

Parvovirus B19 e gravidanza

Il parvovirus umano B19 causa l'eritema infettivo quinta malattia. Nei **bambini**, provoca sintomi sistemici lievi e un'eruzione maculare o maculo-papulare che inizia a livello delle guance per poi diffondersi agli arti. La diagnosi è clinica con il classico esantema e di solito non è necessaria alcun esame sierologico o terapia.

Il soprannome di "quinta malattia" viene utilizzato perché è considerata la quinta infezione virale che comunemente causa esantema nei bambini (le prime quattro sono il morbillo, la rosolia, la varicella e la roseola). È talvolta chiamata malattia della guancia schiaffeggiata.

Il virus circola principalmente in primavera, e di solito provoca epidemie locali, ogni pochi anni, tra i bambini (in particolare tra 5 e i 7 anni di età).

La trasmissione avviene attraverso micro-goccioline di saliva e per esposizione percutanea a sangue o emoderivati, con alti tassi di contagio tra i contatti familiari.

L'infezione può verificarsi anche negli adulti e può causare varie sindromi cliniche. **Il 50-80% degli adulti ha un'immunità per il parvovirus B19.** Sintomatologia della quinta malattia: Il periodo di incubazione dell'infezione da parvovirus B19 è di 4-14 giorni. Le manifestazioni iniziali tipiche sono sintomi aspecifici simil-influenzali. Dopo alcuni giorni, compaiono un eritema rilevato, confluyente, a livello delle guance "guance schiaffeggiate" e un'eruzione simmetrica predominante a livello di braccia, gambe e tronco, che di solito risparmia i palmi delle mani e le piante dei piedi. L'eruzione è maculo-papulare, con tendenza alla confluenza. L'eruzione e, la malattia durano tipicamente da 5 a 10 giorni. Alcuni adulti con infezione da parvovirus B19 sviluppano lieve dolore articolare compaiono modesto dolore e tumefazione articolare (artrite non erosiva) che possono persistere o recidivare per settimane o mesi.

Circa la metà delle gravide è immune, avendo contratto l'infezione precedentemente alla gravidanza. Per chi non è immune in gravidanza vi è il rischio di trasmissione transplacentare soprattutto nella prima metà della gravidanza: aborto nel primo trimestre, e successivamente nel 2° e 3° trimestre rischio di grave anemia fetale, cardiomiopatia con edema diffuso (idropo fetale) e morte in utero 2-6%.

Diagnosi della quinta malattia: Per le pazienti gravide, misurazione degli anticorpi ed ecografia

Nelle pazienti gravide, si misurano gli anticorpi; le IgG suggeriscono immunità da un'infezione pregressa (il che di solito è rassicurante) e le IgM indicano un'infezione attuale o recente (il che solleva la preoccupazione per una potenziale morbilità fetale). La valutazione iniziale dello stato fetale è con l'ecografia.

Trattamento della quinta malattia: terapia sintomatica per gli immunocompetenti e per il feto anemico l'esito può essere migliorato dalle trasfusioni fetali intrauterina.

In primavera 2024, a seguito del forte aumento in svizzera dei casi di B19, proponiamo un sierostato a tutte le donne in gravidanza. La determinazione del tasso di IgG e IgM ed eventualmente una PCR possono aiutare a pianificare un monitoraggio personalizzato di gravida e feto.

- In caso la paziente gravida sia stata infettata di recente (asintomatica 80% dei casi) è necessario effettuare un monitoraggio seriale del feto settimanalmente per 12 settimane (poiché i segni fetali di infezione possono comparire fino a 3 mesi dopo l'infezione materna).

ATTENZIONE: Il monitoraggio ecografico del feto è raccomandato a partire da 17-18 settimana di gravidanza.