

Rosolia congenita e in gravidanza

News



Rapporto sulla sorveglianza della Rosolia congenita e in gravidanza

Il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia (PNEMoRc) 2010-2015 include tra i suoi obiettivi la riduzione dell'incidenza della rosolia congenita a meno di 1 caso/100.000 nati vivi entro il 2015, in linea con le indicazioni della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

In Italia dal 2005 è attivo un sistema nazionale di sorveglianza della rosolia congenita e delle infezioni rubeoliche in gravidanza, strumento indispensabile per monitorare i progressi verso l'eliminazione.

Il presente rapporto semestrale presenta i dati nazionali e regionali del sistema di sorveglianza relativi al periodo **2005-2013**.

Ad oggi non sono stati segnalati casi di infezione da rosolia congenita o in gravidanza relativi all'anno 2014. I dati relativi all'anno in corso verranno riportati nel prossimo rapporto.

In Evidenza

- Nel periodo 2005-2013 sono state segnalate **78 infezioni di rosolia congenita** (probabili e confermate), con un picco nel 2008 e uno nel 2012.
- Sono state inoltre segnalate **150 infezioni rubeoliche in gravidanza** (possibili, probabili e confermate).
- Nello stesso periodo, tra le donne infette, sono state registrate **30 interruzioni volontarie** di gravidanza, **1 nato morto** e **1 aborto spontaneo** in donne che hanno contratto la rosolia in gravidanza.
- E' indispensabile migliorare la **raccolta delle informazioni** sui casi e introdurre procedure per il **follow up dell'esito delle gravidanze e dello stato di infezione dei nuovi nati** nel tempo.

Sommario

Rosolia congenita: dati nazionali	2
Rosolia in gravidanza: dati nazionali	3
Rosolia congenita e in gravidanza: dati regionali	4
Il sistema di sorveglianza	5
Definizioni di caso	6
Per migliorare la sorveglianza...	7
Consulta inoltre...	7

