



Introduction

Le parvovirus B19 est un virus pathogène pour l'homme, responsable d'infections généralement bénignes : le mégalérythème épidémique, une maladie infantile courante (aussi appelée cinquième maladie ou érythème infectieux aigu). Outre l'érythème, l'infection peut également provoquer des arthropathies qui sont plus fréquentes chez les adultes. La virulence de l'infection est plus importante chez les patients immunodéprimés et en cas de transmission materno-fœtale. Ubiquitaire et contagieux, les infections à parvovirus B19 se manifestent dans des zones à climat tempéré par des poussées épidémiques environ tous les 3 à 4 ans, généralement pendant l'hiver et le printemps. L'immunité acquise est solide et durable. 50 à 60 % des femmes en âge de procréer présentent des marqueurs sérologiques d'infection passée. La prévalence de l'infection étant importante avant dix ans, les femmes non immunisées sont surtout susceptibles d'être contaminées par de jeunes enfants. Pendant la grossesse, l'infection par le parvovirus B19 peut être responsable d'avortements spontanés, d'anémies fœtales majeures avec anasarque fœto-placentaire et de mort in utero. Dès lors, en cas de contact avec une femme enceinte ou avec un patient immunodéprimé, il faudra vérifier le statut sérologique. En cas d'absence d'anticorps spécifiques une surveillance minutieuse sera de mise.

Rôle du médecin traitant et/ou déclarant

1. Déclarer :

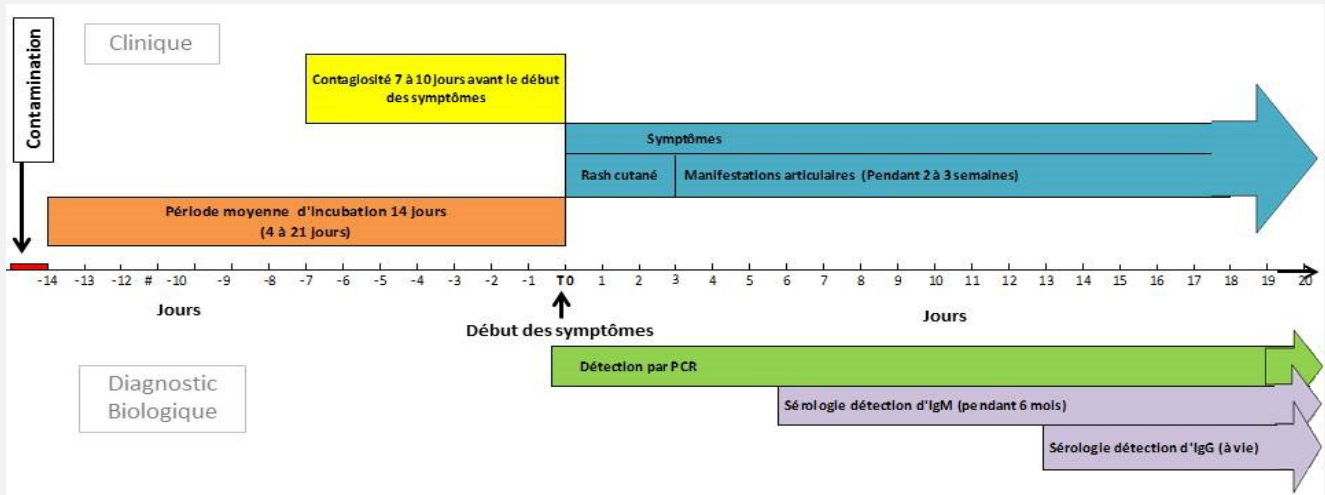
L'infection à parvovirus B19 ne doit pas être déclarée à l'AVIQ.

Pour plus d'informations, contactez la Direction Surveillance des maladies infectieuses par e-mail à l'adresse surveillance.sante@aviq.be ou par téléphone au 071/33.77.77, du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 16h30.

2. Évaluer avec la Direction les mesures prises et à prendre pour le patient et son entourage (femmes enceintes, personnes immunodéprimées) en cas d'épidémie.



Figure : Présentation classique de la maladie



Agent pathogène

Germe	Virus à ADN appartenant à la famille des Parvoviridae, genre Erythrovirus.
Réservoir	Strictement humain.
Résistance Physico-chimique	Très résistant à l'inactivation par les procédés physico-chimiques.

Clinique

Transmission	Principalement par voie respiratoire ; Transmission transplacentaire (materno-fœtale) ; Transfusion sanguine (très rare).
Incubation	De 1 à 3 semaines.
Période de contagiosité	7 à 10 jours avant le début des symptômes.



