

Mononucleosi Infettiva

La Mononucleosi Infettiva è una malattia di natura virale, si trasmette attraverso la saliva, è molto contagiosa ed è causata dal virus di Epstein-Barr (EBV), appartenente alla famiglia degli Herpes-Virus (la stessa della Varicella e dell'Herpes Zoster).

Presenta la massima incidenza tra i 15 e i 35 anni, con un picco di prevalenza in età adolescenziale, e nella maggioranza dei casi ha un decorso benigno, della durata di circa 4 settimane, senza complicazioni di alcun tipo.

Il contagio può avvenire per via orale (diretto) ma anche solo toccando degli oggetti infetti (indiretto). Nei bambini la fascia di età più a rischio è quella tra 2 e i 6 anni, per l'abitudine che hanno di portarsi tutto alla bocca.

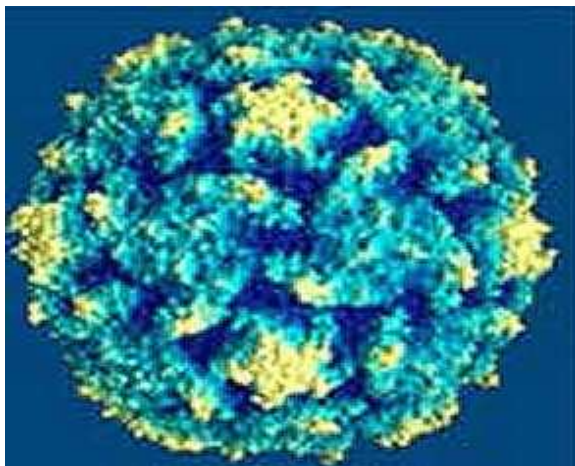


Se contratta in gravidanza non comporta rischi per il feto.

La malattia fu riconosciuta e descritta per la prima volta nel 1920, anche se era già descritta all'inizio del 1800 come "*malattia febbrile caratterizzata da faringite e adenopatia*".

E' una malattia non sempre facile da diagnosticare e, come per tutte le malattie infettive, la prima forma di prevenzione è *l'igiene*.

Nell'80-90% della popolazione adulta sono presenti anticorpi specifici contro il virus, segno di avvenuta infezione.



Epstein Barr Virus

Solitamente la mononucleosi lascia una **immunità permanente**, per cui non viene ripetuta una seconda volta.

Negli adulti il decorso può essere asintomatico o indistinguibile da quello di una banale faringite o di una comune sindrome influenzale.

Nell'età giovanile invece è più frequente la forma classica con **faringotonsillite** (angina monocitica), **febbre elevata** e **adenomegalia** (linfonodi del collo ingrossati).



Angina monocitica

Il virus, una volta entrato in contatto con i tessuti dell'orofaringe, si propaga nei linfonodi del collo, e da qui, dopo intensa replicazione, nel torrente ematico.

Nel 90% dei casi sono presenti all'inizio **sintomi aspecifici** come *febricola intermittente*, *astenia* (stanchezza), *cefalea*, *malessere generale*, che insorgono dai 15 ai 30 giorni dopo il contagio, sino all'esordio clinico della malattia che, come detto, spesso si presenta con febbre elevata e faringotonsillite.

Nei bambini il periodo di incubazione è minore (10 o 15 giorni) e tende a manifestarsi come malessere generalizzato, febbre, forte mal di gola, mal di testa, o comunque i sintomi di una comune influenza, accompagnati, a volte, nella fase acuta, da eruzione cutanea, vomito, diarrea e dolori addominali.



La faringotonsillite (angina monocitica) può essere di vario grado, talora **modesta** e caratterizzata da solo eritema (arrossamento), talora **grave**, con ostruzione respiratoria più o meno marcata dovuta all'ingrossamento delle tonsille, che appaiono verniciate da materiale essudativo o pseudo membranoso dal quale emana un "*classico cattivo odore*".

Spesso tale quadro viene erroneamente interpretato come una comune "tonsillite" e curato erroneamente da subito con antibiotici che, nel caso delle penicilline, sono in grado di scatenare una reazione cutanea di tipo urticarioide che rende ancor più fastidioso il decorso della malattia.

E' inoltre presente **disfagia** (difficoltà alla deglutizione), e **odinofagia** (deglutizione dolorosa).

In questo contesto, dopo circa una settimana, possono presentarsi, nel 30% dei casi, **piccole lesioni petecchiali a livello della giunzione tra il palato molle e il palato duro** (reperto tipico di mononucleosi infettiva).

La linfadenopatia (ingrossamento dei linfonodi), quasi sempre presente, è riscontrabile tipicamente a livello dei linfonodi del collo, che risultano dolenti alla palpazione.

Benché le zone cervicali siano le più colpite, la linfadenopatia può essere apprezzabile anche a livello di altre stazioni linfonodali sia superficiali (Retronucali, Ascellari, Inguinali ecc....) che profonde (Parailari, Lomboaortiche, Mesenteriche ecc...), queste ultime evidenziabili con l'ecografia.



La splenomegalia (ingrossamento della milza), presente in più del 50% dei casi, può associarsi a **epatomegalia** (ingrossamento del fegato).

Nel 9% dei casi può presentarsi un **ittero** (colorazione gialla della cute dovuto ad accumulo di bilirubina).

Un rash cutaneo aspecifico (eruzione cutanea scarlattiniforme) si presenta nel 10-20% dei casi ed è spesso associato a terapia antibiotica con penicilline semi-sintetiche (come l'Ampicillina), spesso somministrata in assenza di diagnosi, pensando erroneamente a una tonsillite batterica.

