

Rosolia (gen. Rubivirus, fam. Togavirus)

N.B.: 4 generi di togavirus, due dei quali (Rubivirus = rosolia e Alfavirus = encefalite equina, chikungunya) infettano l'uomo. Gli Alfavirus fanno parte del gruppo degli Arbovirus.

STRUTTURA

(+) RNA, singola elica, 11 kb.

Virus di piccole dimensioni (\varnothing 60 nm).

Capside icosaedrico con pericapside dotato di proiezioni glicoproteiche, bersaglio della risposta immune.

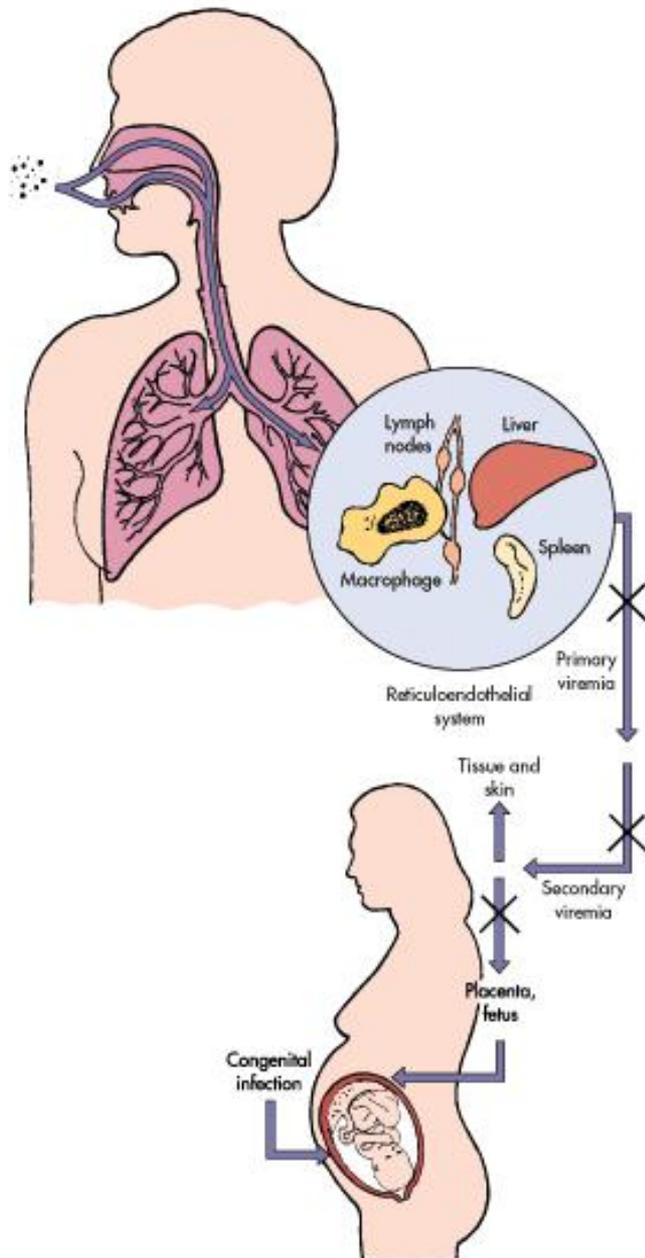
MALATTIA

Rosolia: Incubazione 2-3 settimane. Replicazione virale nelle vie aeree superiori → vasi linfatici → circolo → capillari cute e mucose → **nelle donne gravide trasmissione transplacentare**.

Malattia leggera, con febbre, limitata linfadenopatia cervicale e occipitale, esantema maculo-papulare, che dura ≈3 giorni.

Rosolia congenita: frequente in feti di donne con infez. attiva → infez. cronica, non litica. Rallentamento attività mitotica delle cellule embrionali e gravi effetti citopatici → attività teratogena.

Rischio MAGGIORE nel primo trimestre di gravidanza (mai assente): → **Aborto spontaneo o danni congeniti**: alterazioni cardiache gravi, retinopatia, sordità, cecità, ritardo mentale e psicomotorio, diabete, ecc.



**Infezione spesso inapparente;
trasmissione interumana, per
via inalatoria.**

**Sierologia in donne incinte:
IgG → protezione;
IgM → possibilità di virus in
liquido amniotico.**

**Virus presente nel nasofaringe
da qualche giorno a 5-6 giorni
dopo la scomparsa
dell'esantema.**

Immunità permanente.