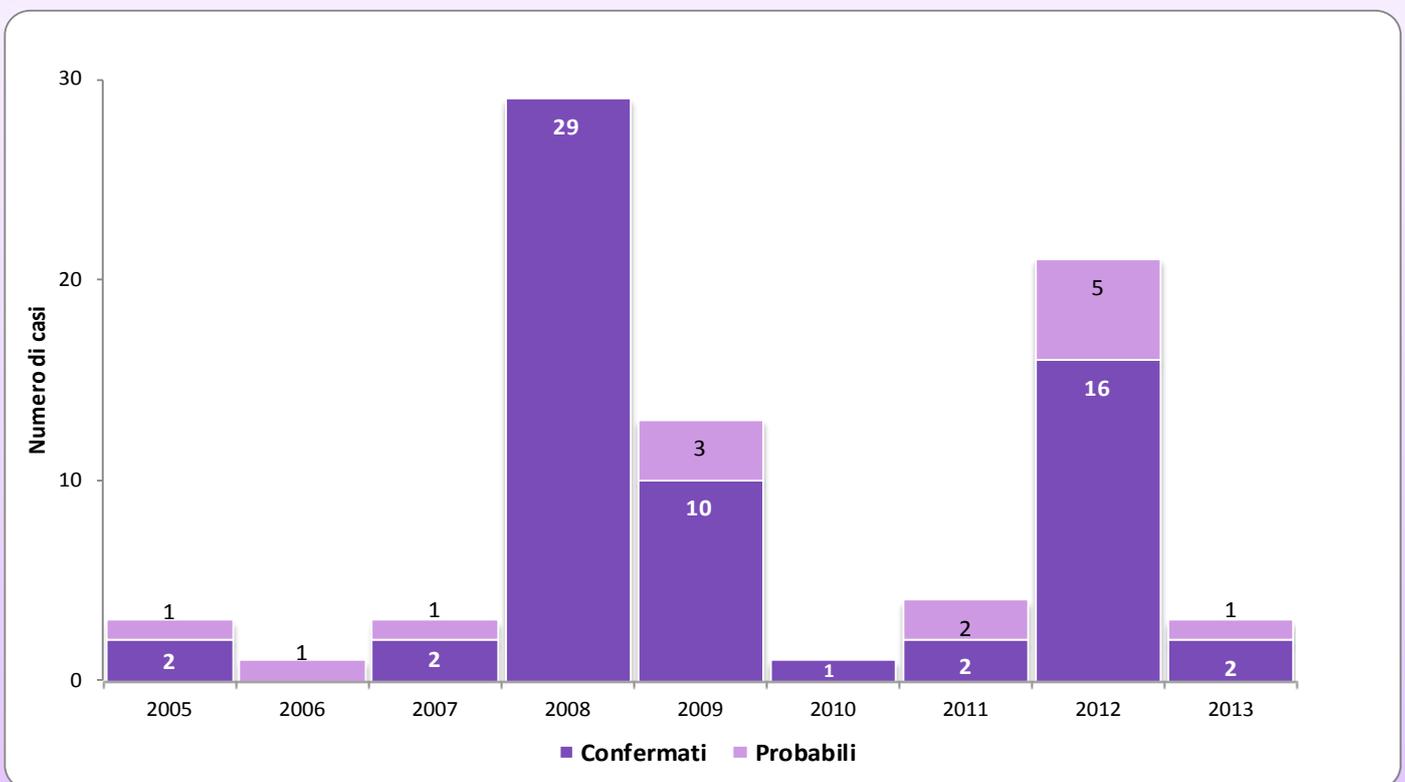
Rosolia congenita: dati nazionali

Nel periodo **2005-2013** sono stati segnalati 78 casi di rosolia congenita, di cui **64 confermati** e **14 probabili**.

Oltre a questi, sono pervenute 63 segnalazioni, che non è stato possibile classificare o per mancanza di informazioni o perché questi casi non sono stati monitorati sino a esclusione o conferma della diagnosi.

In Figura 1 è riportato il numero di infezioni congenite (confermate e probabili) per anno e classificazione. E' possibile osservare un picco di segnalazioni nel 2008 (29 casi, con un'incidenza pari a 5,09 per 100.000 nati vivi) e uno nel 2012 (21 casi, con un'incidenza pari a 4,02 per 100.000 nati vivi).

Figura 1. Infezioni da rosolia congenita per anno e per classificazione. Italia 2005-2013



Informazioni cliniche

Informazioni sul quadro clinico sono disponibili per 73 dei 78 casi probabili/confermati segnalati.

Undici casi (15%) risultano asintomatici: si tratta di casi con conferma di laboratorio e correlazione epidemiologica.

Tra i casi sintomatici, di seguito i sintomi più frequentemente riportati:

- Cardiopatia congenita (48 bambini)
- Sordità/ipoacusia (24 bambini)
- Meningoencefalite (12 bambini)
- Cataratta (11 bambini)