Le analisi di routine (emocromo con formula) dimostrano **leucocitosi** (10.000-20.000 leucociti, talora fino a 50.000), **con inversione della formula leucocitaria** verso la linfo-monocitosi (50-60%).

Alla valutazione microscopica del sangue, il cosiddetto "**striscio periferico**", è inoltre possibile rilevare le cosiddette "**cellule linfomonocitoidi**" (plasmacellule attivate) e i cosiddetti "**virociti**", che costituiscono il 10-20% dei leucociti.



Nel 3-5% dei casi è **presente anemia e piastrinopenia** (riduzione del numero delle piastrine), che regredisce spontaneamente nel giro di 2 mesi.

Alterazioni a carico del fegato con innalzamento dei valori delle **transaminasi e della fosfatasi alcalina**, sono indici di una forma benigna di epatite che, se presente, è destinata a risolversi spontaneamente nel corso della quarta settimana di malattia senza lasciare reliquati.

La storia clinica, il quadro obiettivo e le comuni analisi di laboratorio sono sufficienti per fare la diagnosi, che va comunque confermata **dai test di laboratorio**.

Il test di "Paul-Bunnell" è stato sostituito dal più rapido "**Mono test**" che tuttavia risulta falsamente negativo nel 25% dei casi e falsamente positivo in un 10% circa.

Le indagini sierologiche sono le più affidabili e dimostrano la presenza **anticorpi specifici** della **classe IgM (anti-VCA e anti-EA)**, indice di malattia in corso.

Questi anticorpi, presenti già prima dell'esordio clinico vero e proprio della malattia, scompaiono con la remissione sintomatologica e lasciano il posto agli anticorpi della **classe IgG (anti-VCA e anti-EBNA)**, indice di avvenuto contagio, che rimarranno presenti per tutta la vita.

Nei neonati e bambini più piccoli, sono spesso necessari altri tipi di test (ricerca del DNA virale nei linfociti B del sangue periferico).

Nella fascia di età preadolescenziale la malattia in genere si manifesta con sintomi molto vaghi e sfumati e spesso non arriva a diagnosi, venendo scambiata per una banale influenza o una tonsillite.

Non è raro infatti il riscontro di esami ematici che rivelano l'avvenuta infezione in ragazzi o adulti che non avevano mai saputo di aver contratto la Mononucleosi.

Complicanze, a volte anche gravi, possono insorgere in circa il 5% dei casi, sono rare nei piccoli pazienti, e tendono ad aumentare con l'approssimarsi dell'età puberale.

In caso di sospetto o certezza di malattia è sempre corretto eseguire un'ecografia addominale completa, al fine di chiarire l'eventuale ingrossamento del Fegato e della Milza.

La complicanza grave più temibile è, infatti, la **rottura della milza**, che, se ingrossata, proprio grazie alle sue caratteristiche anatomiche, può facilmente andare incontro a lesioni.

E' un evento questo drammatico, che può portare a morte il paziente per emorragia interna, ed è proprio per questo che si deve giungere a una diagnosi certa.

Il paziente deve rispettare l'assoluto riposo per circa due mesi, anche a sintomatologia regredita, evitando l'affaticamento, l'attività fisica e tutto quello che prevede il rischio di traumatismi addominali.

In circa l'1% dei casi si può manifestare una **meningite**, in genere con prognosi benigna, che non lascia nessun danno al paziente.

Talora l'infezione da EBV può complicarsi con una **Sindrome di Guillain-Barré** (radicolopolinevrite acuta), evenienza estremamente rara, che si manifesta con paralisi progressiva degli arti.

In casi eccezionali (meno dell'1%), in particolare nei pazienti immunodepressi, si può manifestare una **pericolosa encefalite o un'epatite fulminante**.

Altre rare complicanze sono: *orchite, miocardite, pericardite, ulcere genitali e polmonite interstiziale*.

Va comunque sottolineato che tutti questi quadri sono estremamente rari e vengono menzionati solo per completezza di trattazione.

Contro la mononucleosi non esiste una terapia specifica (gli antivirali di ultima generazione hanno un'efficacia ancora tutta da dimostrare).

In caso di faringotonsillite grave, con ostruzione respiratoria, piastrinopenia e splenomegalia sono indicati **i corticosteroidi (prednisone)**.

La sovrainfezione batterica faringo-tonsillare (10-20% dei casi) è la complicanza locale più frequente e può essere ben gestita da **brevi cicli di antibiotici** (si devono preferire i *Macrolidi alle Penicilline per evitare la comparsa dei fenomeni esantematico-urticariodi prima descritti*).



La terapia è sintomatica e si basa sulla somministrazione di farmaci analgesici, antipiretici, riposo a letto e idratazione fino alla scomparsa della febbre. E' consigliabile una dieta liquida e fredda.

Astenia e febbricola possono a volte persistere per mesi dopo la scomparsa della sintomatologia acuta, ma non richiedono in genere trattamenti specifici se non il prolungamento del riposo da attività sportive e l'uso di integratori e ricostituenti.

Evitare posti affollati, con scarso ricambio d'aria, seguire una dieta sana e varia, ricca soprattutto di vitamine, un'attenta igiene personale e dell'ambiente, restano consigli dettati dal buon senso che comunque sono sempre efficaci per limitare i rischi di contagio.

Concludendo, allorquando compare una sintomatologia che tende a protrarsi per giorni, caratterizzata da stanchezza, inappetenza, febbre intermittente accompagnata da mal di gola che si accentua alla deglutizione, dolori addominali e presenza di linfonodi dolenti al collo, bisogna sempre tenere presente che potrebbe trattarsi di Mononucleosi al fine di evitare cure improprie e mettere in atto tutti i corretti comportamenti del caso.