

■ LA ROSOLIA: RUOLO FONDAMENTALE DELLA VACCINAZIONE

Francesco Leone



Esempio di come la vaccinazione cambi l'evoluzione del danno biologico, la rosolia è una di quelle malattie infettive sulle quali è bene ogni tanto fare qualche riflessione. È una ben nota forma clinica esantematica, che riguarda prevalentemente l'età pediatrica e che si trasmette facilmente per via aerea. Provoca la malattia un virus a RNA (genere *rubivirus*, della famiglia dei *Togaviridae*).

Il virus è rapidamente inattivato dal calore, dalla luce e dai comuni disinfettanti. L'uomo è l'unico ospite. La replicazione si verifica nel naso-faringe e nei linfonodi regionali.

È possibile dimostrare la viremia fino a 7 giorni dopo l'esposizione. Rispetto alla comparsa dell'esantema la contagiosità si manifesta circa sette giorni prima e 5-7 giorni dopo. Nella metà dei casi la malattia è clinicamente asintomatica. I picchi epidemici si osservano ogni 10 anni circa. La rosolia è comunque endemica.

Clinica nel bambino e nell'adulto

La rosolia è tipica dell'età scolare, con periodo di incubazione variabile da due a tre settimane. La forma clinicamente manifesta si caratterizza per un esantema con micropapule, che non hanno carattere confluyente.



La febbre è di solito discreta, ma possono essere osservati picchi oltre i 39°C. L'esantema è piuttosto veloce e ha un caratteristico andamento cranio-caudale. I linfonodi della nuca e laterocervicali aumentano di volume: il malato riferisce spesso artralgie (di solito prevalenti in età adulta). La linfadenite (infiammazione dei linfonodi) persiste anche per un mese. La durata dell'esantema non supera i 4 - 5 giorni. Ai fini della contagiosità si deve ricordare che il virus viene eliminato attraverso il naso-faringe fino a 14 giorni rispetto alla comparsa dell'esantema.

La rosolia congenita

La sindrome da rosolia congenita può colpire il feto in sviluppo quando la madre, non protetta anamnesticamente o dal vaccino, contrae l'infezione durante il primo trimestre di gravidanza. È molto importante considerare il periodo della gravidanza nel quale si verifica l'infezione. Il neonato risulta colpito in circa il 40% dei casi quando l'infezione si è verificata nelle quattro settimane che precedono il concepimento.

Calcolando i casi entro le prime 12 settimane di gestazione, la probabilità supera di poco il 50%. Dopo la tredicesima settimana (fino alla 26a) il rischio scende attorno a 20%. Raramente il neonato è colpito nel terzo trimestre di gravidanza, o comunque dopo la 26° settimana.

L'associazione tra danno fetale e virus rubeolico risale a osservazioni dei primi anni quaranta del XX secolo. È stata scoperta nel 1941 dall'australiano Norman McAllister Gregg.

Gregg era un oculista pediatra, nato in Australia. Durante la seconda guerra mondiale, lavorando nella sua città, fece l'osservazione fondamentale riguardante la comparsa di cataratta congenita in età infantile. Attraverso un'indagine svolta con le madri di bambini affetti da cataratta congenita intuì che le persone interrogate avevano contratto la rosolia durante la gravidanza. Sebbene in un primo tempo non tutti fossero d'accordo sull'osservazione di Gregg, ben presto la correlazione fu accettata dalla comunità scientifica.

Le caratteristiche del danno da rosolia congenita sono definite proprio dalla triade di Gregg, costituita da: sordità sensoriale, anomalie oculari (retinopatia, cataratta, microftalmia) e difetti cardiaci congeniti (nella metà dei casi pervietà del dotto).

La vaccinazione anti-rosolia

Non essendoci terapia per contrastare il virus rubeolico, il vaccino utilizzato, vivo attenuato, conferisce un'immunità per tutta la vita con una copertura superiore al 95%.

La vaccinazione è importante per le femmine non immunizzate dopo la pubertà e anche per gli operatori che lavorano a contatto con bambini e con donne nell'età



riproduttiva. Lo schema consigliato per i neonati prevede una prima somministrazione al dodicesimo mese di vita e un richiamo tra i 5 e i 6 anni. Il vaccino contro la rosolia è combinato con il vaccino contro il morbillo e la parotite (vaccino MPR). La vaccinazione contro la rosolia prevede quindi 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, prevista a 5-6 anni, si esegue con la dose di richiamo di vaccino DTaP (difterite - tetano - pertosse acellulare). In tal modo il vaccinato è protetto contro il morbillo e contro la parotite. ■

Francesco Leone, medico chirurgo Specialista in Malattie Infettive.
Direttore Sanitario Bios SpA.

Per informazioni e prenotazioni: CUP 06 809641