

C O N V E G N O

DIAGNOSI e GESTIONE
delle **INFEZIONI**
in **GRAVIDANZA:**
un **APPROCCIO**
MULTIDISCIPLINARE

Mantova, 7 Dicembre 2024
Speranza Società Cooperativa Sociale Onlus

La Diagnosi Prenatale
Gianpaolo Grisolia

Infezioni in gravidanza

Problema prioritario dell' assistenza prenatale

- Implicazioni sulla salute materna
- Implicazioni sull' esito della gravidanza
 - PROM
 - Parto prematuro
- Implicazioni fetali
 - Morte fetale e perinatale
 - Esiti a distanza

Via
vaginale

Emorragia

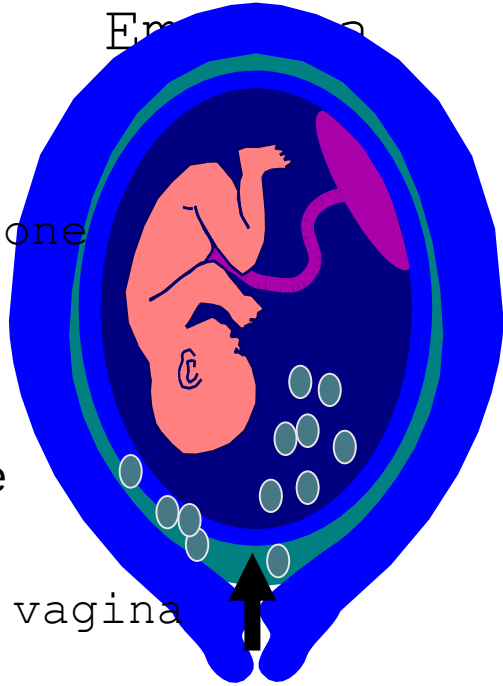
Infezione
fetale

Infezione
materna

Attivazione
decidua

vagina

- Parto pre-termine
- Prom

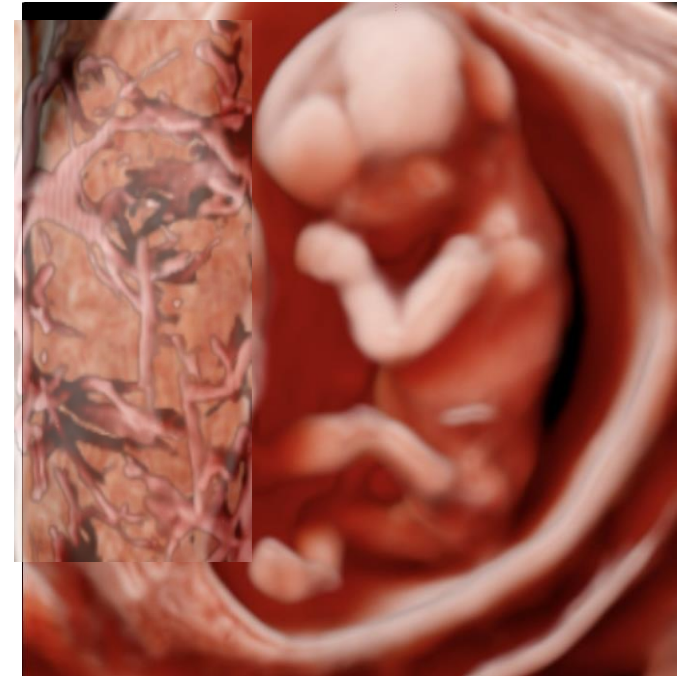


Canale del parto



Infezione
Connatale

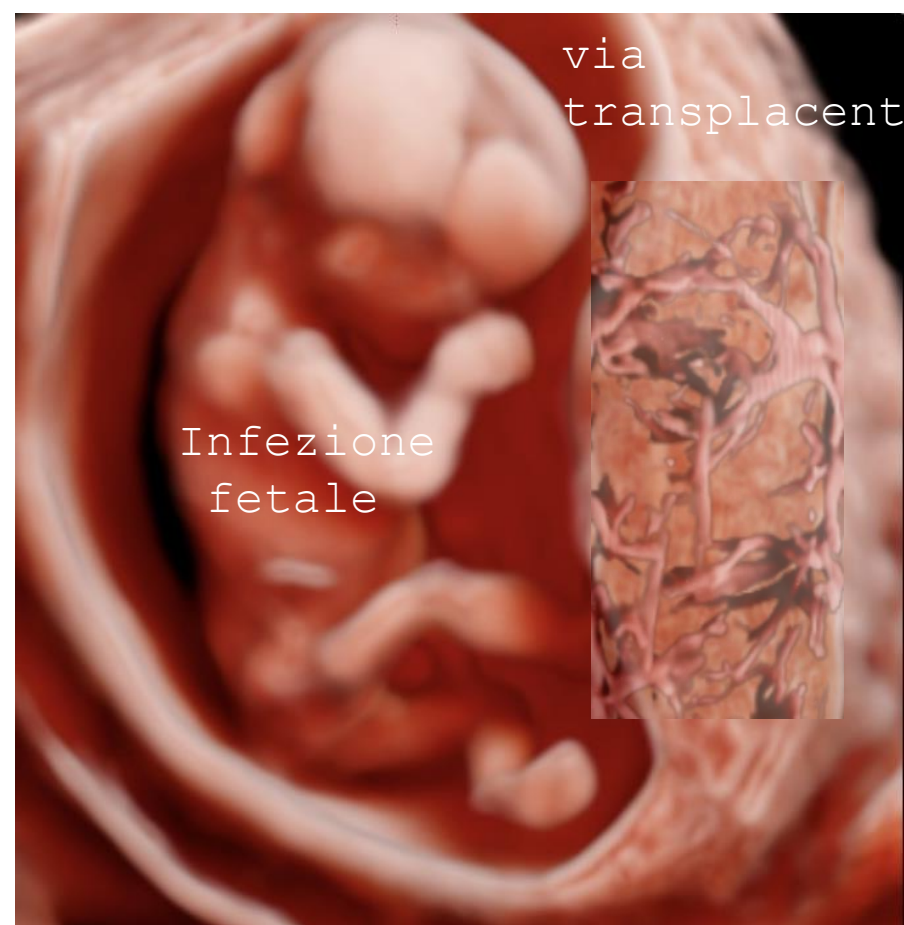
transplacentare



Malformazioni congenite
Sequela a distanza

Diagnosi Prenatale delle infezioni congenite

Infezione materna

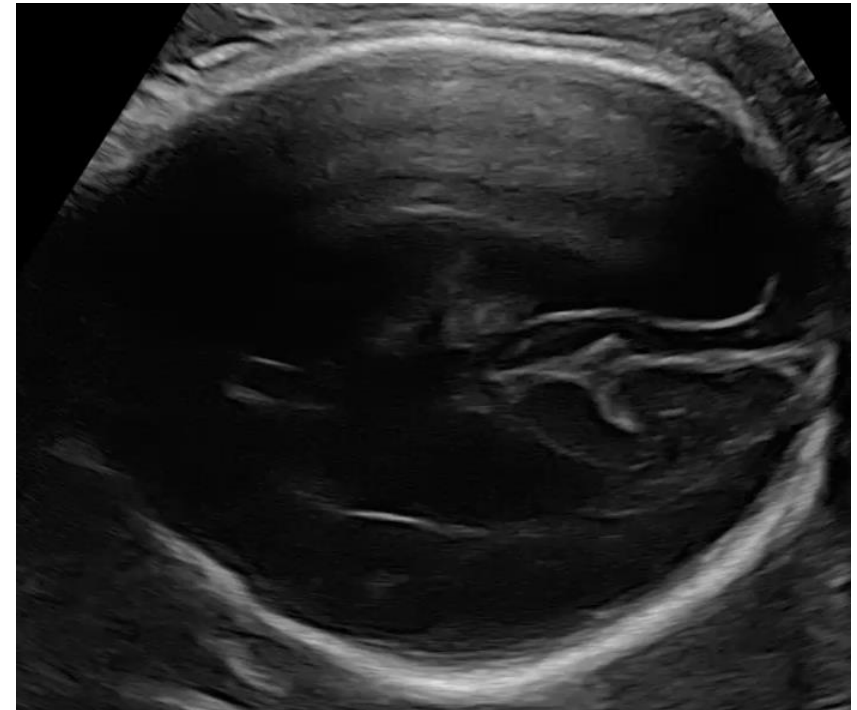


Danno
Fetale-neonatale



Morte
Sequela

ventricolomegalia



Indicazioni alla diagnosi prenatale

Malattia o
materno Contatto

Parvovirus
Varicella

Screening
sierologico
positivo per
infezione
materna

Toxoplasmosi
CMV
Sifilide
Rosolia

Riscontro di
anomalia
ecografica
allo screening

Table 1 Ultrasound signs suggestive of congenital infection

<i>Cranial abnormalities</i>	<i>Extracranial abnormalities</i>	<i>Placental/amniotic fluid abnormalities</i>
Ventriculomegaly Calcifications Intraventricular synechiae Cerebellar abnormalities Vermian hypoplasia Cerebellar hemorrhage Calcifications Cysts Periventricular pseudocysts Malformations of cortical development Lissencephaly-pachygyria Oligo-/pachygyria Polymicrogyria Schizencephaly Microcephaly	Small-for-gestational age Hyperechogenic bowel Hepatomegaly Splenomegaly Liver calcifications Ascites Pericardial effusion Skin edema Hydrops or fetal anemia (MCA-PSV > 1.5 MoM) in absence of maternal atypical antibodies	Placentomegaly Placental calcifications Oligohydramnios/anhydramnios Polyhydramnios

