle des infections rubéoleuses en cours de grossesse recensées en France métropolitaine par Rénarub en 2002 est de 1,84 (si on ne tient compte que des cas certains) ou de 2,75 pour 100 000 naissances vivantes (si on ajoute les cas probables) et celle des RCM de 0,13 /100 000 naissances vivantes [Naissances en 2002 – Données provisoires Insee].

Tableau 1

Etat clinique des nouveau-nés et fœtus en fonction de l'issue des grossesses (primo-infections (14 certaines et 5 probables) et ré-infections (2 probables)) et du statut infectieux de l'enfant ou du fœtus. Réseau Rénarub, 2002 (N = 21).

Issue de la grossesse	Présence de malformations		Absence de malformations		Etat clinique inconnu	Total
	RCM/RM	Infection certaine	Absence d'infection	Statut infectieux inconnu	Infection certaine	
Accouchement	1	-	5	4	-	10
Interruption de grossesse	1	5	-	-	5	11
Total	2	5	5	4	5	21

Caractéristiques des femmes enceintes infectées :

L'âge moyen, connu pour 20 femmes, est de 25 ans [extrêmes de 18 à 35 ans] alors que l'âge moyen à la maternité dans la population générale en France est de 29,4 ans (Source : Insee 2002). La proportion des femmes âgées de moins de 20 ans est de 10 %, soit un taux d'infection de 10,5 /100 000 naissances vivantes dans cette tranche d'âge (tableau 2). Le pays de naissance est connu pour 16 femmes parmi lesquelles 15 femmes sont nées en France métropolitaine. Parmi les femmes dont les antécédents obstétricaux sont connus (17/21), 4 (23 %) avaient au moins eu une grossesse antérieure. Parmi les femmes dont le statut vaccinal était connu (16/21), 2 avaient été vaccinées avant leur grossesse.

Tableau 2

Répartition par âge des femmes enceintes infectées par la rubéole, France métropolitaine, 2002. Réseau Rénarub (N = 20).

Classes d'âge	Nombre de cas	%	Taux d'infection pour 100 000 NV *
15 - 19 ans	2	10	10,5
20 - 24 ans	7	35	4,4
25 - 29 ans	4	20	1,3
30 - 34 ans	5	25	2,6
35 - 39 ans	2	10	2,1
Total	20	100	2,7

NV* naissances vivantes

Cas évitables par la vaccination en post-partum

Parmi les 4 femmes qui avaient eu au moins une grossesse antérieure, 3 avaient de manière certaine des antécédents obstétricaux en France. Parmi ces 3 femmes, une avait une sérologie négative antérieure et 2 n'avaient pas de sérologie antérieure connue. Aucune de ces 4 femmes n'avait été vaccinée au préalable. Si elles l'avaient été au décours d'une grossesse antérieure, 3 infections ayant conduit à 3 IMG auraient très certainement été évitées.

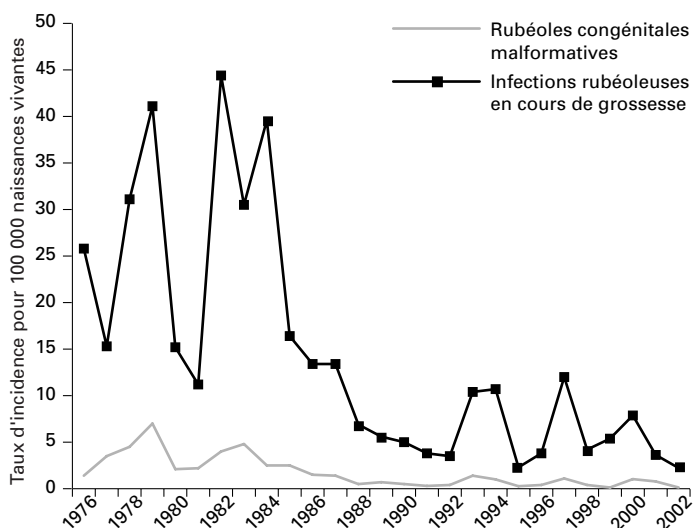
DISCUSSION

Le nombre de laboratoires faisant partie du réseau Rénarub a considérablement augmenté ces deux dernières années. Il est ainsi passé de 133 LABM pour l'année 2000, à 272 pour l'année 2001 et 289 pour l'année 2002, rendant le réseau quasi-exhaustif [2]. Le taux de participation de ces laboratoires en France métropolitaine et le taux de participation des médecins pour documenter les cas notifiés sont restés stables et ont été de 100 % chacun en 2002 (respectivement 100 % et 99 % en 2001).

De nouvelles définitions de cas ont été élaborées en 2001 incluant notamment la mesure de l'index d'avidité des IgG [3] et ont introduit la notion de cas probables. En 2002, parmi les 21 infections rubéoleuses (dont 14 primo-infections certaines), 3 n'auraient pas été retenus avant 2001. L'analyse des tendances en 2002 (figure 1) a été effectuée en excluant ces 3 cas et en prenant en compte les 14 cas certains et les 4 cas probables qui auraient été considérés comme certains dans l'ancienne classification de cas.

Figure 1

Taux d'incidence des infections rubéoleuses chez les femmes enceintes et des rubéoles congénitales malformatives. France métropolitaine, 1976-2002. Réseau Rénarub.