Symptômes	<p>Les symptômes se manifestent différemment selon l'âge et l'état de santé du patient. Une majorité ne développe que peu ou pas de symptômes ou des symptômes aspécifiques (syndrome grippal). L'érythème est le tableau clinique le plus facilement reconnaissable.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les symptômes prodromiques sont légers avec fièvre, céphalées, rhinite, nausées et sont suivis d'érythème cutané, tout d'abord au niveau des joues (aspect souffleté du visage ou de 'joues giflées') et après 1 à 4 jours, des éruptions maculopapuleuses apparaissent principalement aux racines des membres (aspect réticulaire ou en « dentelle » épargnant les paumes des mains et les plantes des pieds). L'éruption disparaît généralement en 6 à 10 jours ;• Chez les jeunes adultes, l'infection peut être associée à un syndrome papuleux avec purpura de type « gants et chaussettes » : érythème symétrique et douloureux associé à un œdème des pieds et des mains, spontanément résolutif en 1 à 3 semaines ;• L'arthropathie est plus fréquente chez les adolescents et les adultes. La clinique diffère selon l'âge : chez les enfants, l'arthropathie, est symétrique ou non, et touche le plus souvent les genoux (puis les chevilles) ; chez les adultes, elle est polyarticulaire, symétrique et touche généralement les articulations interphalangiennes et métacarpophalangiennes. Elle disparaît généralement en trois semaines.• Les patients immunodéprimés ou porteurs d'anémie chronique développent des formes sévères de la maladie.• Chez le fœtus (infections congénitales) : Anémie, anasarque fœto-placentaire, mort fœtale.
Complications	<ul style="list-style-type: none">• L'arthropathie peut parfois se prolonger durant des mois ou des années ;• Chez des patients porteurs d'anémie chronique, une érythroblastopénie aiguë transitoire peut survenir ;• Chez des patients immunodéprimés, c'est une érythroblastopénie chronique qui peut se développer (sans éruptions et sans arthropathie) ;• Durant la grossesse, une infection fœtale peut survenir et entraîner :<ul style="list-style-type: none">- Durant le premier trimestre : mort du fœtus et fausse couche (11 à 15% des cas) ;- Durant le 2^{ème} et 3^{ème} trimestre : anémie sévère pouvant mener à l'anasarque fœto placentaire et mortinaissance (4%) ; <p>(Globalement, la létalité pour les fœtus infectés est estimée à 10%)</p>

Diagnostic	
Diagnostic biologique	<ul style="list-style-type: none">• L'infection à parvovirus est confirmée par la sérologie :<ul style="list-style-type: none">- Les anticorps IgM sont positifs quelques jours après l'éruption cutanée et des taux élevés demeurent décelables 2 à 3 mois après une infection aiguë ;



- La séroconversion des titres IgG se fait après celle des Ig M avec un délai de minimum 7-10 jours entre les 2 prélèvements et est utile pour les infections antérieures et pour confirmer l'immunité.
- La détection de l'acide nucléique du parvovirus peut se faire par PCR.

Épidémiologie

Groupe d'âge	L'infection survient le plus souvent chez l'enfant et chez l'adulte jeune.
Incidence	1.91 cas notifiés par 100.000 habitants dans la période 2014-2018.
Immunité	Immunité naturelle à vie.
Saisonnalité	Essentiellement en hiver et au printemps.
Géographie Sex-ratio	Ubiquitaire.

Populations à risque

Groupes à risques de développer la maladie	Enfants dans les écoles et les membres de leurs familles ; Personnel non immunisé des milieux d'accueil et des milieux scolaires ; Personnel de santé non immunisé en contact étroit avec des personnes contagieuses.
Groupes à risque de développer des formes graves	Patients avec anémie hémolytique chronique ; Patients avec immunodéficience ; Femmes enceintes non-immunes.



Grossesse allaitement	<p>Dans la majorité des cas, la primo-infection maternelle est sans conséquence fœtale.</p> <p>Dans environ 5% des cas, les risques principaux sont les avortements spontanés, la mort fœtale in utero et l'anasarque fœto-placentaire (Hydrops fetalis).</p>
----------------------------------	---

Prise en charge du patient	
Traitement	<p>Il n'existe pas de traitement spécifique, y compris pour l'infection materno-infantile.</p> <p>Le traitement repose sur l'utilisation de transfusions en cas d'anémie aiguë et sur la perfusion d'immunoglobulines polyvalentes en cas d'anémie chronique secondaire à un déficit immunitaire.</p>
Mesures d'Hygiène	<p>Appliquer les mesures d'hygiène générales et les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission aérienne.</p>
Isolement	N/A.

Prise en charge de l'entourage du patient (post-exposition)	
Prophylaxie	N/A.
Mesures d'Hygiène	N/A.
Isolement	N/A.
Collectivité à risque	<p>Crèches, écoles gardiennes et primaires, autres collectivités avec des enfants en bas âge et des femmes en âge de procréer.</p>

**Prévention pré-exposition**

Mesures préventives générales	Un dépistage systématique des infections à parvovirus B19 par un suivi sérologique n'est pas justifié chez la femme enceinte non immune et non exposée à un cas.
Vaccination	Pas de vaccin disponible.



1. Agent pathogène

Germe :

La famille des Parvoviridae rassemble des virus non enveloppés, à capsidie icosaédrique contenant une molécule génomique d'ADN monocaténaire. Le genre Parvovirus regroupe les parvovirus autonomes possédant toute l'information génétique nécessaire à leur réplication et qui infectent de nombreux vertébrés.