Percorso
Multidisciplinare

- Infettivologo
- Laboratorio
- Ostetrico
esperto in
medicina
materno-fetale

- Diagnosi di
infezione
fetale
- Terapia
- Prognosi

Principali strumenti diagnostici

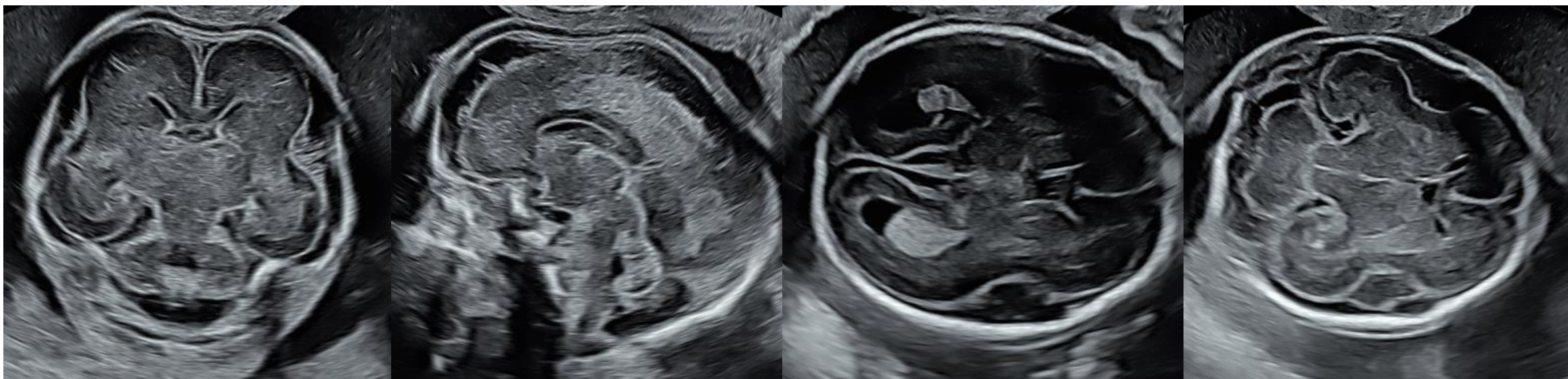
Testi sierologici

IgM-IgG - Test di avidità  IgG Infezione materna

