

La rubéole

Autor(en): **Monney, Marie-Claude**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **77 (1979)**

Heft 12

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950662>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

La rubéole

Nous publions ci-dessous le chapitre concernant la grossesse et la rubéole, extrait du travail de diplôme de Mademoiselle Marie-Claude Monney, juillet 1977.

Ce travail qui a pour titre «La grossesse et les maladies infectieuses» appartient à la bibliothèque de l'École d'infirmières et d'infirmiers du CHUV, section sages-femmes, Lausanne.

1. Introduction

La rubéole est une maladie infectieuse virale très répandue, survenant généralement chez l'enfant. A cet âge-là, son aspect est des plus bénin. Mais cette éruption accuse plus d'acuité dès qu'il s'agit d'une femme enceinte.

Grâce à Gregg, un ophtalmologiste australien, qui découvrit en 1941 une corrélation entre la rubéole présente chez la mère pendant les trois premiers mois de la grossesse et les lésions congénitales du tractus oculaire et du cœur chez l'enfant, nous connaissons actuellement tous les effets tératogènes de cette maladie sur l'embryon et le fœtus. Ce n'est qu'en 1962 que le virus est isolé par Parkman et Buescher. L'étude complète de la rubéole a pu se réaliser après une vaste épidémie qui a sévi aux Etats-Unis dans les années 1964/1965. Elle entraîna la naissance de nombreux enfants malformés, sans parler des interruptions de grossesse. Dès 1966, Parkman met au point la réaction d'inhibition de l'hémagglutination, permettant ainsi le diagnostic biologique précis de la rubéole. Et la même année apparaît le vaccin antirubéoleux. En dehors des périodes d'épidémie, l'indice de la rubéole congénitale en Europe est de une pour quatre mille naissances vivantes environ.

2. Le virus de la rubéole

Le virus de la rubéole est un virus à acide ribonucléique, comportant une partie centrale composée d'un antigène soluble, et une enveloppe dont fait partie l'hémagglutinine. Son diamètre varie selon les au-

teurs entre 60 et 300 m μ . On a observé des projections de 5 à 6 m μ sur l'enveloppe. Le virus est assez sensible aux agents physiques, comme la chaleur et les rayons ultraviolets, qui le rendent inactif, ainsi qu'à d'autres agents tels que l'éther, les acides et les produits tensio-actifs.

La culture du virus est difficile, elle peut se faire suivant deux méthodes:

– culture du virus sur cellules rénales du singe d'Afrique. Les chercheurs n'ont pu observer aucun effet cytopathogène, mais lors de l'inoculation ultérieure aux mêmes cellules d'un virus déterminant un effet cytopathogène caractéristique, le virus de la rubéole avait créé un phénomène d'interférence empêchant la culture du second virus, – culture du virus sur cellules amniotiques humaines. Le virus est responsable d'un effet cytopathogène très discret, observable seulement au microscope électronique par l'étude des chromosomes. Ces derniers présentent de nombreuses cassures et leur mitose est inhibée. Actuellement, d'autres cellules sont mieux aptes à permettre la culture du virus, par exemple les cellules rénales du lapin ou du hamster nouveau-né.

Dans cette dernière méthode, l'effet cytopathogène peut être neutralisé par l'adjonction à la culture d'un sérum de référence. Par ce moyen, le virus est mis facilement en évidence.

Le virus de la rubéole provoque au niveau de l'organisme des réactions immunitaires classiques. Les antigènes viraux font apparaître les anticorps spécifiques: anticorps de neutralisation, anticorps déviant le complément, anticorps inhibant l'hémagglutination. Ce dernier évolue parallèlement à l'anticorps de neutralisation et, grâce à lui, après un procédé chimique compliqué, il est possible de poser le diagnostic d'une rubéole.

Les anticorps apparaissent au moment de l'éruption et subsistent indéfiniment dans l'organisme, assurant une immunité à vie.

3. Epidémiologie et mode de transmission

La rubéole sévit par petites épidémies, surtout à la fin de l'hiver et au printemps. Les grandes épidémies ne se manifestent que tous les 6 à 9

ans. C'est une maladie d'enfance dont l'âge de prédilection se situe entre 2 et 6 ans. D'après certaines statistiques, le 90 à 93% des femmes âgées de 18 à 30 ans sont immunisées. Le virus contamine le sujet par voie aérienne. Les gouttelettes de «Pflugge» contenant le virus s'introduisent dans l'arbre respiratoire supérieur et infectent le sujet. Le virus passe ensuite dans le sang. Il est éliminé soit par les sécrétions bucco-pharyngées, soit par les urines ou par les selles.

En ce qui concerne le produit de la conception, il n'existe qu'une seule modalité de transmission qui est la voie hématogène transplacentaire. Aucune autre possibilité, en particulier lors de l'accouchement, n'a été décrite. Le passage du virus dans la circulation fœtale se fait soit par dissémination virale simple, soit par embolie de cellules infectées du chorion.