Le **parvovirus B19** est un virus strictement humain et il appartient au genre Erythrovirus vu son tropisme cellulaire très restreint avec une réplication sélective dans les précurseurs de la lignée érythrocytaire. Découvert fortuitement en 1975 dans des sérums de donneurs de sang asymptomatiques et dénommé parvovirus humain (PVH), il est appelé, actuellement, virus B19 (par référence à l'initiale et au numéro identifiant la poche de sang où il fut trouvé la première fois).

Réservoir :

Strictement humain.

Résistance physico-chimique :

L'absence d'enveloppe confère au virus une résistance aux pH compris entre 3 et 9 et à un traitement à 56°C pendant 1 heure. Cette résistance importante pose des problèmes notamment dans son élimination des produits sanguins stables préparés à partir d'un pool de plasmas.

Pathogenèse :

La pénétration du virus dans l'organisme par voie respiratoire est suivie, environ une semaine après la contamination, d'une phase de virémie, au cours de laquelle le virus atteint ses cellules cibles. Le récepteur cellulaire du parvovirus B19 est l'antigène P érythrocytaire situé principalement sur les précurseurs des érythroblastes ; le virus bloque la maturation des proérythroblastes entraînant une érythroblastopénie se traduisant par une diminution du nombre des réticulocytes pendant plusieurs jours. A la fin de cette 1ère phase apparaissent des anticorps neutralisants IgM puis IgG anti-parvovirus B19 qui éliminent rapidement le virus. La formation de complexes immuns est responsable des symptômes cutanés (érythème) et articulaires (arthropathie). La réticulopénie liée à une diminution transitoire des érythroblastes n'a pas de conséquence clinique ; les hématies du sujet sain ayant une durée de vie normale de 120 jours, il n'y a pas d'anémie chez le sujet normal.



2. Clinique

Transmission :

La transmission du virus se fait principalement **par voie respiratoire** : il se propage par les sécrétions du nez et de la bouche (éternuer, tousser, contact main-bouche). Pour les contacts non immuns, le risque de contamination est d'environ 50 %.

La transmission peut également se faire par le passage **transplacentaire** du virus de la mère au fœtus et se produit dans un tiers des cas de primo-infection chez une femme enceinte.

Le virus peut être transmis par **transfusion sanguine** lorsque le don de sang provient d'un sujet en phase virémique et encore asymptomatique. En effet le virus B19 est très résistant et n'est pas inactivé par les procédés physico-chimiques utilisés pour éliminer les virus enveloppés (VIH, HBV, HCV) dans les produits sanguins. Ce mode de transmission est cependant exceptionnel.

Incubation :

L'incubation peut durer de 1 à 3 semaines.

Période de contagiosité :

La période de plus grande contagiosité des patients infectés se situe 7 à 10 jours **avant le début de l'érythème**. Une femme a plus de risque d'être contaminée par ses propres enfants que dans son cadre professionnel en raison d'une plus grande proximité avec leurs sécrétions respiratoires.

Symptômes :

La virémie se manifeste par un syndrome pseudo-grippal avec une sensation de malaise, des céphalées, une fébricule, des courbatures, et parfois une rhinopharyngite. Environ 2 à 3 semaines après la contamination, chez certains sujets (principalement les enfants), un rash cutané ou des douleurs articulaires apparaissent. Les manifestations cliniques dépendent d'un équilibre entre la réplication virale et la réponse immunitaire de l'hôte. Elles sont différentes selon l'âge et selon le statut immunologique et hématologique du sujet infecté.

La maladie est aussi appelée « cinquième maladie » suite au fait qu'elle ait été la 5ème maladie infantile infectieuse caractérisée par une éruption cutanée à recevoir un nom. Les quatre premières étant **la rougeole, la scarlatine, la rubéole et la maladie de Dukés**.

Entre 20 à 25 % des personnes infectées par le parvovirus B19 sont asymptomatiques. Les principales manifestations cliniques sont l'érythème et les arthralgies avec des symptômes prodromiques légers (fièvre, rhinite, céphalée, nausées). Les éruptions cutanées affectent généralement les enfants avant 10 ans lors de petites épidémies en milieu scolaire, mais des éruptions moins prononcées peuvent survenir chez l'adulte.

La primo-infection se traduit par l'apparition d'un érythème débutant au niveau des joues et donnant un aspect souffleté au visage ou de joue giflée (Figure 1). Après 1 à 4 jours, des éruptions maculopapuleuses roses pâles dont le centre peut être clair (aspect réticulaire ou en « dentelle ») s'étendent au tronc et aux racines des membres épargnant les paumes des mains et les plantes des pieds. Les symptômes disparaissent spontanément après 5 à 10 jours.



Chez les jeunes adultes, l'infection peut être associée à un syndrome papuleux avec purpura de type « gants et chaussettes » : érythème symétrique et douloureux associé à un œdème des pieds et des mains, spontanément résolutif en 1 à 3 semaines.