Rosolia in gravidanza: dati nazionali

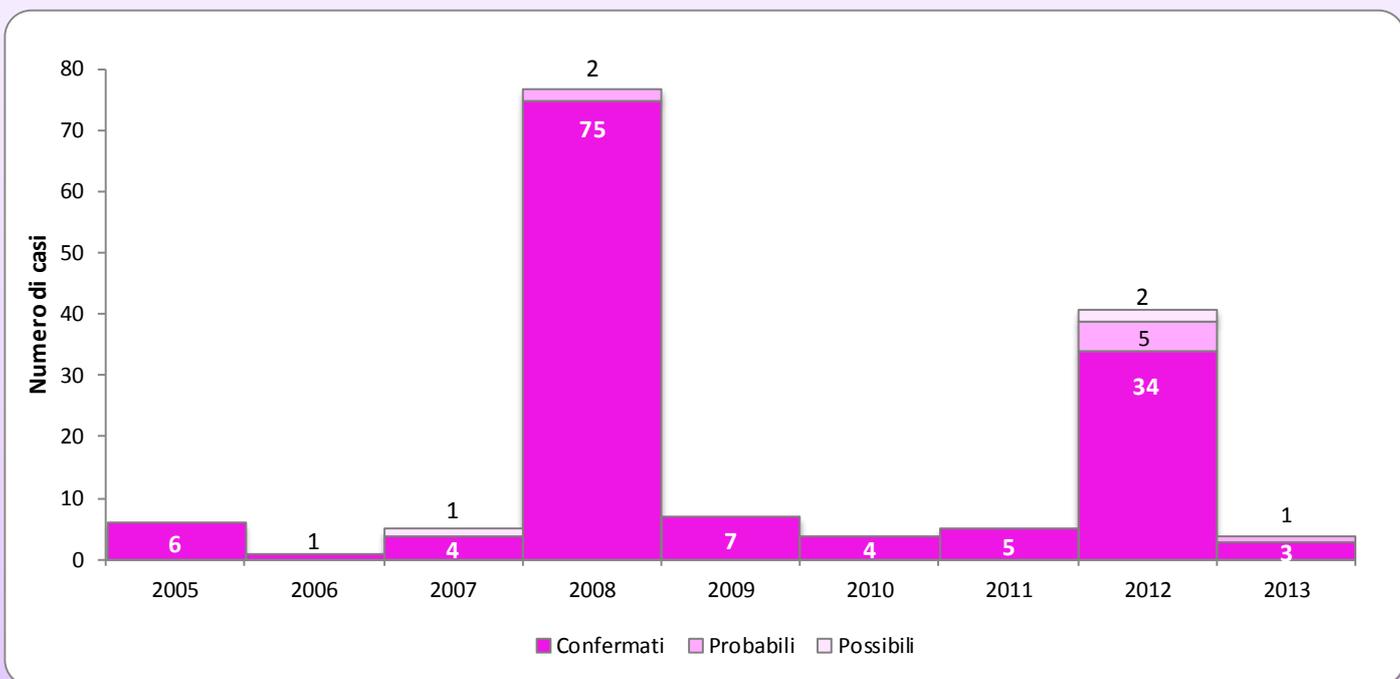
Nel periodo **2005-2013** sono stati notificati 150 casi di rosolia in gravidanza, di cui **139 confermati**, **8 probabili** e **3 possibili**.

Oltre a questi, sono pervenute 102 segnalazioni, che non è stato possibile classificare con le informazioni disponibili.

La Figura 2 riporta il numero di infezioni in gravidanza (confermate, probabili e possibili) per anno e classificazione. Si osserva un picco di segnalazioni nel 2008 (77 casi) e uno nel 2012 (41 casi). Questo andamento temporale è coerente con quello delle notifiche di rosolia congenita, riportato in Figura 1.

Nello stesso periodo, tra le donne infette, è stato segnalato **un nato morto**, **un aborto spontaneo** e **30 interruzioni volontarie di gravidanza**.

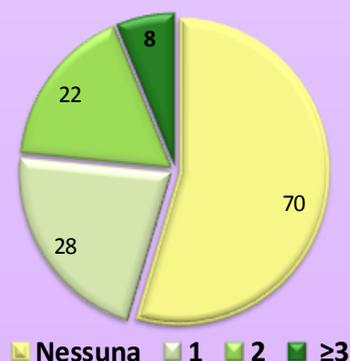
Figura 2. Infezioni rubeoliche in gravidanza per anno e classificazione. Italia, 2005-2013



Descrizione delle donne con infezione rubeolica in gravidanza (casi confermati, probabili, possibili)

- L'età media è pari a 27 anni
- Il 15% (22/150) non è italiana
- Il 42% (43/102) ha contratto l'infezione nel primo trimestre
- Il 31% (38/121) ha effettuato il rubeotest prima della gravidanza
- Il 45% (58/128) ha avuto precedenti gravidanze (Figura 3)
- Tre donne hanno riferito di essere vaccinate (ma solo per una lo stato vaccinale è stato documentato)
- Per 47 donne (27%) non è noto se l'infezione sia stata trasmessa al nascituro, o perché non si conosce l'esito della gravidanza o perché informazioni relative allo stato d'infezione del nuovo nato non sono disponibili.

