

# La prévention du syndrome de rubéole congénitale



English on page 795

De rares cas de syndrome de rubéole congénitale (SRC) continuent de se manifester plus de 30 ans après le début du programme de vaccination contre la rubéole au Canada. Le présent document de principes met à jour l'information publiée en 1999 (1).

## QUELLE EST L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME DE VACCINATION CONTRE LA RUBÉOLE?

Avant l'implantation du vaccin contre la rubéole, la majorité des Canadiens contractaient la rubéole pendant l'enfance. Le programme de vaccination contre la rubéole est très efficace, puisque moins de 30 cas de rubéole ont été déclarés au Canada entre 1998 et 2004 (2), par rapport à une moyenne de plus de 15 000 cas par année entre 1941 et 1958. Plus de 4 000 cas ont été enregistrés en 1997, notamment chez des adolescents et des jeunes adultes de sexe masculin du Manitoba, car les garçons ne faisaient pas partie du programme de vaccination systématique mis en place pendant leur première enfance. Cette situation risque peu de se répéter puisque tous les programmes de vaccination systématique des nourrissons contre la rubéole au Canada incluent les deux sexes depuis 1983. Cependant, de petites flambées surgissent encore. Ainsi, plus de 300 cas de rubéole ont été signalés dans le sud-ouest de l'Ontario en 2005, principalement dans des collectivités opposées à la vaccination. Cette situation risque de se reproduire (2).

## À QUELLE FRÉQUENCE LE SRC SE DÉCLARE-T-IL AU CANADA?

Au total, le Registre national des maladies à déclaration obligatoire a recensé 11 cas de SRC entre 1999 et 2004, ces cas étant répartis de manière plutôt homogène tout au long de cette période de cinq ans. On pense que les cas sont à peu près tous déclarés en raison du recoupement entre le Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT), qui inclut un réseau de 12 hôpitaux, soit 90 % des lits de soins tertiaires au Canada (2), et le Programme canadien de surveillance pédiatrique, qui a procédé à la surveillance active du SRC et a répertorié neuf cas entre 1996 et 2004, inclusivement. Au Canada, on ne connaît pas l'incidence d'avortements et de mortinaissances reliés à la rubéole.

## POURQUOI LE SRC EXISTE-T-IL ENCORE AU CANADA?

Les voyageurs continuent d'introduire le virus de la rubéole au sein de la population. En raison d'un échec vaccinal ou parce qu'elles n'ont pas été vaccinées, certaines femmes enceintes sont vulnérables à l'infection. Il se peut que les femmes ne soient pas vaccinées parce qu'on est passé à côté, qu'elles ont refusé de se faire vacciner ou qu'elles viennent d'un pays où le programme de vaccination systématique incluait le vaccin monovalent contre la rougeole plutôt que le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO). Une récente étude (3) révèle que 8,8 % des femmes de l'Alberta étaient séronégatives à la rubéole au moment du dépistage prénatal systématique.

## QUELLE EST LA FRÉQUENCE DES ÉCHECS VACCINAUX, ET CES ÉCHECS CONTRIBUENT-ILS AU SRC?

Même si la séroconversion se produit chez presque la totalité des personnes vaccinées contre la rubéole, dans jusqu'à 10 % des cas, une dose du vaccin échoue à protéger contre la maladie (4). L'échec vaccinal devrait diminuer à l'avenir, puisque la majorité des enfants canadiens reçoivent maintenant deux doses du vaccin RRO. Il est rare qu'une mère immunisée infecte son bébé (par échec vaccinal secondaire). On a toutefois décrit quelques cas de SRC chez des nourrissons nés d'une mère ayant subi un échec vaccinal primaire ou secondaire ou une réinfection par la rubéole (5).

