

ROUGEOLE ET GROSSESSE : À Propos De 10 Cas Et Revue De La Littérature

Z.Benaboud , A.Khattabi, M. Bendahhou Idrissi, N. Mamouni, S Errarhay, C Bouchikhi, A. Banani

Obstetrics gynecology department I University hospital Hassan II Fez

Résumé : Introduction : La rougeole est une infection virale très contagieuse pouvant entraîner des complications graves chez la femme enceinte. Cette étude vise à décrire le profil clinique et les issues obstétricales et néonatales de 10 patientes diagnostiquées cliniquement entre janvier 2024 et avril 2025. **Méthodes :** Étude rétrospective de 10 patientes enceintes présentant un tableau clinique évocateur de rougeole. Aucun test sérologique ni PCR n'a été réalisé. Les données recueillies comprenaient l'âge, la gestité, le terme de la grossesse au moment de l'infection, les signes cliniques, les complications maternelles, obstétricales et les issues néonatales. **Résultats :** L'âge moyen était de 29 ans. Trois infections ont eu lieu au 1er trimestre, quatre au 2e, trois au 3e. Toutes les patientes présentaient une fièvre élevée, une éruption maculopapuleuse, une toux ; un signe de Koplik a été noté dans 4 cas. Les complications comprenaient deux fausses couches (20%), une mort fœtale in utero (10%), une prématurité (10%), et deux cas de pneumopathie. Aucun cas de rougeole congénitale, de malformation, ni de décès néonatal n'a été observé. **Conclusion :** Cette série illustre les risques obstétricaux non négligeables de la rougeole pendant la grossesse. La vaccination préconceptionnelle reste la principale mesure préventive.

Keywords: rougeole , grossesse , complications maternelles , complications foetales

1. INTRODUCTION

La rougeole est une maladie infectieuse aiguë due à un virus de la famille des Paramyxoviridae. Extrêmement contagieuse, elle se transmet par voie aérienne, avec une période d'incubation de 10 à 14 jours [1][2]. Malgré les progrès de la vaccination, des flambées surviennent encore, y compris dans les pays industrialisés. La rougeole chez la femme enceinte peut entraîner de sérieuses complications : pneumopathies, fausses couches, accouchements prématurés, mort fœtale, voire rougeole congénitale dans de rares cas. Contrairement à la rubéole, elle n'est pas reconnue comme agent tératogène [2] [3]. Le but de cette étude rétrospective est de décrire les caractéristiques cliniques et obstétricales de 10 patientes enceintes ayant présenté une rougeole sans confirmation sérologique, et de comparer ces résultats aux données de la littérature.

2. MATERIELS ET METHODES

Dix patientes enceintes ayant consulté dans notre centre hospitalier entre janvier 2024 et mai 2025 ont été incluses. Le diagnostic était purement clinique, fondé sur les signes classiques : fièvre > 38,5°C, éruption maculopapuleuse généralisée, toux, conjonctivite, signe de Koplik.

Les paramètres étudiés étaient : l'âge maternel, le terme de l'infection, les symptômes cliniques, les complications maternelles (pneumonie, hospitalisation), obstétricales (fausses couches, mort fœtale, prématurité), et néonatales (rougeole congénitale, malformations, décès). Aucune analyse sérologique IgM ou PCR n'a été réalisée. L'analyse est descriptive.

3. RESULTATS

L'âge moyen était de 29,1 ans. Les infections se sont réparties comme suit :

- Premier trimestre : 3 cas
- Deuxième trimestre : 4 cas
- Troisième trimestre : 3 cas

Les symptômes communs à toutes les patientes étaient : fièvre, éruption typique, toux ; conjonctivite (7 cas), Koplik (4 cas). Deux patientes ont dû être hospitalisées pour pneumopathie, sans recours à la réanimation.

Les issues obstétricales étaient :

- Deux fausses couches spontanées (9 et 11 SA)
- Une naissance prématurée à 32 SA
- Une mort fœtale in utero à 35 SA
- Six accouchements à terme sans anomalie

Aucun cas de rougeole congénitale ni de décès néonatal n'a été observé. Aucun nouveau-né ne présentait de malformations visibles.

4. DISCUSSION

Nos données s'accordent globalement avec la littérature internationale, qui souligne la vulnérabilité des femmes enceintes face à la rougeole. Plusieurs études ont documenté les risques accrus de complications obstétricales et médicales dans ce contexte. Dans une revue de la littérature par Ogbuanu et al. (Clin Infect Dis, 2014), [2][4] les taux de fausses couches varient entre 20 et 50 %, les taux de prématurité entre 15 et 25 %, et la mort fœtale est retrouvée dans 5 à 18 % des cas. Notre série, bien que modeste, présente un taux de complications similaires (40 %), ce qui renforce l'hypothèse d'une morbidité significative de la rougeole pendant la grossesse.

La rougeole est reconnue pour causer une immunodépression transitoire, favorisant les surinfections, notamment respiratoires. Deux de nos patientes ont présenté une pneumopathie, ce qui est fréquent chez les femmes enceintes en raison de modifications immunologiques et anatomiques liées à la grossesse. Dans les séries américaines (Houston et al., 1992 ; Atmar et al., 1992), des taux d'hospitalisation supérieurs à 25 % sont observés chez les femmes enceintes atteintes de rougeole[5].