L'arthropathie est plus fréquente chez les adolescents et les adultes et en particulier chez la femme (dans 10% des cas chez l'enfant). La clinique diffère selon l'âge : chez les enfants, l'arthropathie est symétrique ou non, et touche le plus souvent les genoux (puis les chevilles) ; chez les adultes, elle est polyarticulaire, symétrique et touche généralement les articulations interphalangiennes et métacarpophalangiennes mais aussi les autres articulations. Les manifestations articulaires sont douloureuses mais peu sévères. Dans 90 % des cas, l'amélioration se fait en 2 à 3 semaines et il n'y a pas de séquelles articulaires.



Figure 1 : Erythème maculopapuleux au niveau des joues (aspect souffleté du visage) (Source : Stanford).

Complications :

- **Chez des sujets sans comorbidités :**

L'arthropathie peut parfois se prolonger durant des mois ou des années.

Le parvovirus B19 a été occasionnellement mis en cause dans des cas de myocardite, de neuropathie, de purpura thrombopénique, de purpura vasculaire, de syndrome appendiculaire, de neutropénie auto-immune et de détresse respiratoire. Des thrombopénies, ainsi que des neutropénies, peuvent accompagner, voire révéler une infection par le virus B19.

- **Erythroblastopénie chez les sujets déjà porteurs d'une anémie :**

Chez les patients atteints d'anomalies hématologiques sous-jacentes fragilisant les globules rouges (drépanocytose ; thalassémie ; sphérocytose ; déficit en G6PD, en pyruvate kinase, etc.), l'infection se manifeste sous la forme de crise érythroblastopénique entraînant une anémie et une réticulopénie transitoire brutale. Cela peut s'accompagner d'un rash cutané et de symptômes gastrointestinaux et respiratoires.

- **Anémie hémolytique chronique chez les sujets immunodéprimés :**

L'absence de réponse immunitaire humorale permet une multiplication virale et une virémie chronique et active s'installe. Elle se manifeste par une érythroblastopénie profonde et durable. Cette situation s'observe chez les patients atteints d'hémopathies touchant les lymphocytes B, les



greffés de moelle osseuse, les patients ayant reçu une greffe d'organe et traités par immunosuppresseurs, en cas de leucémie sous chimiothérapie et en cas d'immunodéficience congénitale ou acquise (SIDA).

- **Infection materno-fœtale :**

Seule la primo-infection chez les femmes enceintes séro-négatives peut avoir des conséquences sur le fœtus. La grande majorité de femmes enceintes qui attrapent une primo-infection auront néanmoins une grossesse et un enfant sans complications. On estime qu'environ 50% de femmes en âge de procréer n'ont pas d'immunité. L'infection peut être suspectée en cas de signes cliniques évocateurs mais elle est le plus souvent asymptomatique. Une femme enceinte non-immune et qui a été en contact avec le virus, risque d'être contaminée dans 10 % des cas et le passage du virus de la mère au fœtus se produit dans 1/3 des cas de primo-infection. Si le virus passe la barrière placentaire, il atteint la circulation veineuse fœtale, puis va toucher les cellules cibles, les érythroblastes du fœtus circulants (dont la demi-vie est plus courte que celle des érythroblastes adultes). Ensuite, le virus se dissémine dans tous les tissus fœtaux, avec une anémie fœtale sévère et parfois une pancytopénie. Une insuffisance cardiaque fonctionnelle peut alors apparaître avec augmentation de la perméabilité vasculaire associée à des perturbations de la fonction hépatique et une hypoalbuminémie fœtale qui entraîne une fuite de liquide vers le secteur extravasculaire provoquant une anasarque foeto-placentaire (= œdème généralisé). Une myocardite virale peut s'y associer. Globalement le risque de mort fœtale in utero varie de 5 à 9% mais augmente jusqu'à 50% en présence d'anasarque. Le parvovirus B19 est responsable de 5% des anasarques non immuns.

Le risque de passage materno-fœtal évolue selon l'âge gestationnel au moment de l'infection : au premier trimestre, il est élevé et à l'origine d'avortements spontanés dans 11 à 15 % des cas, au deuxième trimestre, l'infection se traduit par une anasarque pour 4 % des enfants voire une mort in utero, alors qu'au troisième trimestre, l'infection ne semble pas d'avoir des conséquences pour le fœtus.

3. Diagnostic

Diagnostic biologique :

Tests sérologiques

L'infection à parvovirus est confirmée par la sérologie. Les anticorps IgM sont positifs quelques jours après l'éruption cutanée et des taux élevés demeurent décelables 2 à 3 mois après une infection aiguë et des taux plus bas peuvent subsister pendant 6 mois. La séroconversion des titres IgG se fait après celle des IgM avec un délai de minimum 7 à 10 jours entre les 2 prélèvements.

La présence isolée des IgG spécifiques après une exposition récente témoigne en principe d'une infection ancienne et confirme l'immunité car elles persistent généralement toute la vie.