**≈10% di donne in età fertile
sono suscettibili all'infezione**

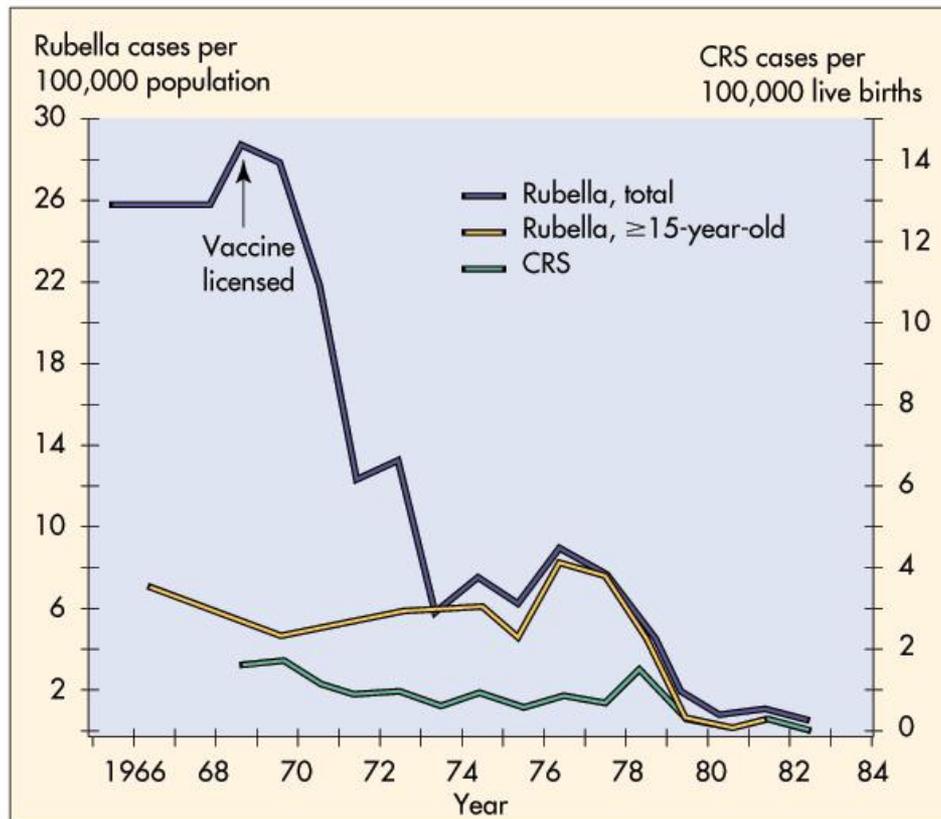
**Vaccino (virus attenuato);
rischio di Rosolia congenita se
il vaccino viene dato nei primi
2 mesi di gravidanza.**

ROSOLIA

- Trasmessa mediante le secrezioni naso-faringee del pz che è contagioso da 4-5 gg prima a 3-5 gg dopo la comparsa dell'esantema
- **L'infezione primaria in gravidanza può determinare o meno ROSOLIA CONGENITA** = continua moltiplicazione ed escrezione virale fino a 1-3 aa dalla nascita; triade di Gregg (cataratta, sordità, difetti cardiaci).
- Il rischio tende a decrescere nel tempo: è > 50% nel 1 mese e dell'1% dopo il 4 mese di gestazione
- La reinfezione asintomatica è priva di conseguenze
- Diagnosi clinica e sierologica (ricerca IgG e IgM), PCR nel liq amniotico e nel sangue del neonato (att.ne non sempre positività = danno)
- ***In caso di infez primaria della madre, l'accertamento della infezione intra-uterina e della diagnosi prenatale di rosolia deve essere affrontato in relazione all'età gestazionale della madre ed alla probabilità di rischio fetale.***

TABELLA 59-3. Stima della mortalità associata all'epidemia di rosolia negli USA del 1964-1965

EVENTI CLINICI	NUMERO AFFETTI
Casi di rosolia	12.500.000
Artrite/artralgia	159.375
Encefalite	2.084
Decessi	
Morte neonatale	2.100
Altre morti	60
<i>Morti totali</i>	2.160
Grave compromissione fetale	6.250
Sindrome da rosolia congenita	
Sordità infantile	8.055
Sordità e cecità infantile	3.580
Bambini con ritardo mentale	1.790
Altri sintomi da rosolia congenita	6.575
<i>Totale delle sindromi da rosolia congenita</i>	20.000
Aborti terapeutici	5.000



Effetto della vaccinazione per la rosolia sulla incidenza della rosolia e della sindrome congenita (CRS)

Vaccini per la Rosolia

□ Esistono diversi ceppi virali attenuati:

- **HPV-77**

- **Ceppo Cendehill**

- **Ceppo RA27/3**



È il + usato. Induce la comparsa di Ab protettivi nel 95% dei vaccinati. Il virus vaccिनico non viene trasmesso ai contatti non immuni.