Une femme enceinte peut contracter la rubéole à n'importe quel moment de la grossesse. Mais l'atteinte virale de l'embryon et, plus tard, du fœtus, est différente et correspond au degré de développement de l'œuf. Certaines études ont démontré qu'à partir du troisième mois de grossesse, le placenta pouvait jouer un rôle de «filtre» plus efficace de mois en mois. En effet, après la douzième semaine de grossesse, le virus est localisé plus souvent au niveau du placenta que du fœtus.

Aujourd'hui, il est établi que, quel que soit l'avancement de la grossesse, le produit de la conception est infecté. Les conséquences de cette infection dépendent du stade de l'organogénèse et du système de défense du fœtus.

4. Rappel clinique

La rubéole n'est pas la maladie d'enfance la plus fréquente et ses manifestations sont souvent discrètes.

a) Période d'incubation

Elle est silencieuse et dure deux à trois semaines, la moyenne étant de 17 jours. La virémie commence le 7^e jour.

b) Période d'invasion

Elle est de très courte durée, voire inexistante, et n'excède jamais 48 heures. Les signes cliniques sont

bénins: courbatures, fièvre rarement supérieure à 39°.

L'examen clinique peut mettre en évidence:

– un énanthème très discret, la gorge est à peine plus rouge que d'habitude, présentant éventuellement de petits points rouges sur le voile du palais.

– des adénopathies diffuses, les premiers ganglions atteints se trouvent dans les régions sous-occipitale et angulo-maxillaire. Parmi les plus caractéristiques, on peut citer: les ganglions cervicaux postérieurs (sous-occipitaux de chaque côté de la protubérance occipitale externe, rétro-auriculaires, trapéziens). L'infection atteint plusieurs ganglions d'un même territoire. L'hypertrophie est marquée, mais quelquefois leur volume reste modeste (noisette). Indolores en soi, ils peuvent parfois être douloureux au toucher. Ils sont très mobiles, libres de toute adénite. On note également une hypertrophie des ganglions susclaviculaires, axillaires, épitrochléens, inguinaux.

c) Période d'état

– L'exanthème

D'ordinaire, l'exanthème marque le début de la maladie.

Il s'agit d'une éruption de macules roses commençant au visage, qui prend un aspect cramoisi, puis s'étend à tout le corps sans ordre ni symétrie. Sont généralement épargnés la paume des mains et la plante des pieds, de même que le cuir chevelu. Il existe des intervalles de peau saine, même lorsque les macules élémentaires sont confluentes. Lors de la généralisation, au cours du deuxième jour, on peut constater une accumulation de macules aux plis de flexion et aux points de contact.

L'exanthème disparaît dès le troisième jour, n'ayant pas ou peu entraîné de prurit et ne laissant qu'une très fine desquamation, jamais de pigmentation. Il peut évoluer par poussées successives sur les diverses parties du corps.

– Les adénopathies

Les adénopathies sont présentes comme lors de la période d'invasion.

– La fièvre

Le plus souvent, la fièvre persiste pendant l'éruption.

– La splénomégalie

On peut observer quelquefois une discrète splénomégalie.

– Autres signes

D'autres signes généraux et fonctionnels peuvent accompagner l'éruption: asthénie, légère céphalée, courbatures musculaires, arthralgies.

– Examens complémentaires

On constate en général une légère augmentation de la leucocytose, avec surtout une hypermonocytose. La plasmocytose est inconstante. La certitude diagnostique peut être obtenue par la réaction d'inhibition de l'hémagglutination.

Le virus de la rubéole est retrouvé dans le nez, la gorge, le sang, les urines et les selles pendant les huit jours précédant l'éruption. Il disparaît subitement du sang le jour de l'éruption. Au niveau de l'arbre respiratoire supérieur, on peut déceler sa présence jusqu'au quinzième jour après l'éruption. Il est donc impératif de savoir que la maladie est contagieuse huit jours avant l'éruption et jusqu'à quinze jours après.

Dans la rubéole congénitale, le virus se multiplie dans l'organisme de l'embryon et du fœtus, persiste pendant toute la grossesse et, à la naissance, se retrouve dans la gorge et les urines du nouveau-né. L'élimination virale dure des semaines, voire des mois, en dépit de la présence de taux d'anticorps élevés. C'est à première vue un paradoxe, mais qui s'explique par un déficit de l'immunité cellulaire chez le nourrisson et l'enfant. Le nourrisson reste donc extrêmement contagieux pendant une assez longue période allant de 15 à 18 mois après la naissance.

d) Formes cliniques

– Formes inapparentes

La rubéole attaque un sujet et l'immunise à son insu. Pour ce type de rubéole, il n'y a pas de manifestations cliniques apparentes.

