

---

## AVIS

---

### relatif à la problématique de la rougeole chez la femme enceinte

23 mai 2011

---

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par le directeur général de la santé pour ce qui concerne la problématique de la rougeole chez la femme enceinte.

Il a été demandé au HCSP, en prenant en compte les travaux existants, d'élaborer une conduite à tenir devant une situation de rougeole dans différents contextes : pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et en période néo-natale.

Les recommandations présentées dans cet avis ont été élaborées par un groupe d'experts comprenant notamment des membres du Comité de suivi de la rougeole et des membres du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF).

Le HCSP rappelle les éléments suivants :

#### 1. Rougeole et grossesse

La rougeole durant la grossesse expose à un risque maternel de complications pulmonaires, d'hospitalisation, voire de décès [1-5]. En l'état actuel des connaissances, le virus morbilleux n'a pas d'effet tératogène mais la rougeole peut entraîner des anomalies ou une mort fœtale par altération de la circulation placentaire [6], ainsi que des accouchements prématurés [1-5].

Lorsqu'une femme présente une rougeole au voisinage de l'accouchement, le nouveau-né présente habituellement une rougeole congénitale (éruption présente à la naissance) ou post-natale (éruption dans les 10 jours suivant la naissance) [7-8]. La rougeole congénitale et néonatale a été décrite en 1904 [9] avec une létalité de 28 %. Les publications récentes ne comportent que des observations cliniques [7-8] permettant difficilement de se faire une idée de la gravité de cette entité qui semble très variable, avec de simples éruptions, des pneumopathies, voire des formes rapidement mortelles. Enfin, les rougeoles congénitales et néonatales sont associées à un risque augmenté de survenue de pan encéphalite subaiguë sclérosante [10] : sur les 5 cas rapportés dans la littérature [11-15], 4 ont débuté avant 2 ans (dont 3 avant 1 an) et 2 étaient décédés à l'âge de 3 ans.

#### 2. Moyens de prévention

##### o La vaccination

La vaccination représente la méthode la plus efficace de prévention de la rougeole.

Cette vaccination [16] est recommandée chez tous les enfants avec un schéma vaccinal comportant une première dose à l'âge de 1 an et une seconde dose avant l'âge de 2 ans, en respectant un intervalle d'un mois entre les deux.

Du fait de l'application très insuffisante des recommandations du calendrier vaccinal durant les dernières décennies, la couverture vaccinale pour la première et la seconde dose est insuffisante. Il existe donc en France un important réservoir de personnes réceptives parmi les grands enfants, adolescents et adultes jeunes. Ceci explique l'épidémiologie actuelle de la

maladie avec en particulier de nombreux cas chez les sujets âgés de plus de 20 ans et la survenue de cas de rougeole chez les femmes enceintes.

Afin de prévenir la survenue de cas de rougeole dans ces tranches d'âge, le calendrier vaccinal recommande que toutes les personnes nées après 1980 aient reçu 2 doses de vaccin triple rougeole, rubéole, oreillons.

**Une consultation préconceptionnelle** devrait être l'occasion de mettre à jour les vaccinations en proposant l'administration de 1 ou 2 doses de vaccin trivalent aux femmes qui ne peuvent apporter la preuve qu'elles ont reçu 2 doses de vaccin. Si 2 doses sont nécessaires, elles doivent être espacées d'au moins 4 semaines.

La vaccination est contre-indiquée chez les femmes enceintes. Il convient donc de s'assurer de l'absence de grossesse en cours et de prescrire une contraception efficace pendant les 2 mois suivant chaque dose. Toutefois, l'administration accidentelle du vaccin trivalent (ou du vaccin rubéole monovalent) pendant la grossesse ne justifie ni interruption médicale de grossesse ni même de surveillance particulière, aucun cas d'embryofœtopathie lié au vaccin n'ayant été rapporté.

