



ÉPIDÉMIE PARVOVIRUS B19

1) Le Contexte Épidémique

Depuis mai 2023, la France est touchée par une épidémie de Parvovirus B19 affectant toutes les tranches d'âge, mais principalement les enfants. L'épidémie en cours présente un pic épidémique supérieur à celui des saisons antérieures. Son intensité s'est accrue au dernier trimestre de 2023 et elle poursuit son ascension en 2024 avec un pic qui n'a pas encore été atteint au mois de mars. Certains services de périnatalité signalent une augmentation des fausses couches et des décès fœtaux en lien avec le Parvovirus B19, bien que les chiffres nationaux ne soient pas quantifiés. On constate également une augmentation des formes graves, y compris des décès infantiles, chez les enfants de moins d'un an.

Pour plus de détail , [Lien vers le bulletin de Santé Publique France](#)

2) Rappel sur le Virus

Le Parvovirus B19 est un virus strictement humain principalement transmis par voie respiratoire. Son **incubation dure de 4 à 21 jours**, et l'infection peut être asymptomatique (50% des cas) ou se manifester par un érythème infectieux, des symptômes pseudogrippaux, de la fièvre, des maux de tête ou une **arthropathie** .

Les complications sévères sont plus fréquentes chez les personnes atteintes d'anémie hémolytique chronique, immunodéprimées ou les femmes enceintes.

Chez ces dernières, les risques en cas de transmission materno-fœtale incluent entre autre les **fausses couches, l'anasarque fœto-placentaire par anémie fœtale** et une **myocardite fœtale** .

Une **diminution des mouvements actifs fœtaux** dans ce contexte épidémique doit également faire réaliser **une échographie** à la recherche de signes d'anémie ou d'infection foetale (cf plus bas)

Il n'existe pas de prévention spécifique en dehors de celle des virus respiratoires, pas de vaccin, mais l'information des femmes enceintes en cas de cas groupés est essentielle pour éviter les contacts.

3) Conduite à Tenir en Cas de Contage et Interprétation des Sérologies

Lors d'une exposition au Parvovirus B19, **une sérologie maternelle** doit être réalisée en urgence pour évaluer l'immunité.

Si celle-ci est réalisée dans les 15 jours suivant le contage et est négative en IgG et IgM , une deuxième sérologie de contrôle devrait être réalisé 3 semaines plus tard pour définitivement éliminer une séroconversion .

En effet selon la littérature, **seule la moitié des femmes enceintes sont immunisées** contre le virus suite à une exposition antérieure dans l'enfance . Cette immunité acquise est solide et durable .

La sérologie peut être complétée par une PCR PB19 en cas de doute .

Il existe des Algorithmes pour interpréter les sérologies sur le site du GRIG:

<https://www.infections-grossesse.com/parvovirus-b19>



4) Transmission Materno-Fœtale et Physiopathologie de l'Atteinte Fœtale

Le Parvovirus B19 est transmis chez le fœtus par voie hématogène transplacentaire avec un **taux de transmission de 17 à 33 %** chez les femmes infectées. (*Crane 2016 JOGC*)

La plupart des fœtus infectés au parvovirus B19 connaissent une résolution spontanée, sans issue défavorable (*Crane 2016 JOGC*) .

Cependant, **la probabilité d'une infection fœtale est probablement plus élevée lorsque la séroconversion a lieu avant 20SA** , pendant le stade hépatique de l'hématopoïèse, où les globules rouges ont une demi-vie réduite et sont plus vulnérables à l'anémie. (*Bonvicini F J Clin Microbiol 2011*)

Le virus peut donc causer des complications graves chez le fœtus, notamment des avortements spontanés, une anémie sévère due à l'atteinte des progéniteurs érythroïdes, une thrombopénie, une myocardite et un anasarque . (*Ornoy Birth defect research 2017*)

En cas d'infection le risque de fausse couche avant 20 semaines de gestation est en effet de 13 % chez les fœtus infectés par le parvovirus B19. Ce taux chute à 0,5 % après 20 semaines de gestation.

Le virus a un **tropisme pour les progéniteurs érythroïdes du fœtus**, entraînant une anémie foetale pouvant être sévère. Cette anémie peut conduire à l'hypoxie et à une insuffisance cardiaque à débit élevé entraînant un anasarque foeto-placentaire .