Depuis 20 ans, et malgré trois recrudescences en 1993-94, 1997 et 2000, l'incidence des infections rubéoleuses en cours de grossesse a considérablement diminué et le taux d'incidence observé en 2002 est inférieur à 3 cas pour 100 000 naissances vivantes. Cependant, l'incidence des infections rubéoleuses en cours de grossesse identifiées par Rénarub peut être sous-estimée car les rubéoles asymptomatiques ou atypiques sont fréquentes et ne sont pas toujours diagnostiquées chez la femme enceinte.

L'évolution du taux d'incidence des RCM depuis 1976 doit être analysée en prenant en compte la participation croissante des médecins et la diminution de la proportion des cas déclarés par les laboratoires qui sont insuffisamment documentés ou perdus de vue (41 % en 1997, 10 % en 2001 et 6 % en 2002). Ainsi, on peut supposer, au vu des données, qu'avant 2000, le nombre de RCM a été sous-estimé. De plus, l'augmentation du nombre d'IMG liées à une infection au cours de la grossesse, témoi-

gnant d'une absence de protection immunitaire des femmes mais aussi d'une meilleure surveillance par le diagnostic anténatal (26 % en 1997, 12 % en 1998, 33 % en 1999, 30 % en 2000, 21 % en 2001 et 54 % en 2002), explique en partie la baisse de l'incidence des RCM puisque les RM ayant conduit à une IMG ne sont pas comptabilisées. Enfin, en l'absence d'identification d'une séroconversion durant la grossesse, il est possible que des cas de RCM ne soient pas identifiés à la naissance.

Les taux d'infection pour 100 000 naissances vivantes sont plus élevés chez les femmes de moins de 20 ans, ce qui témoigne, comme pour les années précédentes, d'une persistance de la circulation du virus chez les adultes jeunes. La vaccination généralisée des nourrissons, ayant entraîné un ralentissement de la circulation du virus et une diminution du taux d'immunisation « naturelle » des enfants non vaccinés, a progressivement constitué un réservoir de susceptibles chez les adolescents et les jeunes adultes [4]. La couverture vaccinale étant encore très insuffisante [5] pour interrompre la transmission du virus (84 % à 2 ans en 2001, 92 % à 3-4 ans et 94 % à 6 ans), l'accumulation de sujets susceptibles est propice à la survenue d'épidémies. Cette situation représente ainsi un risque d'infection pour les femmes en âge de procréer non immunes.

CONCLUSIONS

Même si l'incidence de la rubéole congénitale malformatrice est inférieure à 1 cas pour 100 000 naissances vivantes en France, le virus continue de circuler avec depuis une dizaine d'années des pics d'incidence des infections rubéoleuses tous les 3-4 ans. La survenue chaque année de dizaines d'infections durant la grossesse, est difficilement acceptable non seulement en raison du risque de RCM mais aussi des interruptions de grossesses qui résultent de ces infections. En effet, il existe d'une part un vaccin efficace [6], sûr et accessible recommandé depuis plus de 30 ans pour les adolescentes et promu depuis 20 ans pour les nourrissons et d'autre part une politique de contrôle de l'immunité anti-rubéoleuse en pré-nuptial et en prénatal.

Les efforts visant à augmenter les niveaux de couverture vaccinale doivent être poursuivis particulièrement auprès des adolescentes et des jeunes femmes en âge de procréer non immunes. La vaccination en cas de sérologie prénatale négative ou si l'immunité est inconnue doit être appliquée immédiatement après l'accouchement avant la sortie de maternité.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les médecins généralistes, gynécologues, obstétriciens et pédiatres qui ont accepté un surcroît de travail pour le recueil des données concernant les mères infectées par la rubéole et leurs enfants et sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible. Nous remercions également les biologistes des laboratoires qui fidèlement nous fournissent les informations nécessaires à cette surveillance (la liste des correspondants Rénarub est disponible sur le site de l'InVS : <www.invs.sante.fr/publications/2004/rubeole_2002/index.html>).

Nous remercions également le Professeur Liliane Grangeot-Keros (Hôpital Béclère, Clamart) pour la revue de cet article et ses conseils.

RÉFÉRENCES

- [1] Rebière I, Fourquet F, Jacob S. Epidémiologie de la rubéole chez la femme enceinte et le nouveau-né, situation en France de 1976 à 1995. Réseau national de santé publique, Saint-Maurice, France. Mai 1998.
- [2] Six C, Bouraoui L, Lévy-Bruhl D. La rubéole chez la femme enceinte et le nouveau-né en France métropolitaine : les données 2001 du réseau Rénarub. BEH n° 21/2003.
- [3] Grangeot-Keros L, Audibert F. Infections virales et toxoplasmose materno-fœtales. Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS; 2001:59-71.
- [4] Pebody RG, Edmunds WJ, Conyn Van Spaendonck M et al. The seroepidemiology of rubella in Western Europe. Epidemiol Infect 2002.
- [5] Antona D, Bussière E, Guignon N, Badeyan G, Lévy-Bruhl D. La couverture vaccinale en France en 2001. BEH n° 36/2003.
- [6] De Valk HM, Rebière I. Epidémie de rubéole. Evaluation de l'efficacité vaccinale sur le terrain. Ardèche, janvier-mars 1997. Rapport d'investigation, Réseau national de santé publique.