La **visite du post-partum** peut aussi être l'occasion de mettre à jour la vaccination.

○ **Les immunoglobulines en post-exposition**

L'efficacité des immunoglobulines en prévention de la rougeole chez les enfants a été établie par des études anciennes [17] et dans trois études plus récentes [18-20]. L'efficacité est établie (de l'ordre de 90 %) lorsque les immunoglobulines sont administrées dans les 6 jours suivant le contagé. Il n'existe pas d'étude spécifique à la femme enceinte mais il n'y a pas de raison de penser que leur profil d'efficacité et de tolérance soit différent chez la femme enceinte : la balance bénéfice-risque de cette thérapeutique préventive paraît favorable au vu des conséquences possibles de la rougeole gravidique [5].

En France, l'administration d'immunoglobulines polyvalentes par voie intraveineuse est recommandée [21] dans les 6 jours après exposition à un cas de rougeole confirmée chez :

- la femme enceinte non vaccinée et sans antécédent personnel de rougeole,
- le sujet immunodéprimé (sauf en cas de supplémentation<sup>1</sup>), quel que soit son statut vaccinal et ses antécédents avérés de rougeole,
- les enfants âgés de moins de 6 mois dont la mère présente une rougeole,
- les enfants âgés de moins de 6 mois en l'absence de protection par les immunoglobulines maternelles (absence d'antécédent maternel de rougeole, absence de vaccination maternelle (dans le doute une sérologie maternelle IgG peut être demandée en urgence),
- les enfants âgés de 6 à 11 mois non vaccinés en post-exposition dans les 72 heures après contact, quel que soit le statut vaccinal de la mère ou ses antécédents de rougeole.

La posologie recommandée est de 400 mg/kg en une injection unique [22].

**En conséquence, le HCSP recommande :**

► **Dans le cas d'une femme enceinte non immunisée exposée à un contagé**

**Rappel :** une personne est considérée comme immunisée si elle présente un antécédent certain de rougeole ou si elle a reçu deux doses de vaccin.

- **L'administration d'une dose d'immunoglobulines (Ig) par voie intraveineuse (IV) dans les 6 jours suivant le contagé.** Ceci doit se faire en milieu hospitalier, après concertation avec l'équipe d'une maternité de référence mais, du fait du risque de contagé, en dehors de cette dernière.

<sup>1</sup> C'est-à-dire à l'exception de ceux présentant une carence en immunoglobulines faisant l'objet d'un traitement substitutif régulier.

- S'il existe un doute sur les antécédents de rougeole ou de schéma vaccinal complet (c'est-à-dire 2 doses de vaccin), une sérologie peut être pratiquée<sup>2</sup> **sous réserve de ne pas dépasser le délai d'administration de la prophylaxie (6 jours après contact)**. En l'absence de données scientifiques permettant de définir un taux d'anticorps protecteur contre la rougeole, il ne sera tenu compte que du résultat qualitatif (présence ou non d'anticorps détectables).
- Il n'y a pas d'indication à maintenir la patiente à l'hôpital après sa perfusion. La prise en charge en médecine de ville devrait être privilégiée dans ce cas afin d'éviter le risque de contamination secondaire en milieu hospitalier (cf. circuit grippe CNGOF, www.cngof.asso.fr). La patiente devra être informée d'une possibilité d'échec du traitement préventif et de la nécessité de consulter son médecin traitant en cas de fièvre et, en cas d'indisponibilité de ce dernier ou de critères de gravité (fièvre > 38.5°C, frissons, difficulté respiratoire, pathologie chronique surajoutée - comme diabète, obésité, asthme) de se rendre en milieu hospitalier en le contactant au préalable, dans la mesure du possible, pour organiser sa prise en charge.