La présence des IgM en l'absence d'IgG témoigne d'une primo-infection récente, MAIS attention, il peut s'agir de faux positifs et il est nécessaire de contrôler la sérologie 7-10 jours plus tard afin d'observer la séroconversion des IgG.

La présence simultanée d'IgG et d'IgM peut aussi être le signe d'une infection récente, à condition de révéler, à 15 jours d'intervalle, une augmentation des anticorps IgG lors d'un deuxième prélèvement.

Dans un contexte d'immunodépression, la sérologie est souvent peu contributive.

PCR



La détection de l'ADN viral du parvovirus peut se faire par PCR à partir de sérum.

Cette technique est particulièrement recommandée dans le cas de patients immunodéprimés.

Pour le cas particulier de la femme enceinte :

Tests sérologiques

C'est surtout la notion de contagion chez une femme enceinte récemment exposée au virus, soit professionnellement, soit au contact de ses propres enfants, qui doit faire penser à une éventuelle primo-infection. Il faut alors vérifier rapidement son statut immunitaire, et ce même en l'absence de symptômes, pour détecter la présence d'anticorps spécifiques anti-parvovirus B19 et une séroconversion.

En présence d'IgG spécifiques, il n'y aura pas de surveillance particulière.

Si les tests sont négatifs avec une notion de contagion, il faut contrôler la sérologie 21 jours plus tard, si les IgM restent négatives, il n'y aura pas de surveillance particulière. En cas de séroconversion, il faudra référer la patiente à un gynécologue pour un suivi spécialisé.

PCR

Le [Centre National de Référence](#) peut effectuer une PCR parvovirus B19 sur le liquide amniotique des femmes enceintes quand il y a une suspicion d'infection congénitale. Elle propose également la détection des IgM chez le nouveau-né (sang de cordon et/ou sang néonatal) et la détection du parvovirus B19 dans le sang néonatal par PCR.

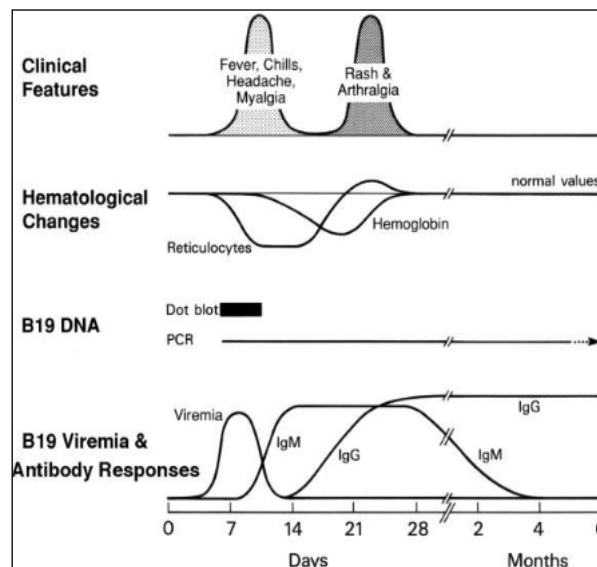


Figure 2 : Evolution virologique, immunologique et clinique de la cinquième maladie chez une personne saine. (Source : Mandell G., 6ème édition, 2005)

4. Épidémiologie

Groupe d'âge :

L'infection survient le plus souvent chez l'enfant, mais peut s'observer chez l'adulte jeune. En fait, les éruptions cutanées affectent généralement les enfants avant 10 ans alors que les arthropathies concernent davantage les adolescents et les adultes. Selon une étude réalisée en France, la



séroprévalence augmente avec l'âge : elle est d'environ 10 % entre 1 et 5 ans, de 40 % entre 20 et 30 ans et de plus de 70 % après 60 ans.

Incidence et sérogroupes circulants

En Belgique, durant les cinq dernières années (2014-2018), en moyenne 215 cas de parvovirus B19 par an ont été rapportés par le [réseau des laboratoires vigies](#), avec des extrêmes allant de 159 cas en 2018 et 310 cas en 2017 (figure 4). Le moyen taux de notification annuel était de 1,91 par 100.000 habitants pour cette période. En 2018, 58 PCR ont été effectués par le CNR infections congénitales, dont aucune ne s'est révélée positive.

Depuis 2019, le nombre de cas notifiés par les laboratoires vigies a fortement diminué (18 cas en 2019 et 24 cas en 2020). Ceci est très probablement dû à une moins bonne participation des laboratoires vigies depuis 2019 et à la crise covid en 2020 (sous-diagnostic et diminution de la circulation du virus).