– Formes frustes

La maladie s'observe cliniquement, mais les signes en sont discrets: décalage thermique transitoire, malaise général modéré, quelques adénopathies dont seul le siège sous-occipital retient l'attention, éruption limitée ou inexistante.

– Formes intenses

On les observe surtout chez l'adulte

ou l'adolescent. La clinique est très prononcée, allant même jusqu'à des arthralgies et des arthrites.

e) Complications

Bien que rares, elles existent tout de même:

– manifestations neurologiques: encéphalite, méningite, exceptionnellement méningo-encéphalite

– complications hématologiques: purpura thrombocytopénique

– complications rhumatismales: arthrites, myalgies périscapulaires, polyarthrite

– complications liées au terrain: embryopathie

La rubéole congénitale

Actuellement, la rubéole congénitale doit être examinée sous divers aspects:

Embryopathie tératogène

Fœtopathie évolutive persistante

Association de malformations et de lésions actives

Il est important de différencier ces types de rubéole, car les conséquences pour l'avenir de l'enfant en dépendent.

Embryopathie tératogène

Les risques tératogènes provoqués par l'apparition d'une rubéole en cours de grossesse peuvent être estimés à:

premier mois	35 à 40%
deuxième mois	22 à 25%
troisième mois	10%
quatrième et cinquième mois	6%

L'embryon peut également être atteint dans 10 à 20% des cas si l'infection maternelle a lieu dans le mois précédant la conception.

En fonction de l'âge gestationnel au moment de l'apparition de la rubéole, les manifestations porteront:

avant la 6^e semaine sur la vue, le cœur, l'ouïe

entre 6 et 8 semaines sur le cœur et l'ouïe

à la 10^e semaine sur l'ouïe

à la 12^e semaine sur la dentition

semaine

– Les lésions oculaires (53 à 80% des cas)

La principale et la plus fréquente est la cataracte, accompagnée souvent d'une microphthalmie. Dans certains cas, cette manifestation peut se montrer très discrète et n'être diagnostiquée que très tardivement. La présence du virus sur le

cristallin pendant plusieurs années n'empêche pas l'intervention chirurgicale.

Le glaucome est plus rare. Il peut se produire une rétinite rubéolique se traduisant par un semis de taches «poivre et sel» sans réactions inflammatoires. Exceptionnellement, on trouve une sténose du canal lacrymo-nasal.

– Les malformations cardiaques (60 à 80% des cas)

Elles ne sont souvent pas évidentes à la naissance, ce qui peut retarder le diagnostic (même après deux ans). Les lésions les plus fréquentes sont la persistance du canal artériel, la sténose pulmonaire, les communications interventriculaires ou interauriculaires et la coarctation aortique. Il ne s'agit que rarement de cardiopathies cyanogènes.

– Les atteintes auditives (30 à 80% des cas)

Les lésions se manifestent par une surdité de perception avec trouble du développement de l'organe de Corti (perception sensorielle auditive) et de la cochlée (limaçon). Cette surdité est unilatérale ou bilatérale. Souvent incomplète, elle n'est décelée parfois qu'à l'âge scolaire. Il faut relever que la surdité peut être le signe isolé d'une rubéole congénitale, en particulier dans les atteintes relativement tardives (4^e et 5^e mois de grossesse).

Quand la surdité est totale, elle peut influencer l'acquisition de la parole et nécessiter une éducation appropriée.

– Les lésions dentaires (5% des cas)

Les lésions dentaires sont plutôt rares. Elles se traduisent par une hypoplasie ou une agénésie.

– Les manifestations neurologiques

Elles sont difficiles à préciser, car les avis divergent. Dans le 10% des cas peut se présenter une microcéphalie, dans le 1 à 50% une atteinte mentale variable. Exceptionnellement, on a constaté des altérations du tracé E.E.G. avec présence d'une épilepsie.

– Autres anomalies

D'autres anomalies ont été signalées, telles que anomalies des dermatoglyphes avec pli palmaire médian et tri radius distal axial, micrognathie, palais ogival, hypospadias,

atrésie de l'oesophage, maladie de Hirschsprung, etc.

Pendant la période d'embryogénèse, si l'atteinte embryonnaire est très accentuée et la viabilité de l'embryon mise trop fortement à l'épreuve, le produit de la conception sera expulsé. L'avortement spontané se retrouve, selon les auteurs, dans le 5 à 27% des cas de rubéole congénitale.

Fœtopathie évolutive persistante

Ce n'est qu'après l'épidémie de 1964 aux Etats-Unis que ce syndrome a pu être décrit. Cette maladie congénitale se trouve d'ailleurs souvent associée aux autres éléments malformatifs classiques.

Ses manifestations sont:

hypotrophie staturo-pondérale

La prématurité vraie est exceptionnelle. En revanche, le poids de naissance est généralement inférieur à la normale, ne correspondant pas à l'âge gestationnel, avec disparition du tissu adipeux sous-cutané. Le retard statural est aussi très fréquent.