Figura 3. Gravidanze precedenti



Rosolia congenita e in gravidanza: dati regionali

Tabella 1. Casi di Rosolia congenita per Regione/P.A. 2005-2013

Regione	N. casi
Piemonte	6
Lombardia	4
Veneto	2
Emilia Romagna	2
Toscana	2
Lazio	7
Campania	42
Puglia	2
Calabria	3
Sicilia	5
Sardegna	3
Totale	78

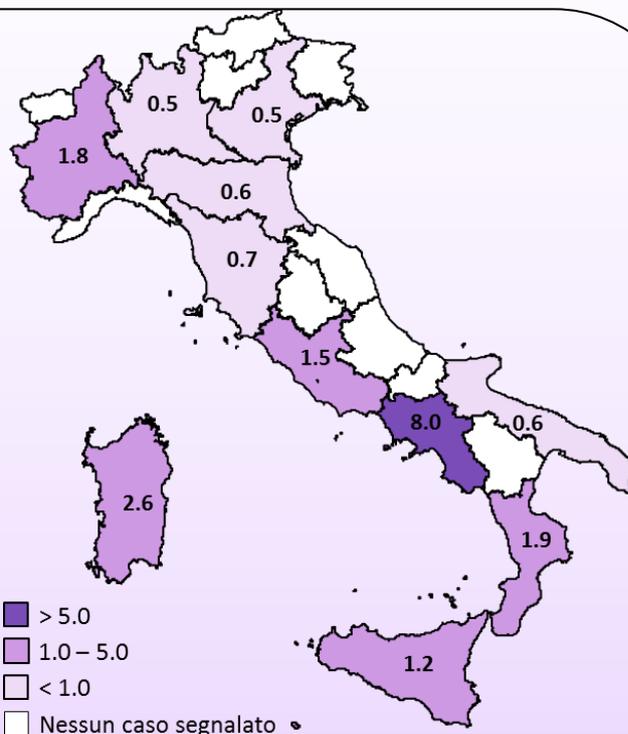


Figura 4. Incidenza di Rosolia congenita per 100.000 nati vivi per Regione/P.A. 2005-2013

- In Tabella 1 è riportato il numero di casi (confermati e probabili) di infezione da rosolia congenita per Regione.
- In 6 Regioni l'incidenza media annuale è risultata superiore a 1 caso su 100.000 nati vivi (Figura 4).
- In figura 5 è riportato il numero di infezioni rubeoliche in gravidanza (confermate, probabili e possibili) per Regione.