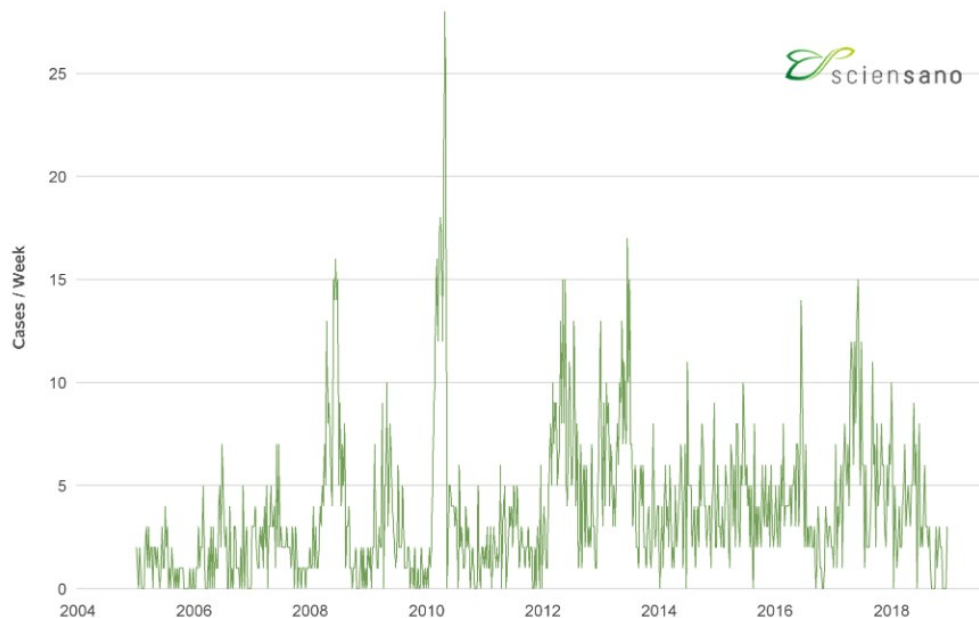


Figure 3 : Nombre de cas de parvovirus B19 rapportés par semaine, entre 2014 et 2018, par le réseau des laboratoires vigies (source : Laboratoires vigies, Sciensano)

Immunité :

L'immunité acquise est solide et dure toute la vie.

Saisonnalité :

Dans les zones à climat tempéré, des poussées épidémiques surviennent généralement pendant l'hiver et le printemps et environ tous les 3 à 4 ans.

Géographie et sexe ratio :

Ubiquitaire.



Sexe ratio : N/A.

5. Population à risque

Groupes à risque de développer la maladie :

Les enfants non immunisés dans les écoles et les membres de leurs familles non immunisés.
Le personnel non immunisé des milieux d'accueil et des milieux scolaires, le personnel de santé non immunisé en contact étroit avec des personnes contagieuses.

Groupes à risque de développer des formes graves :

(Voir les points 2, 3 et 4. de la rubrique [Complications](#))

- Patients avec anémie hémolytique chronique ;
- Patients avec immunodéficience ;
- Femmes enceintes non immunes.

Grossesse et allaitement :

(Voir aussi point 4. de [Complications](#))

Environ 50% des femmes en âge de procréer ne sont pas immunisées et l'exposition au virus, lors d'une grossesse, comporte un risque de transmission materno-fœtale. Les femmes courant le plus de risques sont les mères d'enfants d'âge préscolaire et scolaire, les puéricultrices et les institutrices, ainsi que le personnel soignant pédiatrique.

6. Prise en charge du patient

Traitement :

La cinquième maladie est habituellement bénigne. Les enfants et les adultes en bonne santé guérissent généralement complètement.

Il n'existe pas de traitement spécifique. Le traitement est symptomatique et consiste généralement à soulager les symptômes tels que la fièvre, les démangeaisons, la douleur et l'inflammation des articulations.

Le traitement des cas plus sévères repose sur l'utilisation de transfusions en cas d'anémie aiguë et sur la perfusion d'immunoglobulines polyvalentes en cas d'anémie chronique secondaire à un déficit immunitaire. Il n'existe actuellement pas de traitement antiviral efficace.

En cas de primo-infection chez une femme enceinte, organiser un suivi spécialisé par un gynécologue-obstétricien (fig 4).

En cas de survenue d'une anasarque fœtale, une transfusion sanguine in utero peut être réalisée. La guérison est obtenue par ce traitement dans 75 % des cas.



Mesures d'hygiène :

Appliquer les [mesures d'hygiène générales](#) et les [mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission aérogène](#).

Isolement - éviction :

N'est pas indiqué car la personne infectée n'est plus contagieuse lorsqu'elle est devenue symptomatique

7. Prise en charge de l'entourage du patient (post-exposition)

Lors d'une épidémie, par exemple dans une école, informer les personnes à risque de développer des formes graves de la maladie (patients avec anémie hémolytique chronique, patients avec immunodéficience, femmes enceintes non immunes).

Chez la femme enceinte ayant eu des contacts étroits avec des personnes contagieuses (au sein de la famille), il est recommandé de vérifier les anticorps IgM et IgG et de consulter le spécialiste pour avis. Voir figure 4 pour plus d'infos.