L'hypotrophie staturo-pondérale persiste fréquemment durant plusieurs années, ce qui serait attribuable à la diminution du nombre de cellules dans les organes.

syndrome de la rubéole congénitale active

– Le *purpura thrombocytopénique* est la manifestation la plus fréquente et la plus frappante. 24 à 48 heures après la naissance, le purpura se déclare par des pétéchies prédominantes à la face et à la partie supérieure du tronc, parfois même généralisées aux paumes et aux plantes, associées à des ecchymoses. L'évolution est brève, elle dure habituellement quelques jours. Il peut se produire des poussées purpuriques apparaissant durant plusieurs mois. Les hémorragies viscérales sont rares (cérébro-méningées, ombilicales).

La thrombopénie est constante, inférieure à 50 000 à 90 000 plaquettes par mm³. La moelle est pauvre en mégacaryocytes.

– *L'anémie* est moins fréquente et de type hémolytique avec hyperplasie érythroblastique de la moelle et érythroblastose périphérique. Plus rarement, l'anémie est de type hypoplastique. Les troubles hémato-

logiques sont souvent accompagnés d'une *hépatoplénomégalie*.

– Une autre manifestation hépatique est l'*hépatite* avec *ictère* important. L'évolution de l'hépatite dure plusieurs semaines. Certaines atrésies biliaires trouveraient leur étiologie dans la rubéole congénitale.

– Les *lésions osseuses* se diagnostiquent uniquement par la radiologie. Elles présentent à la radiographie des bandes claires, parallèles au grand axe de l'os, alternant avec des raies foncées. Les lésions n'intéressent que les os longs. Les altérations des os du crâne se présentent sous forme d'une calcification pauvre et de sutures excessivement larges. Il n'y a pas de calcification intra-crânienne.

– Les *lésions du myocarde* se caractérisent par un tableau d'insuffisance cardiaque précoce, signe avant-coureur d'un ou de plusieurs infarctus du myocarde. La maladie myocardique est rebelle au traitement des tonicardiaques, mais la guérison peut être spontanée par arrêt du processus de destruction.

– Les *pneumonies interstitielles* sont rares.

– Les lésions encéphaliques sont de types très divers: troubles du tonus, hyperextension de la tête et du tronc, bombement de la fontanelle antérieure, irritabilité, troubles vasomoteurs, léthargie, crises convulsives, asymétrie du tonus et des réflexes, troubles de la succion et de la déglutition, cri anormal.

Ces troubles se manifesteront plus tard sous forme de retard des acquisitions psychomotrices, de spasticité, de retard du langage (même sans trouble de l'audition), de E.E.G. anormal, d'ataxie, d'incoordination, d'hémiplégie.

L'étude du liquide céphalo-rachidien montre surtout une hyperalbuminorachie et, parfois, une hypercytose modérée. Le virus subsiste dans ce liquide jusqu'à 18 mois après la naissance. Il peut se produire des lésions de méningite chronique, de type calcifique ou hémorragique.

– Les *anomalies uro-génitales* (hypospadias), *digestives*, de même que les manifestations d'origine *dermatoglyphes*, sont très rares. Une adénopathie existe chez quelques nouveaux-nés, de même qu'une éruption cutanée.

– Le *caryotype* est normal dans la plupart des cas, mais on a pu observer, lors de l'épidémie de 1964 aux Etats-Unis, une augmentation non négligeable de l'incidence du mongolisme.

Pampers

Trockener für das Baby - bequemer für die Schwester.

In Pampers fühlt sich das Baby wohler und bleibt trockener als in herkömmlichen Windeln. Denn Pampers haben eine spezielle Trockenschicht. Die leitet die Nässe nach unten in das weiche Saugkissen, wo sie aufgenommen und verteilt wird. Die Trockenschicht hilft dann die Nässe weitgehend unten zu halten, also weg von der zarten Haut des Babys. So liegt das Baby trockener und fühlt sich wohler.

Mit Pampers müssen Sie die Baby- und Bettwäsche lange nicht so oft wechseln, wie das bei herkömmlichen Windeln nötig ist. Denn Pampers ist Windel und Plastikhöschen zugleich. Das heisst, Pampers bewirkt, dass die Nässe innen in der Windel bleibt, damit nichts durchnässt auf Hemdchen, Leintücher, Decken und Bezüge.

Sie müssen somit weniger Wäsche wechseln, was Ihnen die Arbeit einfacher und bequemer macht.



Ausführlich informiert Sie:
Pampers
Ärzte- und Klinikberatung
Procter & Gamble AG
80, rue de Lausanne
1211 Genève 2

**Pampers halten Babys trockener.
Den Unterschied können Sie spüren.**

Ces différentes lésions entraînent une mortalité intra-utérine et post-natale élevée (20%), mais, dans la majeure partie des cas, la guérison complète ou partielle est obtenue.

