

BÖLÜM 3

Gebelikte Enfeksiyöz Hastalıklar



Özgür AKTAŞ¹

Viral Enfeksiyonlar

Varisella-Zoster Virüs

Varisella-Zoster virüsü (VZV) çoğunlukla çocukluk çağında enfeksiyona neden olduğu bilinen, çift sarmallı bir DNA'ya sahip Herpes ailesinden bir virüstür. Çocuklarda suçiçeği yaparken, ileri yaşlarda ciddi bir hastalık tablosu ortaya koyabilir. Varisella aşısının kullanıma girmesinden sonra yetişkin bireylerde ciddi hastalık riski %74 oranında azalmıştır. (1) Primer enfeksiyonun doğrudan temas yolu ile bulaştığı bilinmektedir. Düşük bir olasılıkla solunum yoluyla da geçiş olduğu bildirilmiştir. Bulaş sonrası inkübasyon süresi 10 ile 21 gün arasında değişkenlik gösterir, immünize olmayan kadınlarda enfeksiyon gelişme riski %60-95'tir.

Primer enfeksiyon birkaç gün grip benzeri belirtiler ile başlar; üç ile yedi gün içinde kabuklanan kaşıntılı veziküler lezyonlarla devam eder. Vezikül döküntüler başlamasından bir gün öncesine kadar bulaşıcılık devam eder.

Enfeksiyonda tanı çoğunlukla klinik olarak konulabilir. Şüpheli durumlarda vezikül tabanından örnek alınarak PCR testi ile viral DNA saptanabilir. VZV antijeni immüno Floresan ile saptanabilir. VZV kültürü döküntülerde oluşturulabilir; fakat virüs çok yavaş çoğalır ve diğer yöntemlere göre duyarlılığı daha düşüktür.

¹ Uzm. Dr., SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk, Hastalıkları Eğitim ve Araştırma, Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ozguraktas9@yahoo.com



Protozoal Enfeksiyonlar

Toksoplazmozis

İki farklı yaşam siklusu olan zorunlu hücre içi paraziti etken toxoplasma gondii'dir. Asıl konak kedigiller ailesidir. Kedigiller ailesinde sporlaşmaya oositler gaita ile dışarı atılır buradan direkt temasla fekal-oral yolla diğer memelilere geçebilir. İnsan vücudunda mide asiti ile parçalanan oosit ve bradizoitler tüm hücreleri enfekte ederek çoğalmaya başlar ve taşizoitlere dönüşür. İmmune sistem tarafından tüm bu taşizoitler parçalansa da, doku kistleri oluşabilir; bu da kronik enfeksiyonu oluşturabilir. Bu kronik kistler diğer memelilerde de oluşabilir. Bu durum da iyi pişmemiş etlerle bulaşın olabileceğini gösterir. (25)

İmmune sistemi sağlam kadınlarda primer enfeksiyon sonrası güçlü bağışıklık gelişir ve koruyucudur. Hastalık çoğu zaman asemptomatiktir. Semptomatik olduğu durumlarda, kas eklem ağrısı, ateş ve makülopapüler döküntü görülebilir.

Fetal toksoplazmozis enfeksiyonun sıklığı ve şiddeti, gebe kadınların enfeksiyona maruz kaldığı trimestere göre sıklığı ve şiddeti değişkenlik gösterir. Son trimesterde fetal bulaş riski en yüksekken fetal enfeksiyon şiddeti hafiftir. Tam tersine ilk trimesterde hastalığın bulaş riski azalırken şiddeti ciddi oranda artar. (26)

Fetusta intrakraniyal kalsifikasyon, koryoretinit, hidrosefali klasik bulgular olsada çoğu zaman fetüsler asemptomatik doğar. İlerleyen zamanlarda nörolojik bulgular ortaya çıkar.

Doğum öncesi rutin tarama yapmak gereksizdir. IgM enfeksiyon sonrası 10 gün içinde pozitifleşir. Dört ay içinde negatifleşmesi bazı durumlarda IgM negatifleşmez. IgG enfeksiyon sonrası aviditesi artar, yüksek avidite test değerine ulaştığında enfeksiyonun üç-beş ay önce meydana geldiği düşünülür.

Tedavide spiramisin tek başına kullanılabilir. Folinik asitle bir primetamin-sulfonamid kombinasyonu da kullanılabilir. Bilinen bir aşı henüz üretilmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Marin M, Watson TL, Chaves SS, et al. Varicella among adults: data from an active surveillance project, 1995-2005. The Journal of infectious diseases. 2008;197 Suppl: S94-S100. doi:10.1086/522155
2. Smego RA, Asperilla MO. Use of acyclovir for varicella pneumonia during pregnancy. Obstetrics and gynecology. 1991;78(6): 1112-1116. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1945218>