Une étude réalisée en Namibie (Ogbuanu, 2009) [4] au cours d'une épidémie a mis en évidence un taux élevé de mortalité maternelle et périnatale, en particulier chez les femmes non vaccinées et en contexte de VIH. Ces données soulignent la nécessité d'une couverture vaccinale optimale avant la grossesse. Dans notre cohorte, aucune patiente n'était vaccinée selon l'interrogatoire, ce qui illustre une faille de la couverture vaccinale.

Contrairement à la rubéole, la rougeole n'est pas associée à des malformations congénitales[5]. Aucune anomalie morphologique ou rougeole congénitale n'a été observée dans notre série. Ces observations sont conformes aux rapports du CDC et de l'OMS, qui considèrent que la rougeole ne provoque pas de malformations mais peut compromettre la viabilité fœtale par fièvre, hypoxie maternelle ou inflammation placentaire[6] [7].

Il est à noter que notre diagnostic était purement clinique, ce qui peut entraîner une incertitude. Toutefois, dans un contexte épidémique, les critères cliniques restent suffisants pour affirmer le diagnostic. L'absence de confirmation sérologique est une limite, mais réalité courante dans les pays à ressources limitées ou en contexte urgentiste[9][10].

La vaccination constitue le pilier principal de la prévention. Le vaccin ROR est contre-indiqué pendant la grossesse mais doit être proposé systématiquement en préconception. Le Haut Conseil de la Santé Publique recommande de vérifier le statut vaccinal de toute femme en âge de procréer[11][12]. La vaccination des enfants et des contacts permet aussi une immunité communautaire. Dans les pays à haute couverture vaccinale, les épidémies sont rares mais toujours possibles en cas de relâchement de la politique vaccinale [13] [14].

Enfin, les aspects psychologiques et sociaux ne doivent pas être négligés. La survenue d'une infection fébrile durant la grossesse suscite une grande inquiétude maternelle, amplifiée par la méconnaissance du pronostic réel. Une information claire et rassurante sur les risques réels et sur les mesures à adopter est essentielle[15][16] [17].

5. CONCLUSION

La rougeole pendant la grossesse reste un facteur de risque significatif de complications obstétricales. Notre étude montre un taux élevé de pertes fœtales et de morbidité maternelle. L'absence de rougeole congénitale et de malformation confirme la non-tératogénicité du virus. La vaccination préconceptionnelle doit être renforcée, notamment chez les

femmes non immunisées. Une surveillance accrue est recommandée en cas d'infection pendant la grossesse.

6. REFERENCES

- [1] Ghomrawi H, et al. Measles in pregnant women: a systematic review of clinical outcomes and a meta-analysis of antibody seroprevalence. *Clin Infect Dis.* 2020;71(8):2045–2052.
- [2] Ogbuanu IU, et al. Maternal, fetal, and neonatal outcomes associated with measles during pregnancy: Namibia, 2009–2010. *Clin Infect Dis.* 2014;58(8):1086–1092.
- [3] Berg CVV, et al. Measles as a cause of fetal defects. Retrospective study during 10 measles epidemics in Greenland. *Am J Epidemiol.* 1970;91(5):357–364.
- [4] Ogbuanu IU, et al. Measles in pregnancy: a descriptive study of 58 cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;169(3):646–649.
- [5] Casalegno JS, et al. Measles in pregnancy in Lyon, France, 2011. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;126(3):248–251.
- [6] Stein SJ, Greenspoon JS. Rubella during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1991;78(5 Pt 2):925–929.
- [7] Enders M, Biber M, Exler S. Measles, mumps and rubella virus infection in pregnancy. *Bundesgesundheitsbl.* 2007;50(11):1393–1398.
- [8] Houston Study Group. Complications of measles during pregnancy. *J Infect Dis.* 1992;166(4):1010–1013.
- [9] Sappenfield E, Jamieson DJ, Kourtis AP. Pregnancy and susceptibility to infectious diseases. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2013;2013:752852.
- [10] Khalil A, et al. Pregnant women and measles: we need to be vigilant during outbreaks. *EClinicalMedicine.* 2024;72:102594.
- [11] WHO. Measles fact sheet. 2023. [Internet] cited 2025 Jun. Available from: WHO website.
- [12] Mebroukine C. La rougeole pendant la grossesse peut entraîner de graves complications.. 2019 May 20.
- [13] Duke T, Mgone CS. Measles: not just another viral exanthem. *Lancet.* 2003;361:763–763.
- [14] Semba RD, Bloem MW. Measles blindness. *Surv Ophthalmol.* 2004;49(3):243–255.
- [15] WHO. Increased transmission and outbreaks of measles in Europe. *JAMA.* 2012;307(5):450–452.
- [16] Muscat M, et al. Measles in Europe: an epidemiological assessment. *Lancet Infect Dis.* 2009;9(11):383–390.
- [17] Sudfeld CR, Navar AM, Halsey NA. Effectiveness of measles vaccination and vitamin A treatment. *Int J Epidemiol.* 2010;39(Suppl 1):i48–i55.