Association de malformations et de lésions actives

Cette catégorie comprend les sujets atteints à la fois de malformations décrites sous «Embryopathie tératogène», et de rubéole active à la naissance décrite sous «Fœtopathie évolutive persistante».

5. Diagnostic

Il est très important de poser le diagnostic d'une rubéole avec précision, étant donné le risque d'embryopathie et de fœtopathie. Malheureusement, les signes cliniques ne sont pas toujours fidèles et la détermination de la maladie virale repose uniquement sur l'examen sérologique.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec plusieurs maladies d'origine infectieuse, comme la rougeole, la scarlatine, la mononucléose infectieuse, la toxoplasmose acquise, les viroses à entérovirus, adénovirus, virus Coxsockie, ECHO et APC, ainsi que les éruptions médicamenteuses.

La réaction sérologique la plus rapide, la plus fidèle et la plus facile demeure présentement la réaction d'inhibition de l'hémagglutination. Les anticorps H.I. apparaissent dans les 48 heures qui suivent l'éruption et persistent ensuite durant toute la vie.

Chez la femme enceinte, dès qu'il y a suspicion de rubéole, il faut réaliser un prélèvement sanguin avec détermination des anticorps.

La présence d'anticorps dès la première prise de sang révèle une immunité ancienne et élimine tout risque de rubéole congénitale. Mais si, au premier prélèvement, on constate l'absence ou un taux faible d'anticorps, deux possibilités sont à envisager: ou bien que la femme n'ait jamais contracté la rubéole, ou bien qu'elle se trouve en phase d'incubation. Il faut alors procéder, quinze jours plus tard, à un second prélèvement qui permettra de poser un diagnostic définitif.

Un taux d'anticorps négatif aux deux prélèvements signifie que la femme, non immune, n'a pas contracté la rubéole. Une augmentation du taux d'anticorps prouve qu'il

s'agit d'une rubéole ancienne ou en cours.

Mais il peut se présenter des cas douteux:

- l'existence de titres bas d'anticorps aux deux prélèvements traduit probablement une immunité d'origine ancienne,

- si les deux taux sont élevés, une rubéole récente ne peut être que suspectée, car des titres de cet ordre ont été relevés plusieurs années après une rubéole.

Dans ces cas-là, il faut procéder à un examen complémentaire des anticorps. Si le taux d'immunoglobulines M est élevé, la rubéole est récente.

Chez le nouveau-né suspect d'une rubéole congénitale par des signes cliniques, il faut poser le diagnostic en éliminant en premier lieu la toxoplasmose congénitale, la maladie généralisée des inclusions cytomégaliennes, l'herpès disséminé, la listériose, la syphilis congénitale. Ensuite, les examens suivants sont nécessaires:

- réaction d'inhibition de l'hémagglutination
- dosage des IgM, et éventuellement
- prélèvement pharyngé pour isoler le virus sur une culture appropriée

6. Evolution

Pour avoir une idée de l'évolution de la rubéole congénitale, voici quelques chiffres approximatifs résultant de recherches personnelles:

- avortements spontanés	25% des cas
- mort in utéro	20% des cas
- malformations diverses	37% des cas
- sans lésions	18% des cas

Citons une statistique détaillée établie par Cooper sur 376 cas de rubéole congénitale dans les quatre années qui ont suivi l'épidémie de 1964 aux Etats-Unis:

aucune malformation	70 cas	18,6%
atteintes oculaires	267 cas	71,0%
atteintes auditives	252 cas	67,0%
atteintes cardiaques	182 cas	48,4%
retard psychomoteur	170 cas	45,2%

purpura	85 cas	22,6%
décès	61 cas	16,2%

La rubéole congénitale pose surtout le problème des séquelles et de la rééducation d'enfants souvent porteurs de plusieurs déficits sensoriels, associés parfois à des troubles neurologiques. Le problème médical a donc également des retombées socio-économiques.

Autre statistique intéressante de Gumpel portant sur 85 malades suivis de 3 à 19 ans:

cataractes	52 cas	61,2%
surdités	74 cas	87,1%
malformations cardiaques	46 cas	54,1%
retards mentaux	32 cas	37,6%
convulsions	15 cas	17,6%

7. Traitement

Le traitement de la rubéole est purement symptomatique, il n'en existe pas d'étiologique. Il faut proscrire tout antibiotique et sulfamidé, étant donné leur inefficacité dans une atteinte virale.

L'éviction scolaire doit être maintenue jusqu'à la guérison complète.

Prévention

Le seul traitement efficace de la rubéole congénitale se situe donc au seul niveau de la prévention qui peut être de différents ordres:

- mettre les filles en âge de scolarité obligatoire au contact de rubéoleux diagnostiqués; c'est la méthode la plus simple.