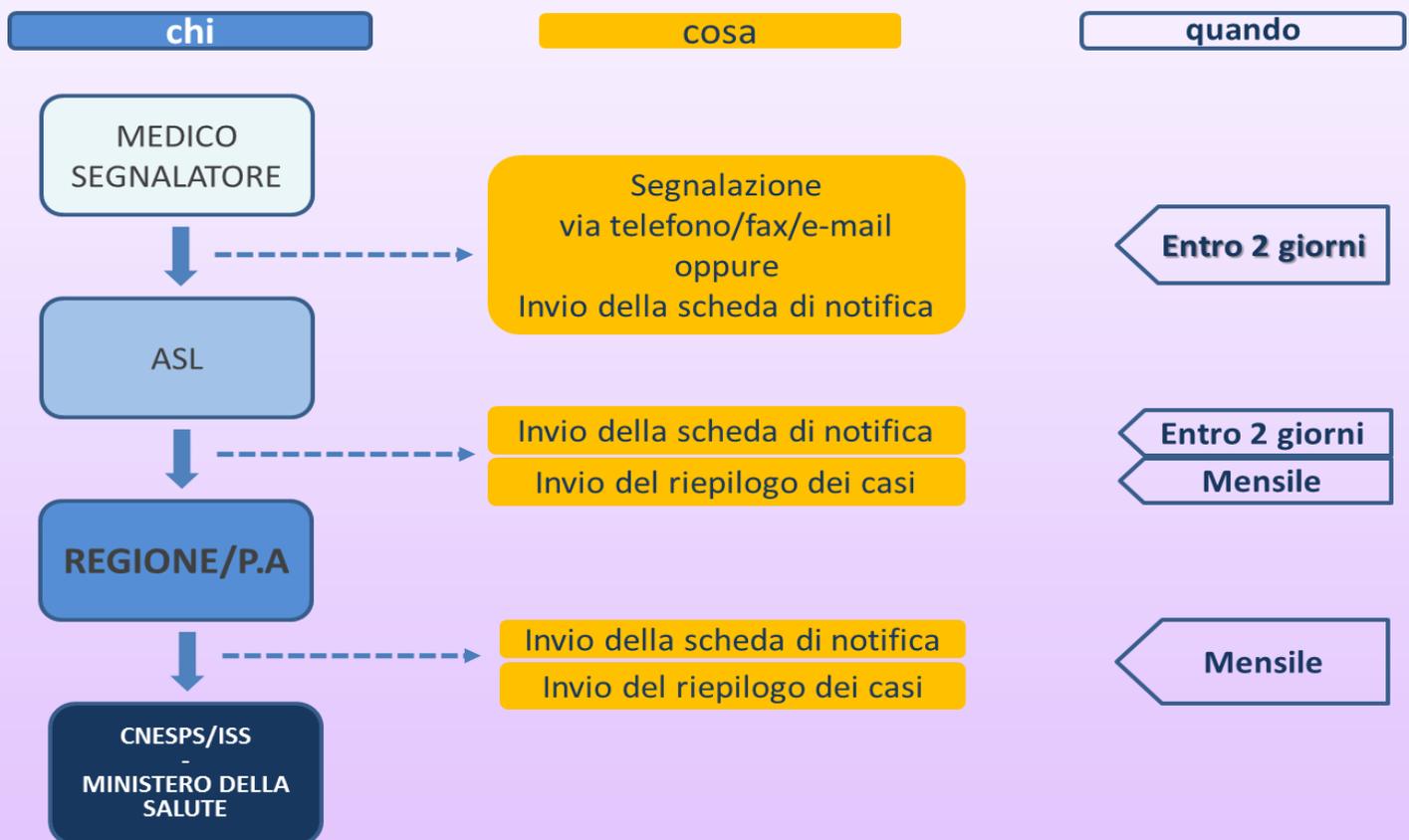
Figura 5. Casi di Rosolia in gravidanza per Regione/P.A. 2005-2013

Il Sistema di Sorveglianza della rosolia congenita e in gravidanza

In Italia la sindrome/infezione da rosolia congenita e la rosolia in gravidanza sono incluse tra le malattie infettive soggette a notifica obbligatoria di classe III dal 1° gennaio 2005.

Nel mese di luglio 2013 è stata emanata una nuova circolare che, in accordo con le raccomandazioni del PNEMoRc 2010-2015, riporta le definizioni di caso 2012 della Commissione Europea e aggiorna le procedure di ricerca, notifica, monitoraggio e isolamento dei casi di infezione da rosolia congenita e in gravidanza.

Di seguito è riportato il flusso di segnalazione dal livello locale al livello centrale.



La scheda di notifica di rosolia congenita va compilata per:

tutti i casi confermati o probabili di rosolia congenita, inclusi i nati morti e i feti abortiti a seguito di diagnosi prenatali di rosolia congenita; tutti i bambini nati da madre con infezione da rosolia in gravidanza (possibile, probabile o confermata), anche se asintomatici alla nascita e con esami di laboratorio negativi (casi sospetti).

La scheda di notifica di rosolia in gravidanza va compilata per:

qualsiasi donna gravida con rosolia possibile, probabile o confermata sulla base di segni/sintomi, di esami di laboratorio o di un collegamento epidemiologico.

La scheda NON va compilata per le gestanti che hanno presentato solamente una positività delle IgM rosolia-specifiche in gravidanza, ma non hanno manifestato una sintomatologia compatibile o avuto un collegamento epidemiologico con un caso confermato di rosolia. Ovviamente tali casi vanno seguiti dal punto di vista clinico, ma non rientrano nel sistema di notifica.