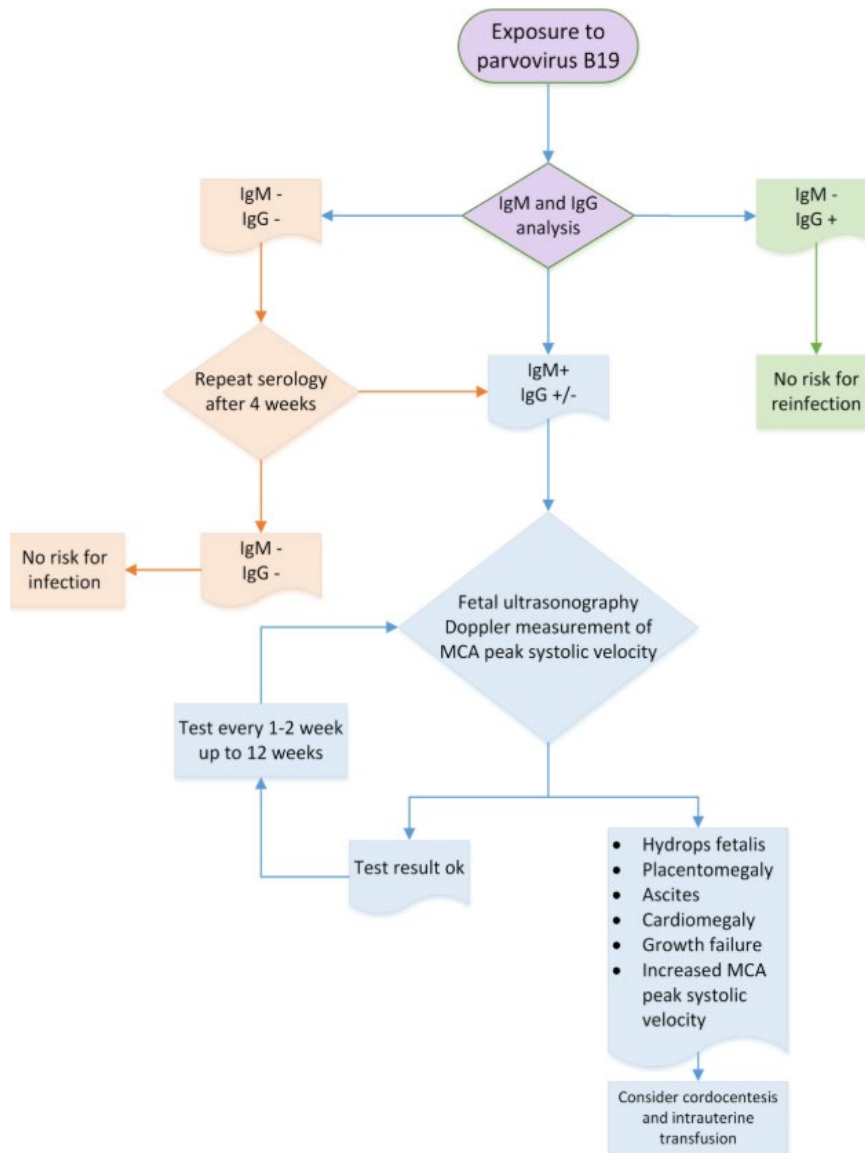


Figure 4 : Prise en charge d’une femme enceinte ayant eu un contact avec un personne contagieuse avec Parvovirus B19 (Source : American College of Obstetricians and Gynecologistst, 2015)

Prophylaxie :

N/A.

Mesures d’hygiène :

N/A.

Quarantaine - éviction :

N/A.

Collectivité a risque :

N/A.



8. Prévention pré-exposition

Mesures préventives générale :

Un dépistage systématique des infections à parvovirus B19 par un suivi sérologique n'est pas justifié chez la femme enceinte non immune et non exposée à un cas.

Vaccination :

Il n'existe pas de vaccin disponible.