- éviter tout contact entre rubéoleux et une femme enceinte pendant toute la durée de la grossesse, ce qui est plus vite dit que fait, étant donné la difficulté dans certains cas de trouver une symptomatologie typique de la rubéole.

- doser les anticorps antirubéoleux chez la femme dès l'âge de procréation. Cette prévention pourrait se faire à la fin de la scolarité, elle serait très efficace et sûre, car les jeunes filles non immunes pourraient être diagnostiquées et mises au contact de la rubéole, d'une façon ou d'une autre. Malheureusement, cette méthode est très onéreuse.

- vacciner systématiquement toutes les jeunes filles en âge de pro-

Milchschorf? Säuglingsekzeme?

Therapie mit

Elacto[®]

WANDER

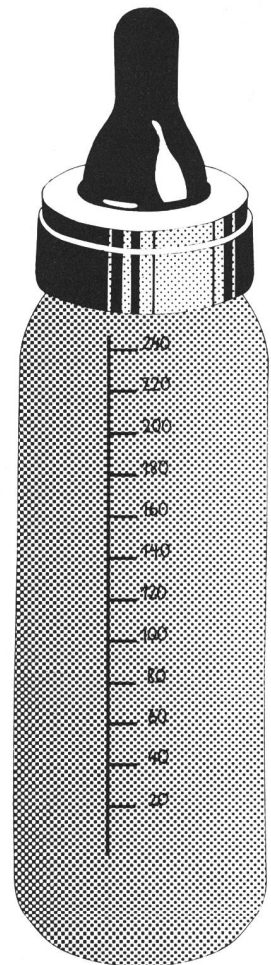
einfach, preiswert, erfolgreich

Elacto hat sich im Doppelblindversuch zur diätetischen Behandlung des atopischen Säuglingsekzems mit einer Erfolgsquote von 80% als sehr wirksam erwiesen. Das ausgezeichnete Ergebnis der klinischen Prüfungen rechtfertigt die Anwendung der einfachen Therapie mit Elacto bei jeder ekzematösen Erkrankung.

Ausführliche Literatur steht Ihnen auf Wunsch zur Verfügung.

Elacto wurde auch beim gesunden Kind klinisch geprüft und als vollständige und preisgünstige Nahrung bewertet.

Wander AG Bern



WW 79.80.02

créer ou sélectionner les jeunes filles non immunes (prévention précédente) et les vacciner.

Le vaccin de la rubéole demande davantage d'explications, car le sujet est à l'étude aussi bien en Europe qu'aux Etats-Unis.

Le problème de la vaccination contre la rubéole est particulier, puisqu'il s'agit en fait d'une maladie bénigne pour le sujet qui en est atteint. Le but recherché n'est donc pas de protéger le malade lui-même, mais d'éviter les embryopathies et les fœtopathies survenant chez une femme enceinte atteinte de la rubéole. La moitié des grossesses touchées par le virus présente une embryopathie tératogène, ce qui est énorme.

Le vaccin n'a pas pu être obtenu sur virus tué. Actuellement, il est réalisé à partir de virus atténué. L'efficacité du vaccin est prouvée, d'une part, par l'étude de l'inhibition de l'hémagglutination, montrant une séroconversion entre 95 et 100%, et, d'autre part, par la protection des sujets vaccinés mis en contact prolongé et important avec le virus sauvage.

La durée de l'immunité procurée par le vaccin est assez longue, car un taux élevé d'anticorps se maintient jusqu'à trois ans après la vaccination.

Il existe trois types de vaccin:

- HPV 77 OK utilisé surtout aux Etats-Unis
- Cendehill préparé en Belgique
- Plotkin RA 27/3 utilisé surtout en Europe

La technique de vaccination consiste à injecter par voie sous-cutanée 0,5 ml de vaccin vivant atténué aux nourrissons et 1 ml aux enfants et aux adultes. Le vaccin contient par ml 103.7 PFU (plaque forming units).

Le vaccin peut provoquer, notamment chez l'adulte, certaines réactions peu intenses et peu fréquentes. Parfois, il cause entre le 7^e et le 12^e jour une fièvre discrète, des symptômes rhinopharyngés, des adénopathies cervicales ou occipitales, éventuellement une éruption rubéoliforme. Ces signes disparaissent spontanément après quelques jours. Certaines douleurs articulaires ont aussi été observées, surtout chez des femmes jeunes, mais sans conséquences fâcheuses. Certaines études font état de quelques rares myéloradiculonévrites, mais qui évoluent toujours vers la guérison.

Les contre-indications vaccinales sont:

affections malignes, maladies infectieuses aiguës en cours d'évolution, déficits immunitaires (congénitaux ou provoqués par des immunodépresseurs), hémopathies, injections de gamma-globulines dans les six semaines qui précèdent, antécédents de polyarthrite rhumatoïde.