Definizioni di caso

Criteri clinici

Infezione da rosolia congenita (IRC):

Per l'IRC non possono essere definiti criteri clinici.

Sindrome da rosolia congenita (SRC):

Qualsiasi bambino di età inferiore a un anno o nato morto che presenti:

- almeno due delle condizioni di categoria A)
-
- una condizione della categoria A) e una condizione della categoria B)

Condizioni di categoria A)

- Cataratta,
- glaucoma congenito,
- cardiopatia congenita,
- perdita dell'udito,
- retinopatia pigmentaria.

Condizioni di categoria B)

- Porpora,
- splenomegalia,
- microcefalia,
- ritardo di sviluppo,
- meningoencefalite,
- radiotrasparenza delle ossa,
- ittero che comincia a manifestarsi nelle 24 ore dalla nascita.

Criteri di laboratorio

Almeno uno dei seguenti quattro criteri:

- isolamento del virus della rosolia in un campione biologico
- identificazione dell'acido nucleico del virus della rosolia
- risposta anticorpale specifica al virus della rosolia (IgM)
- persistenza di IgG della rosolia tra i 6 e i 12 mesi di età (almeno due campioni con una concentrazione simile di IgG della rosolia).

I risultati di laboratorio vanno interpretati in funzione della presenza o meno di vaccinazione.

Criteri epidemiologici

Qualsiasi bambino di età inferiore a un anno o feto nato morto da madre a cui è stata confermata in laboratorio durante la gravidanza un'infezione da rosolia per trasmissione interu-

Classificazione dei casi di rosolia congenita

Caso possibile N.A.

Caso probabile

Qualsiasi bambino di età inferiore a un anno o feto nato morto che non sia stato sottoposto a test di laboratorio

-
- i cui risultati di laboratorio siano negativi
- E

che soddisfi almeno uno dei seguenti due criteri:

- una correlazione epidemiologica e almeno una delle condizioni della categoria A),
- criteri clinici della SRC soddisfatti.

Caso confermato

Qualsiasi feto nato morto che soddisfi i criteri di laboratorio

-
- qualsiasi bambino che soddisfi i criteri di laboratorio e almeno uno dei seguenti due criteri:

- una correlazione epidemiologica,
- almeno una delle condizioni della categoria A).

Rosolia congenita

Criteri clinici

Qualsiasi donna in gravidanza che presenti una manifestazione acuta di esantema maculopapulare generalizzato

E
almeno una delle seguenti cinque manifestazioni:

- adenopatia cervicale,
- adenopatia suboccipitale,
- adenopatia retroauricolare,
- artralgia,
- artrite.

Criteri di laboratorio

Criteri di laboratorio per la conferma del caso

- Almeno uno dei seguenti criteri:
- isolamento del virus della rosolia a partire da un campione clinico,
- identificazione dell'acido nucleico del virus della rosolia in un campione clinico,
- sierconversione o aumento di almeno 4 volte del titolo anticorpale di IgG rosolia-specifiche nel siero o nella saliva,
- presenza di IgM specifiche associate a IgG virus-specifiche a bassa avidità.

Criteri di laboratorio per un caso probabile:

- presenza di anticorpi IgM rosolia-specifici.

Criteri epidemiologici

Correlazione epidemiologica con un caso confermato.

Classificazione dei casi di rosolia

Caso possibile

Qualsiasi donna che soddisfi i criteri clinici.

Caso probabile

Qualsiasi donna che soddisfi i criteri clinici e almeno uno dei seguenti due criteri:

- una correlazione epidemiologica,
- i criteri di laboratorio per un caso probabile.

Caso confermato

Qualsiasi donna che soddisfi i criteri di laboratorio per la conferma del caso e che non sia stata vaccinata di recente (da 6 giorni a 6 settimane prima della comparsa dell'esantema).

In caso di vaccinazione recente, qualsiasi persona in cui venga individuato il ceppo selvaggio del virus della rosolia.

Rosolia in gravidanza



Rosolia congenita e in gravidanza News

Per migliorare la sorveglianza...