## PEUT-ON EN FAIRE DAVANTAGE?

Oui, on peut en faire davantage. On remarque des occasions ratées de prévenir le SRC. L'élimination du SRC dépend non seulement d'une vaccination infantile efficace, mais également du dépistage et de la vaccination des femmes vulnérables en âge de procréer. Les femmes dont la vaccination contre la rubéole ou la séropositivité à la rubéole n'est pas documentée devraient subir un test de dépistage pendant leur grossesse et recevoir une dose du vaccin contre la rubéole après l'accouchement si elles sont vulnérables à l'infection. On n'a pas établi l'utilité de dépister les femmes déjà vaccinées dont la séropositivité n'est pas documentée ni celle d'administrer des doses de rappel du vaccin aux

femmes encore séronégatives. C'est pourquoi ces mesures demeurent controversées (4). Elles ne sont pas recommandées dans la version à jour du Guide canadien d'immunisation (6), mais sont inscrites dans certains programmes provinciaux. Il faut constamment évaluer l'état vaccinal de toutes les femmes en âge de procréer qui arrivent au Canada (5). Bon nombre d'entre elles ont reçu le vaccin monovalent contre la rougeole et demeurent vulnérables à la rubéole. À moins que les femmes soient déjà enceintes, qu'elles aient clairement été vaccinées contre la rubéole par le passé ou que leur immunité soit documentée, il faut leur offrir le vaccin RRO lors de leur premier passage dans le système de santé. Si on retarde leur vaccination pour déterminer leur état de séroconversion, on risque de rater l'occasion de les vacciner avant une grossesse.

La surveillance continue de tous les cas de rubéole et de SRC constitue un élément essentiel de tout programme de prévention. Les patients atteints de maladies compatibles avec la rubéole ou la rougeole devraient subir un test sérologique d'immunoglobuline (Ig) M de la rubéole et de la rougeole. Dans les situations de faible prévalence, comme c'est le cas au Canada à l'égard de la rougeole et de la rubéole, en l'absence de liens épidémiologiques clairs ou d'antécédents de voyage dans une région endémique, la sérologie de l'IgM a une faible valeur prédictive positive de rougeole et de rubéole. Ainsi, il faut procéder à des examens de laboratoire supplémentaires, tels qu'une sérologie de l'IgG appariée aiguë et de phase convalescente (dans l'espoir de déceler au moins quatre fois les titres), ou à la détection du virus pour confirmer les infections par la rougeole et la rubéole. Ces mesures sont importantes pour des besoins de surveillance, mais elles sont également essentielles pour les examens de laboratoire des cas présumés de rubéole chez la femme enceinte, pour qui il faut prendre des décisions primordiales de prise en charge. Dans une telle situation de rubéole présumée chez la femme enceinte, l'utilité du test d'avidité de l'IgG à la rubéole est démontrée pour différencier l'infection primaire (associée à un fort risque de SRC) d'une infection passée (au faible risque de SRC) (7). Il faut évaluer la possibilité de SRC chez les nourrissons présentant les problèmes suivants, qui demeurent inexplicables d'après les examens pertinents selon l'âge du bébé : microcéphalie, cataractes, glaucome, rétinopathie pigmentaire, perte auditive, persistance du canal artériel, hépatosplénomégalie, thrombocytopenie ou densité osseuse semi-transparente aux rayons X (4).

#### **LA VACCINATION CONTRE LA RUBÉOLE DES PERSONNES SÉRONÉGATIVES, Y COMPRIS DES FEMMES PENDANT LA PÉRIODE POSTPARTUM, S'ASSOCIE-T-ELLE À DES COMPLICATIONS?**

La fréquence d'arthrite transitoire aiguë reliée véritablement au vaccin ou d'arthralgie chez les femmes non vaccinées est de l'ordre de 5 % à 10 %, même si un plus fort pourcentage de femmes se plaignent d'arthralgies lorsqu'elles sont informées de cet effet secondaire potentiel. Par contre, les formes aiguë et persistante d'arthrite après

une infection naturelle par la rubéole sont plus courantes, puisque plus de 30 % des femmes infectées naturellement souffrent de manifestations articulaires récurrentes qui se poursuivent jusqu'à deux ans (8). Aucune donnée probante ne démontre un risque accru d'arthropathies chroniques ou de pathologies neurologiques *de novo* chez les femmes qui se font vacciner contre la rubéole (9). On n'a relevé aucune réaction indésirable après la vaccination accidentelle de femmes déjà immunisées contre la rubéole ou déjà enceintes, mais il est tout de même recommandé de retarder une grossesse de 28 jours après la vaccination. Puisque le vaccin contre la rubéole est un vaccin vivant, il est contre-indiqué aux personnes souffrant d'une immunodéficience.