3. Marin M, Güris D, Chaves SS, et al. Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports.* 2007;56(RR-4): 1–40. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17585291>
4. Cox S, Posner SF, McPheeters M, et al. Hospitalizations with respiratory illness among pregnant women during influenza season. *Obstetrics and gynecology.* 2006;107(6): 1315–1322. doi:10.1097/01.AOG.0000218702.92005.bb
5. Fiore AE, Fry A, Shay D, et al. Antiviral agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza --- recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports.* 2011;60(1): 1–24. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21248682>
6. Conlin AMS, Bukowinski AT, Seveck CJ, et al. Safety of the pandemic H1N1 influenza vaccine among pregnant U.S. military women and their newborns. *Obstetrics and gynecology.* 2013;121(3): 511–518. doi:10.1097/AOG.0b013e318280d64e
7. Rubin SA. Mumps. In: Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J (eds.) *Harrison's Principles of Internal Medicine, 20e.* New York, NY: McGraw-Hill Education; 2018. <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1155970814>
8. McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL, et al. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports.* 2013;62(RR-04): 1–34. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23760231>
9. Ohji G, Satoh H, Satoh H, et al. Congenital measles caused by transplacental infection. *The Pediatric infectious disease journal.* 2009;28(2): 166–167. doi:10.1097/INF.0b013e31818a5d83
10. Siegel M, Fuerst HT. Low birth weight and maternal virus diseases. A prospective study of rubella, measles, mumps, chickenpox, and hepatitis. *JAMA.* 1966;197(9): 680–684. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5952908>
11. Adams Waldorf KM, McAdams RM. Influence of infection during pregnancy on fetal development. *REPRODUCTION.* 2013;146(5): R151–R162. doi:10.1530/REP-13-0232
12. Miller E, Cradock-Watson J, Pollock T. CONSEQUENCES OF CONFIRMED MATERNAL RUBELLA AT SUCCESSIVE STAGES OF PREGNANCY. *The Lancet.* 1982;320(8302): 781–784. doi:10.1016/S0140-6736(82)92677-0
13. Grant GB, Desai S, Dumolard L, et al. Progress Toward Rubella and Congenital Rubella Syndrome Control and Elimination - Worldwide, 2000-2018. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report.* 2019;68(39): 855–859. doi:10.15585/mmwr.mm6839a5
14. Kenneson A, Cannon MJ. Review and meta-analysis of the epidemiology of congenital cytomegalovirus (CMV) infection. *Reviews in medical virology.* 17(4): 253–276. doi:10.1002/rmv.535
15. Zuhair M, Smit GSA, Wallis G, et al. Estimation of the worldwide seroprevalence of cytomegalovirus: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in medical virology.* 2019;29(3): e2034. doi:10.1002/rmv.2034
16. Liesnard C, Donner C, Brancart F, et al. Prenatal diagnosis of congenital cytomegalovirus infection: prospective study of 237 pregnancies at risk. *Obstetrics and gynecology.* 2000;95(6 Pt 1): 881–888. doi:10.1016/s0029-7844(99)00657-2
17. Picone O, Vauloup-Fellous C, Cordier AG, et al. A series of 238 cytomegalovirus primary infections during pregnancy: description and outcome. *Prenatal diagnosis.* 2013;33(8): 751–758. doi:10.1002/pd.4118
18. Kanengisser-Pines B, Hazan Y, Pines G, et al. High cytomegalovirus IgG avidity is a reliable indicator of past infection in patients with positive IgM detected during the first trimester of pregnancy. *Journal of perinatal medicine.* 2009;37(1): 15–18. doi:10.1515/JPM.2009.012



19. Malinger G, Lev D, Zahalka N, et al. Fetal cytomegalovirus infection of the brain: the spectrum of sonographic findings. *AJNR. American journal of neuroradiology.* 2003;24(1): 28–32. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12533323>
20. Fowler KB, Stagno S, Pass RF, et al. The outcome of congenital cytomegalovirus infection in relation to maternal antibody status. *The New England journal of medicine.* 1992;326(10): 663–667. doi:10.1056/NEJM199203053261003
21. Brown T, Anand A, Ritchie LD, et al. INTRAUTERINE PARVOVIRUS INFECTION ASSOCIATED WITH HYDROPS FETALIS. *The Lancet.* 1984;324(8410): 1033–1034. doi:10.1016/S0140-6736(84)91126-7
22. Enders M, Weidner A, Zoellner I, et al. Fetal morbidity and mortality after acute human parvovirus B19 infection in pregnancy: prospective evaluation of 1018 cases. *Prenatal Diagnosis.* 2004;24(7): 513–518. doi:10.1002/pd.940
23. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases.* 2012;55(10): e86–e102. doi:10.1093/cid/cis629
24. Ohlsson A, Shah VS. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2013;(1): CD007467. doi:10.1002/14651858.CD007467.pub3
25. Iaconetti E, Lynch B, Kim N, et al. Determination of *Toxoplasma gondii* Replication in Naïve and Activated Macrophages. *Bio-protocol.* 2012;2(22). doi:10.21769/bioprotoc.289
26. SYROCOT (Systematic Review on Congenital Toxoplasmosis) study group, Thiébaud R, Leproust S, et al. Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet (London, England).* 2007;369(9556): 115–122. doi:10.1016/S0140-6736(07)60072-5