### ► Dans le cas d'une rougeole chez une femme enceinte

La rougeole à sa phase d'invasion ou d'état induit habituellement l'accouchement et ce, quel que soit le terme de la grossesse. Le choix du lieu d'hospitalisation (gynécologie-obstétrique, maladies infectieuses, voire réanimation) dépendra de la **situation obstétricale**, de **l'état clinique de la mère** et des **possibilités d'isolement**.

Une suspicion de rougeole chez une femme enceinte nécessite une confirmation biologique comprenant la recherche du virus au niveau d'un prélèvement de salive ou de gorge.

#### • **Conduite à tenir pour la femme enceinte**

Plusieurs situations méritent d'être distinguées :

- **Menace d'accouchement**
    - En fonction du terme de la grossesse, si la présence de contractions utérines avec modifications cervicales l'exige, la tocolyse peut être tentée, accompagnée d'une corticothérapie maturative pulmonaire fœtale.
    - Si la situation justifie l'administration de corticoïdes à la mère aux fins de maturation pulmonaire du fœtus, il n'existe aucune évidence de contre-indication du fait de la rougeole.
  - **Femme en travail, proche du terme**
    - Aucune indication à tenter d'arrêter le travail.
  - **Absence de menace d'accouchement**
    - Aucune évidence de l'intérêt d'administrer des Ig IV.
    - Aucune évidence de l'intérêt de tenter de déclencher l'accouchement (ou pratiquer une césarienne) **sauf complication de la rougeole (notamment respiratoire) mettant en jeu la vie de la mère**.
- **Conduite à tenir pour le nouveau-né**
    - Administration d'Ig IV dès la naissance (prophylaxie de la rougeole et de ses complications, 400 mg/kg) sauf si la mère a débuté son éruption rougeoleuse plus de 10 jours avant l'accouchement.
    - PCR rougeole dans les sécrétions pharyngées ; dosage des IgM si la rougeole maternelle date de plus de 15 jours.

<sup>2</sup> Celle-ci peut être réalisée à partir de la sérothèque de l'établissement, ou sur le sérum ayant permis la surveillance sérologique rubéole en début de grossesse.

- Pas de séparation mère-enfant sauf si l'état du nouveau-né justifie un transfert en néonatalogie. Dans ce cas, le nouveau-né devra être isolé. La surveillance de l'excrétion virale par PCR pourra aider à déterminer la durée d'isolement.
  - Pas de contre-indication à l'allaitement maternel.
  - Isolement du couple mère-enfant pendant une durée de 5 jours après le début de l'éruption de la mère. Si l'enfant développe la rougeole, il devra être isolé pendant 5 jours après le début de l'éruption.
  - Il est souhaitable que la mention d'une rougeole congénitale apparaisse dans le carnet de santé de l'enfant.
- **Conduite à tenir pour l'entourage proche**
    - Vérification du statut vaccinal de l'entourage proche et mise à jour, le cas échéant, selon le calendrier vaccinal.

Par ailleurs, le Haut Conseil de la santé publique souligne que la rareté et l'ancienneté de la littérature consacrée à ce sujet incite à répertorier (enquête rétrospective depuis 2010 puis prospective) les cas de rougeole chez la femme enceinte et à assurer un suivi de l'enfant, notamment concernant les conséquences.

*La CSMT a tenu séance le 23 mai 2011 : 13 membres qualifiés sur 15 membres qualifiés votant étaient présents, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 13 votants, 0 abstention, 0 vote contre.*