#### **RECOMMANDATIONS**

Afin de prévenir le SRC, il faut respecter les recommandations suivantes :

- Poursuivre la vaccination universelle des nourrissons afin de protéger les vaccinés et de limiter la circulation du virus.
- Utiliser le vaccin RRO plutôt que le vaccin monovalent contre la rougeole dans tous les programmes de vaccination de la planète afin d'accélérer l'élimination de la rubéole (4).
- Procéder au dépistage de toutes les femmes enceintes afin de déterminer le besoin de confirmer la séropositivité et de procéder à la vaccination postpartum de toutes les femmes vulnérables d'après le dépistage prénatal. Il faut implanter une consigne permanente à l'étage postpartum (similaire à la consigne permanente RhoGam [Ortho-Clinical Diagnostics Inc, États-Unis] pendant la période postpartum) afin d'effectuer la vaccination postpartum rapidement. L'allaitement n'est pas une contre-indication à la vaccination.
- Au besoin, procéder au dépistage de l'immunité et de l'état vaccinal de tout le personnel de la santé, y compris les étudiants en formation.
- Vacciner toutes les immigrantes et réfugiées qui ne sont pas enceintes lors de leur premier contact avec le système de santé canadien, à moins qu'elles puissent démontrer un état vaccinal efficace ou une immunité naturelle.
- Explorer en profondeur et déclarer tout cas éventuel de rubéole ou de SRC (4).

#### **RÉFÉRENCES**

1. Société canadienne de pédiatrie, Comité des maladies infectieuses et d'immunisation. [auteurs principaux : EL Ford-Jones et T Tam]. La prévention du syndrome de rubéole congénitale. *Paediatr Child Health* 1999;4:158-60.
2. Relevé des maladies transmissibles au Canada, Agence de la santé publique du Canada. Rapport national sur l'immunisation au Canada, 2006. < [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-mtc/06vol32/32s3/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-mtc/06vol32/32s3/index_f.html) > (version à jour le 14 septembre 2007).

3. Lee B, Plitt S, Robinson JL. Population-based study of rubella immunity among pregnant women in Alberta. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006;17:365. (Abst)
4. Robinson JL, Lee BE, Preiksaitis JK, Plitt S, Tipples GA. Prevention of congenital rubella syndrome – what makes sense in 2006? *Epidemiol Rev* 2006;28:81-7.
5. Banerji A, Ford-Jones EL, Kelly E, Robinson JL. Congenital rubella syndrome despite maternal antibodies. *CMAJ* 2005;172:1678-9.
6. Agence de la santé publique du Canada. Guide canadien d'immunisation, septième édition – 2006. < [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index_f.html) > (version à jour le 14 septembre 2007).
7. Best JM, O'Shea S, Tipples G et coll. Interpretation of rubella serology in pregnancy – pitfalls and problems. *BMJ* 2002;325:147-8.
8. Tingle AJ, Mitchell LA, Grace M et coll. Randomised double-blind placebo-controlled study on adverse effects of rubella immunisation in seronegative women. *Lancet* 1997;349:1277-81.
9. Ray P, Black S, Shinefield H et coll. Risk of chronic arthropathy among women after rubella vaccination. *Vaccine Safety Datalink Team. JAMA* 1997;278:551-6.

### COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION

**Membres :** Docteurs Robert Bortolussi (président), IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse); Dorothy L Moore, L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec); Joan Louise Robinson, université de l'Alberta, Edmonton (Alberta); Élisabeth Rousseau-Harsany (représentante du conseil), CHU Sainte-Justine, Montréal (Québec); Lindy Michelle Samson, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario)

**Conseillère :** Docteur Noni E MacDonald, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)

**Représentants :** Docteurs Upton Dilworth Allen, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario) (Canadian Pediatric AIDS Research Group); Scott Alan Halperin, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse) (Programme canadien de surveillance active de l'immunisation); Charles PS Hui, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario) (Santé Canada, comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages); Larry Pickering, Elk Grove, (Illinois) États-Unis (American Academy of Pediatrics, éditeur du Red Book et membre d'office du comité des maladies infectieuses); Marina Ines Salvadori, Children's Hospital of Western Ontario, Ottawa (Ontario) (Santé Canada, comité consultatif national de l'immunisation)

**Auteure principale :** Docteure Joan Louise Robinson, université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

---

Les recommandations du présent énoncé ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes. Les adresses Internet sont à jour au moment de la publication.