Personnes de contact

Direction Surveillance des Maladies Infectieuses de l'AVIQ



071/33.77.77

surveillance.sante@aviq.be

traceinwal.aviq.be

Centre National de référence

Personne de contact : Dr Marie-Luce Delforge

Hôpital Erasme - ULB - Service de Microbiologie

Route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles

Tél. : 02/ 555 3453 ou 02/5556681

Email : Marie-Luce.Delforge@erasme.ulb.ac.be

Sciensano

Personne responsable : Laura Cornelissen

Institut scientifique de Santé Publique, Rue Juliette Wytsman 14, 1050 Bruxelles

Tél. : 02/642.57.05

Fax : 02/642.57.05

Email : laura.cornelissen@sciensano.be



Références

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). [Consulté le 16/04/2014]. LCI-richtlijn Erythema infectiosum. 2011. [en ligne]. Disponibilité sur internet : http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_ri chtlijn_Erythema_infectiosum
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Parvovirus B19 and Fifth Disease. Disponible sur: <http://www.cdc.gov/parvovirusB19/>
3. American Academy of Pediatrics. Parvovirus B19. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, editors. Red book: 2012 Report of the Committee on Infectious diseases. 29th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2012:491-94.
4. Brown K. Parvovirus B19. In: Mandell G, Douglas, Bennett, editors. Principles and practices of infectious disease. 7th edition. Philadelphia: Elsevier Churchill livingstone; 2010
5. Young NS, Brown KE. Parvovirus B19. N Engl J Med. 2004;350:586-97.
6. Katta R. Parvovirus B19: a review. Dermatol Clin. 2002;20:333-42.
7. Knipe DM, Howley PM, eds. Fields Virology. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
8. Miller E, Fairley CK, Cohen BJ, Seng C. Immediate and long term outcome of human parvovirus infection in pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 1998, 105, 174-178.
9. Brochot C, Debever P, Subtil D, Puech F. Quelles surveillance et thérapeutique appliquer en cas de contagé avec le Parvovirus B19 en cours de grossesse ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 36 : (2008) 204-211
10. Morel O et al. Parvovirus B19 et grossesse : revue de la littérature. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 35 (2007) 1095-1104
11. Mossong J, Hens N, Friederichs V, Davidkin I, Broman M, et al. Parvovirus B19 infection in five European countries: seroepidemiology, force of infection and maternal risk of infection. Epidemiol Infect. Aug 2008; 136(8): 1059-1068.
12. Bassols A. Parvovirus B19 and the New Century [Editorial Commentary]. Clin Infect Dis. 2008; 46(4): 537-539.
13. Agence de la santé publique du Canada. Parvovirus B19 Fiche technique santé-sécurité : agents pathogènes. Canada 2010. Disponible sur le site : <http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/parvovirus-fra.php>
14. Bascietto F, Liberati M, Murgano D, Buca D, Iacovelli A, Flacco ME, et al. Outcome of fetuses with congenital parvovirus B19 infection: systematic review and meta-analysis. Vol. 52, Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. John Wiley and Sons Ltd; 2018. p. 569-76.
15. Watt AP, Brown M, Pathiraja M, Anbazhagan A, Coyle P V. The lack of routine surveillance of parvovirus B19 infection in pregnancy prevents an accurate understanding of this regular cause of fetal loss and the risks posed by occupational exposure. J Med Microbiol. 2013 Jan;62(PART1):86-92.
16. Ornoy A, Ergaz Z. Parvovirus B19 infection during pregnancy and risks to the fetus. Vol. 109, Birth Defects Research. John Wiley and Sons Inc.; 2017. p. 311-23.



Annexes

Annexe 1 : Formulaire de demande d'analyse infection congénitale : [Ici](#)

CENTRE NATIONAL DE REFERENCE POUR LES INFECTIONS CONGÉNITALES : TOXOPLASMA GONDII, RUBÉOLE, CYTOMÉGALOVIRUS ET PARVOVIRUS B19

Dr. M.-L. Delforge
Hôpital Erasme – ULB
LRS/CNR Inf. Congénitales
Route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles
Tél: 02/ 555 66 81
E-mail: marie-luce.delforge@erasme.ulb.ac.be

DONNEES CONCERNANT LE LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ECHANTILLON:

Nom du responsable:
Nom du laboratoire:
Service:
Adresse:
Code Postal:
Ville:
Tél: Fax:

RESERVE AU CENTRE DE REFERENCE

DONNEES CLINIQUES

Date du début de la grossesse:

Résultats sérologiques obtenus (à fournir obligatoirement) :

Date	Durée de grossesse	IgG	IgM	Autres

Renseignements cliniques:

Traitement:

Résultat échographie:

- Normal
- Anormal
 - Hydrops fœtal
 - Hydrocéphalie
 - Microcéphalie
 - Calcifications intracrâniennes
 - Hyperdensité abdominale
 - Effusion pleurale/péricardique
 - Oligo/hydramnios
 - Retard de croissance intra-utérin
 - Autre :

Résultats sérologie:

- Parvovirus B19 immunisé non-immunisé
- T. gondii* immunisé non-immunisé
- Rubéole immunisé non-immunisé
- CMV immunisé non-immunisé

DONNEES DU PATIENT (Ecrire en lettres capitales ou joindre une demande électronique)

Nom:
Prénom :
Date de naissance:
Adresse:
NISS :
Si nouveau-né ou enfant, nom de la mère:

DONNEES CONCERNANT L'ECHANTILLON

Numéro d'identification:
Date de prélèvement:
Type d'échantillon:

- Liquide Amniotique
- Sang EDTA
- Sérum
- Placenta
- LCR
- Autre:
- Sang Fœtal
- Sang Cordon
- Urine enfant
- Salive enfant

Analyse demandée pour cause de:

- Séroconversion femme enceinte
- IgM positives sur premier échantillon de sérum femme enceinte
- Développement fœtal anormal
- Follow-up nouveau-né

ANALYSES DEMANDEES

Confirmation de sérologie

- CMV
- B19
- Rubéole
- Toxoplasma

Culture cellulaire (INAMI)

- CMV

PCR

- CMV
- B19
- Rubéole
- Toxoplasma (INAMI)

Attention : L'Hôpital Erasme n'effectue pas de tests sur cartes de Guthrie. Prière de les envoyer à l'UZ-Brussel (voir le formulaire de demande ci-dessous).