La vaccination est formellement interdite dans le cas de vie génitale active avec grossesse ou risque de grossesse imminent, car le vaccin pourrait être rendu responsable d'embryopathie tératogène et de fœtopathie évolutive. Il faut donc le réserver exclusivement:

- aux filles avant la puberté
- aux femmes sous contraceptifs pour lesquelles on possède une certitude de non grossesse pendant deux à trois mois avant et après la vaccination

- éventuellement aux femmes immédiatement après l'accouchement

En Europe, le 80% environ des jeunes filles sont immunisées. Il faut éviter au 20% restant de contracter la maladie pendant la grossesse.

Plusieurs programmes de vaccination sont en voie de se réaliser, soit aux Etats-Unis, soit en Europe. L'un vise à supprimer la maladie en vaccinant tous les enfants de un an à l'âge pubertaire, l'autre a pour but de protéger surtout l'embryon et le fœtus en vaccinant toutes les filles entre 12 et 14 ans, sans test sérologique préalable.

Relevons que le vaccin n'est pas nuisible aux enfants déjà immuns et qu'une personne vaccinée ne peut pas transmettre la maladie à autrui. Mais il reste la catégorie des femmes en âge de procréer non immunes. Pour elles, il serait préférable de pratiquer un test sérologique lors de l'examen pré-nuptial, par exemple, et, selon le résultat, de vacciner ou non (toujours sous couverture de contraceptifs).

Le problème se pose différemment lorsqu'une femme se trouve au début ou en cours de grossesse et contracte la rubéole.

Signalons une méthode de prévention, bien qu'elle soit fort contestée: l'injection intra-musculaire de gamma-globulines. Certains auteurs affirment son pouvoir prophylactique, d'autres lui dénie toute efficacité.

Son pouvoir protecteur varie selon le type utilisé. Pour être efficace, la gamma-globuline doit être administrée au plus tard dans les 48 heures (d'aucuns parlent de cinq jours) qui suivent la contamination. Une injection au moment de l'éruption est il-

lusoire, car la virémie a déjà pu atteindre l'embryon depuis 8 jours.

Parlons enfin de l'interruption de la grossesse. Il importe, avant l'intervention, d'exposer la situation aux parents qui en sont seuls juges et qui seront mis loyalement au courant des risques que court leur enfant. Tous les examens déjà cités devront être faits pour s'assurer de la présence d'une rubéole. La décision d'interrompre la grossesse sera prise par les parents. Dans un tel cas, la loi autorise l'intervention. Mais l'essentiel est d'éviter aussi bien l'avortement que la naissance d'un enfant malformé ou atteint d'une fœtopathie évolutive persistante. Le seul moyen d'y arriver est de vulgariser à une vaste échelle la prévention efficace de la rubéole congénitale.

L'enfant – notre avenir

Par le Dr. Karl Zimmermann,
président de la FMH, Berne

Avec l'«Année de l'enfant», 1979 marque en quelque sorte l'apogée du «Siècle de l'enfant». On peut se demander si l'idée en a germé dans le cerveau d'un publiciste inventif, l'événement pouvant être classé dans les manifestations du genre «Fête des mères». Ou bien serait-il l'un des reflets de cette «vague de nostalgie» qui berce nombre d'adultes dans leurs regrets d'une étape de vie irrémédiablement perdue? Espérons malgré tout qu'aucune de ces hypothèses ne prévaut sans quoi l'«Année de l'enfant» serait la pire mascarade du siècle.

Il faut reconnaître que notre civilisation occidentale a beaucoup fait pour l'enfant: le taux de mortalité infantile est aujourd'hui très faible; grâce aux méthodes modernes de planning familial, l'avortement est devenu – théoriquement – à peu près superflu; une espèce de foi naïve – quasi coercitive – au progrès a pris corps dans la population au point d'engendrer l'idée qu'une grossesse «planifiée» va de soi. Pour assurer à l'enfant un développement harmonieux, on juge bon

de le soustraire aux contraintes sociales et compétitives; ce faisant, on néglige à dessein les impératifs qui marqueront sa vie d'adulte.