L'anasarque Fœto-Placentaire est retrouvé avec une incidence de 2,9 % chez les fœtus infections (*Crane 2016 SOGC*) .. Le risque est plus élevé lorsque l'infection maternelle se produit avant 25 semaines de gestation (4,7 % contre 2,3 %). Les autres causes possibles d'anasarque dans ce contexte sont la myocardite fœtale par insuffisance cardiaque, et une Dysfonction Hépatique par atteinte hépatique directe ou indirecte du virus .

Enfin , une grande partie des fœtus présentant un anasarque présentent également une thrombocytopénie, dont 46 % de thrombocytopénie grave. Cette complication doit être considérée dans la surveillance ultérieure (risque hémorragique cérébrale) et dans l'indication d'une transfusion in utero.

5) Signes Échographiques et Modalités de la Surveillance Échographique

En cas d'infection par le Parvovirus B19 , une **surveillance échographique** au moins tous les **15 jours** voire hebdomadaire , débuté pas plus tard que 15 jours suivant l'infection et **pendant 12 semaines** est recommandée.

La **recherche d'une anémie fœtale** par mesure du pic systolique de l'artère cérébrale moyenne doit être réalisé à chaque examen :

[Lien vers le poster du CFEF pour la réalisation du doppler de l'ACM](#)

[Lien vers la conversion en MoM](#)



Une **PSV-ACM > 1,5 MoM** fera suspecter une **anémie fœtale** (*Mari NEJM 2000*) et devra faire adresser la patiente en CPDPN pour la suite de la prise en charge .

Les autres signes d'infection au Parvovirus sont non spécifiques et peuvent comprendre : une hépatomégalie , une splénomégalie , une hyperéchogénicité intestinale, une cardiomégalie et mycardiopathie avec hyperéchogénicité du myocarde , un épaissement placentaire, un excès de liquide amniotique , une diminution des mouvements actifs fœtaux.

Les signes échographiques de l'anasarque incluent l'ascite (parfois isolée dans le PVB19), l'œdème cutané, les épanchements pleuraux et péricardiques, et l'œdème placentaire.

Le pronostic à court et long terme est plus sombre en cas d'anasarque fœtale (*Bascietto et al UOG 2018*).

La surveillance échographique à distance de l'infection doit être focalisée sur la recherche de lésions clastiques et/ou hémorragiques survenue dans le contexte anémique , d'hypoxie et de thrombopénie , sans oublier l'analyse sous tentorial, les atteintes hémorragiques cérébelleuses étant classique dans ce contexte.

LES POINTS CLES :

Une patiente a été potentiellement exposée au Parvovirus B19 :

Une sérologie maternelle doit être réalisée en urgence (<15j) pour évaluer l'immunité.

- En cas de négativité en IgG et IgM , une deuxième sérologie de contrôle devrait être réalisé 3 semaines plus tard pour définitivement éliminer une séroconversion .
- Si IgG+ et IgM-, l'immunité est ancienne, la patiente peut être rassurée.
- En cas de séroconversion (IgM+ +/- IgG+), ou en l'absence de données sérologiques post contagie fiables, il faut réaliser une surveillance écho tous les 15j pendant 12 semaines après l'infection probable, à la recherche de signe d'infection fœtale (anémie donc mesure de la Vmax dans l'ACM systématique et signes d'anasarque).

Il existe un point d'appel fœtal compatible avec une infection à Parvovirus B19 :

En cas d'**anasarque** de découverte fortuite ou de **consultation pour baisse des MAF**, il faut **systématiquement penser au parvovirus B19** dans ce contexte épidémique et réaliser une mesure de la Vmax dans l'ACM

Une PSV-ACM > 1,5 MoM fera suspecter une anémie fœtale (ref Mari NEJM 2000) et devra faire adresser **en urgence** la patiente en CPDPN pour la suite de la prise en charge. En pratique, ce seuil de 1.5MoM est a peu près toujours égal à deux fois le terme.

Ex : avoir des vitesses > 40 cm/s à 20SA, ou >50cm/s à 25SA ou >60 cm/s à 30SA est suspect.

Pour plus de détail sur la méthode de mesure de la PSV :

<http://video.cfef.org/coffre/video.php?ref=2832>

Pour convertir précisément une PSV en MoM :

<https://perinatology.com/calculators/MCA.htm>