È controindicato in gravidanza e nei 2-3 mesi precedenti per rischio teorico di trasmissione al feto

Vaccino MPR (antimorbillo-parotite-rosolia)

Chi dovrebbe essere vaccinato?

I bambini dopo il compimento del 12° mese d'età.

Gli adolescenti e i giovani adulti non immuni

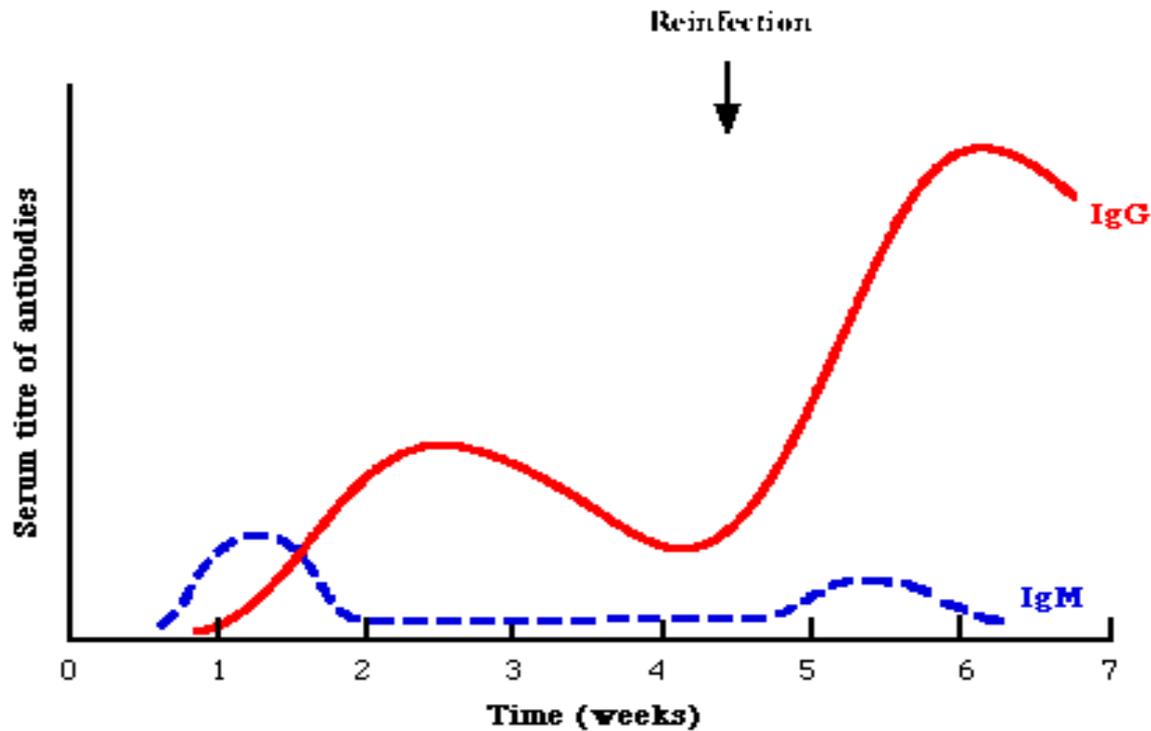
Tutte le donne, in età fertile, nelle quali l'immunità verso la rosolia non è certa.

(Si raccomanda lo screening routinario delle donne gravide, e quelle non protette contro la rosolia sono da vaccinare immediatamente dopo il parto).

Dosi e calendario

La vaccinazione contro la rosolia prevede la somministrazione di due dosi di vaccino MPR. La prima è eseguita a partire dai 12 mesi compiuti e comunque entro i 15 mesi d'età. La seconda dose, è attualmente prevista a 5-6 anni da eseguire contemporaneamente alla dose di richiamo di vaccino DTaP (difterite - tetano - pertosse acellulare).

Diagnosi sierologica



Nella reinfezione IgM assenti