Cette attitude utopique de notre société d'abondance nous oblige à mettre le doigt sur des situations qui appellent d'urgentes réformes: Les enfants souffrant d'handicaps physiques – et surtout psychiques – sont défavorisés en raison du manque de personnel qualifié et approprié, prêt à les prendre en charge avec l'amour dont ils ont besoin pour se développer. Le nombre élevé des mauvais traitements corporels et des brimades morales est à l'ordre du jour. Des plans de construction mal conçus sont à l'origine d'accidents évitables et de conditions de logement nuisibles pour les enfants. A cause d'une fausse conception de la liberté appliquée à la circulation routière, les enfants tués ou estropiés sont légion. Faute de protection familiale et d'une autorité naturelle sécurisantes, les exigences scolaires sont ressenties comme un stress insupportable, poussant l'enfant ou l'adolescent de constitution psychique ou intellectuelle précaire vers l'«évasion». A ces quelques exemples nous concernant de près s'ajoutent la faim et la malnutrition qui règnent dans le vaste monde et frappent de manière particulièrement cruelle l'enfant en période de croissance. Dès lors, on en vient à se dire qu'il faudrait faire de l'«Année de l'enfant» une institution permanente. Ainsi, ces «petits d'hommes» sans défense, qui incarnent précisément notre espoir pour l'avenir, goûteraient-ils peut-être un jour une vie saine et harmonieuse au sein d'une société équilibrée. Mais pour arriver à ce beau résultat, il faudrait tendre plus loin et plus haut: à une Année de l'Homme, de l'homo sapiens!

Lettre de notre présidente

Chères collègues,

Je vous souhaite un joyeux Noël et une bonne et heureuse nouvelle année. J'espère que l'année qui s'achève, vous a apporté ce que vous aviez espéré.

Aujourd'hui je vous écris comme animatrice-infirmière dans un camp de réfugiés cambodgiens en Suisse. Nous avons ici 60 réfugiés de tous âges. Ici ils vont bien; bientôt les familles dans plusieurs villes. Toute la population devrait les aider à vivre ici, vous, les sages-femmes, vos amis, familles, voisins, car il faudra du temps pour intégrer ces gens si différents des Suisses. Il leur faudra de l'amitié, de la compréhension, de la patience. Souvent je me demande si nous les Suisses en avons assez. N'oublions pas trop vite leurs tragédies.

Sommes-nous prêts à consacrer une partie de notre temps, à payer aussi de notre personne, après avoir dépoursé des francs?

Sommes-nous généreux où attendons-nous de ces anciens cultivateurs de riz et pêcheurs qu'ils s'adaptent sinon aujourd'hui au moins demain à chaque situation, et qu'ils deviennent de vrais Suisses, organisant bien et tranquillement leur nouveau travail, sans se faire remarquer?

Je suis convaincue, que nous avons beaucoup à apprendre – pour nous-mêmes – avec eux. Je compte sur votre aide, chacune où elle se trouve. Noël est proche.

Je vous remercie, chères collègues, pour votre compréhension, votre amitié, votre collaboration pendant les cinq années écoulées.

Mes meilleures vœux et salutations!
votre Elisabeth Stücki

La Déclaration des droits de l'enfant 1959

L'année 1979 marque le vingtième anniversaire de la Déclaration des droits de l'enfant. Le 20 novembre 1959, l'Assemblée générale de l'ONU avait adopté cette déclaration à l'unanimité. Elle contient dix principes qu'on peut résumer ainsi:

- 1) Tout enfant doit jouir de «tous les droits annoncés dans la présente déclaration»;
- 2) L'enfant doit bénéficier d'une «protection spéciale» qui lui permette de «se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité»;
- 3) «L'enfant a droit, dès sa naissance, à un nom et à une nationalité»;
- 4) L'enfant a droit à la «sécurité sociale» ainsi qu'à «une alimentation, un logement, des loisirs et des soins médicaux adéquats»;
- 5) L'enfant «désavantagé» doit recevoir «le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation»;
- 6) L'enfant doit, «autant que possible, grandir sous la sauvegarde et sous la responsabilité de ses parents». L'enfant en bas âge «ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, être séparé de sa mère»;
- 7) L'enfant a droit à «une éducation qui doit être gratuite et obligatoire au moins aux niveaux élémentaires». La société doit «favoriser» la jouissance de son droit à «se livrer à des jeux et à des activités récréatives»;
- 8) L'enfant a droit au secours immédiat en cas de catastrophes;
- 9) L'enfant doit être «protégé contre toute forme de négligence, de cruauté et d'exploitation». Il ne doit pas être soumis à la traite ou «admis à l'emploi avant d'avoir atteint un âge minimum approprié»;
- 10) L'enfant doit être «protégé contre les pratiques qui peuvent pousser» à la discrimination raciale et religieuse ou à toute autre forme de discrimination. Il doit «être élevé dans un esprit de compréhension, de tolérance, d'amitié entre les peuples, de paix et de fraternité universelle, et dans le sentiment qu'il lui appartient de consacrer son énergie et ses talents au service de ses semblables».

Délai de rédaction:
1^{er} de chaque mois.

Notre journal «Die Schweizer Hebamme» cherche une
Rédactrice (bilingue ou trilingue)

responsable de la partie en langue française.

Cette personne doit être une sage-femme exerçant sa profession actuellement.

Les candidates peuvent adresser leur curriculum vitae à notre secrétariat à l'attention de:

Madame Margrit Fels, Flurstrasse 26, 3014 Bern.