## Références

- [1] Atmar RL, Englund JA, Hammil H. Complications of measles during pregnancy. *Clin Infect Dis* 1992; 14: 217-26.
- [2] Chiba ME, Saito M, Suzuki N, et al. Measles infection in pregnancy. *J Infect* 2003; 47: 40-4.
- [3] Eberhart-Phillips JE, Frederick PD, Baron RC, et al. Measles in pregnancy: a descriptive study of 58 cases. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 797-801.
- [4] Ali ME, Albar HM. Measles in pregnancy: maternal morbidity and perinatal outcome. *Intern J Gynaecol Obstet* 1997; 59: 109-13.
- [5] Manikkavasagan G, Ramsay M. The rationale for the use of measles post-exposure prophylaxis in pregnant women: a review. *J Obstet Gynaecol* 2009; 29: 572-5.
- [6] Siegel M. Congenital malformations following chickenpox, measles, mumps and hepatitis. Result of a cohort study. *JAMA* 1973; 226: 1521-4.
- [7] Betta Ragazzi SL, De Andrade Vaz de Lima LR, Bellini WJ, et al. Congenital and neonatal measles during an epidemic in Sao Paulo, Brazil in 1997. *Pediatr Infect Dis J* 2005; 24: 377-8.
- [8] Ohji G, Satoh H, Satoh H, et al. Congenital measles caused by transplacental infection. *Pediatr Infect Dis J* 2009; 28: 166-7.
- [9] Nouvat JR. Rougeole et grossesse. Cité par Denis F. Virus de la rougeole. *In Les virus transmissibles de la mère à l'enfant*. John Libbey Eurotext. Montrouge France 1999, pp 337-44.
- [10] Campbell H, Andrews N, Brown KE, et al. Review of the effect of measles vaccination on the epidemiology of SSPE. *Intern J Epidemiol* 2007; 36: 1334-48.
- [11] Zwiauer K, Forstenpointner E, Popow-Kraupp T, et al. Rapid progressive subacute sclerosing panencephalitis after perinatally acquired measles virus infection. *Lancet* 1995; 47: 1124.
- [12] Sawaishi Y, Abe T, Yano T, et al. SSPE following neonatal measles infection. *Pediatr Neurol* 1999; 20: 63-5.
- [13] Cruzado D, Masserey-Spicher V, Roux L, et al. Early onset and rapidly progressive subacute sclerosing panencephalitis after congenital measles infection. *Eur J Pediatr* 2002; 161: 438-41.
- [14] Dasopoulou M, Covanis A. Subacute sclerosing panencephalitis after intrauterine infection. *Acta Paediatr* 2004; 93: 1251-3.
- [15] Simsek E, Ozturk A, Yavuz C, et al. Subacute sclerosing panencephalitis (SSPE) associated with congenital measles infection. *Turk J Pediatr* 2005; 47: 58-62.

- [16] Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. BEH 2011; 10-11: 101-19.
- [17] Ordman CW, Jennings CG, Janeway CA. Chemical, clinical and immunological studies on the products of human plasma fractionation. XII. The use of concentrated normal serum gamma globulin (human serum globulin) in the prevention and attenuation of measles. J Clin Invest 1944; 23: 541-9.
- [18] CDC. Postexposure prophylaxis, isolation and quarantine to control an import-associated measles outbreak- Iowa 2004. MMWR 2004; 53: 969-71.
- [19] Endo A, Izumi H, Miyashita M, et al. Current efficacy of post exposure prophylaxis against measles with immunoglobulin. J Pediatr 2001; 138: 926-8.
- [20] Sheppard V, Forrsmann B, Ferson MJ, et al. The effectiveness of prophylaxis for measles contacts in NSW. NSW Public Health Bulletin 2009; 20: 81-5.
- [21] Circulaire DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés. Disponible sur [http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/09\\_334t0pdf.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/09_334t0pdf.pdf) (consulté le 30 juin 2011).
- [22] Afssaps/HAS. Situation temporairement acceptable. Prophylaxie des sujets à risque après exposition à un cas confirmé de rougeole. Disponible sur [http://www.afssaps.fr/var/afssaps\\_site/storage/original/application/caf8523049ed2d38026f6d5d4631c06e.pdf](http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/caf8523049ed2d38026f6d5d4631c06e.pdf) (consulté le 30 juin 2011).

Avis produit par la Commission spécialisée Maladies transmissibles  
Le 23 mai 2011

**Haut Conseil de la santé publique**

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)