- E' importante che le gestanti con sospetta infezione siano monitorate per non perdere traccia dell'esito della gravidanza, incluse eventuali interruzioni di gravidanza non altrimenti segnalate.
- E' fondamentale che tutti i bambini nati da madre con rosolia possibile, probabile o confermata in gravidanza siano seguiti nel tempo sia con indagini di laboratorio che con esami clinico-strumentali, in modo da confermare o escludere l'infezione congenita e dirimere tra forma sindromica e infezione.

Questo perché:

- la diagnosi di infezione congenita da virus rubeolico non sempre può essere effettuata alla nascita. Un reperto positivo di IgM per rosolia entro il 1° mese di vita, l'identificazione del genoma virale e l'isolamento del virus in campioni biologici permettono di fare diagnosi di rosolia. In assenza di positività di uno di questi esami, è necessario monitorare le IgG specifiche mensilmente fino a 6-12 mesi. La scomparsa delle IgG oltre il 6° mese di vita consente di escludere l'infezione, escludendo una sintesi attiva di IgG da parte del nuovo nato.

- non tutti i sintomi/segni di rosolia congenita sono presenti (es. cataratta) o valutabili (es. ritardo mentale) alla nascita; alcuni sintomi dovuti ad alterazioni strutturali degli organi possono manifestarsi anche a distanza di anni.

- La circolare di luglio 2013 propone una modulistica per agevolare il follow up sistematico dei neonati e dell'esito delle gravidanze.
- E' necessario migliorare la raccolta delle informazioni anamnestiche e di laboratorio raccolte, per ridurre la quota di casi segnalati non classificati.
- E' importante inviare mensilmente il riepilogo dei casi di rosolia congenita e in gravidanza, anche in assenza di notifiche (zero-reporting), per aumentare la sensibilità e tempestività del sistema, come previsto dalla circolare.

Consulta inoltre ...

- Circolare ministeriale "Sorveglianza della rosolia congenita e dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015" del 17 Luglio 2013: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=0&codLeg=46583&parte=1%20&serie=>
- Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia (PNEMoRc) 2010-2015: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1519_allegato.pdf
- Definizioni di caso di rosolia e rosolia congenita della Commissione Europea del 2012: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2012:262:0001:0057:EN:PDF>
- Morbillo & Rosolia News: il bollettino della sorveglianza integrata morbillo-rosolia: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/bollettino.asp>

L'elaborazione dei dati e la realizzazione del presente rapporto sono a cura di: Cristina Giambi, Martina Del Manso, Antonino Bella, Antonietta Filia, Maria Cristina Rota, Gloria Nacca e Silvia Declich e grazie al prezioso contributo del Ministero della Salute e dei referenti presso le Asl, le Regioni/PA e i laboratori di diagnosi.

Referenti Regionali per la rosolia congenita e in gravidanza: Di Giacomo M (Abruzzo); Locuratolo F (Basilicata); Natter B (PA Bolzano); Mignuolo A (Calabria); Pizzuti R (Campania); Pascucci MG, Moschella L, Frasca G (Emilia-Romagna); Gallo T, Braida C (Friuli Venezia Giulia); Vitagliano A, Guerra M (Lazio); Cremonesi I (Liguria); Coppola L, Piatti A (Lombardia); Fiacchini D, Damiani N (Marche); Bagnoli C, Ponzio GV (Molise); Ferrara L (Piemonte); Prato R, Cappelli MG (Puglia); Salotto M (Sardegna); Palermo M (Sicilia); Balocchini E, Gallicchio S, Pecori L (Toscana); Carraro V (PA Trento); Sudano L (Valle d'Aosta); Russo F, Zanella R (Veneto); Tosti A (Umbria).

Si ringrazia la dott.ssa Wilma Buffolano per il prezioso contributo alla sorveglianza e al monitoraggio dei casi.

Citare questo documento come segue: Giambi C, Del Manso M, Bella A, Filia A, Rota MC, Nacca G, e Declich S. Rosolia congenita e in gravidanza News, Settembre 2014.