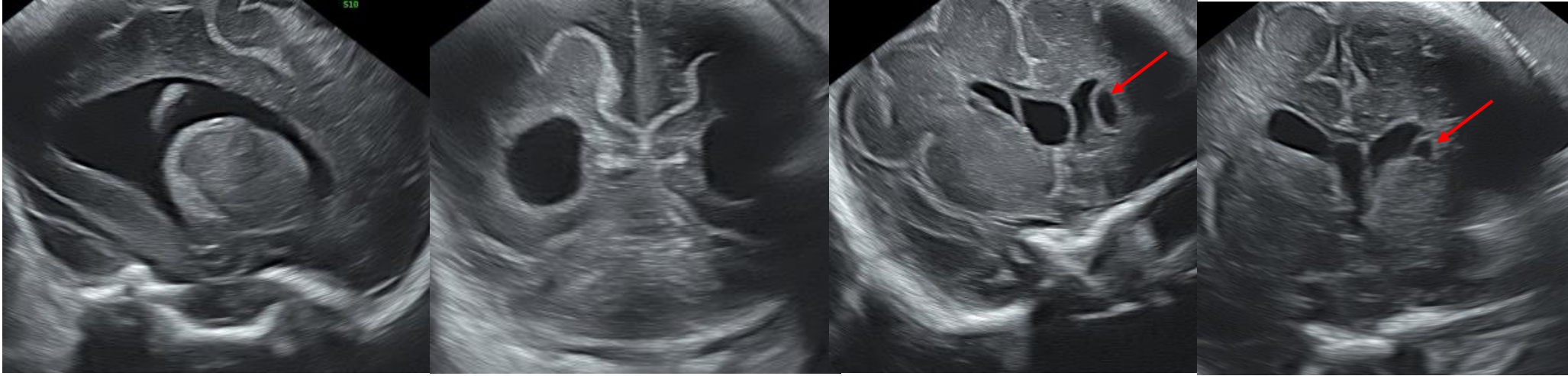
PCR su liquido amniotico / sangue fetale  Infezione fetale

Ecografia esperta /RNM  Monitoraggio e
valutazione prognostica

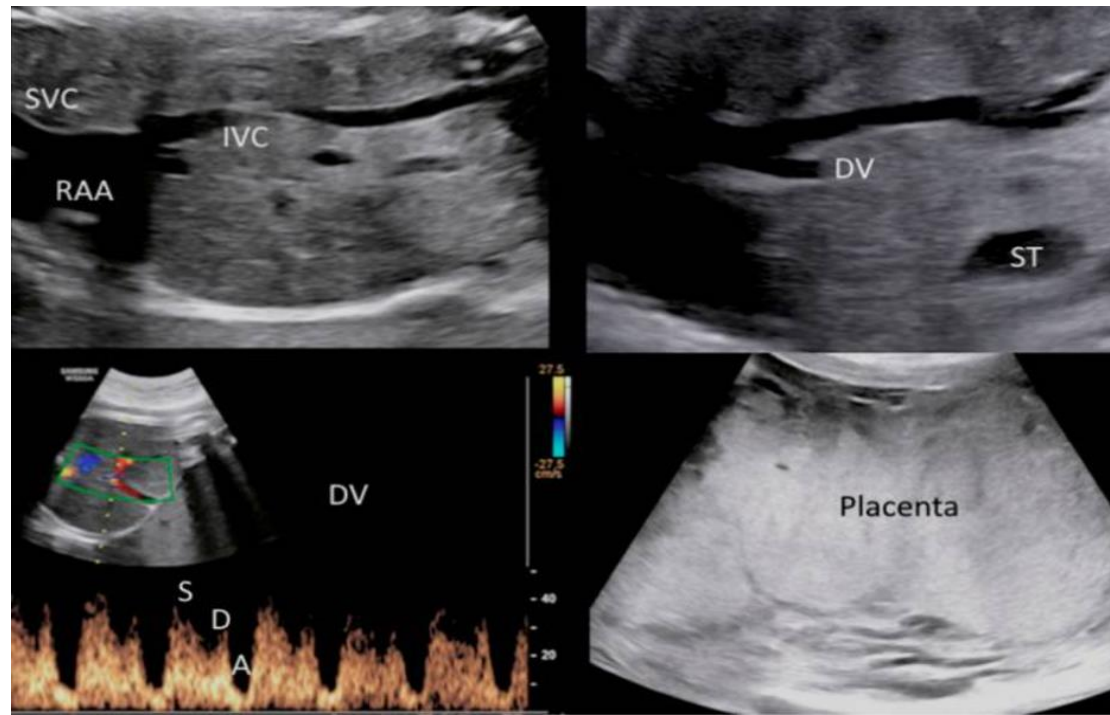
Neurosonografia



Anomalie tardive e subdole CMV



Sifilide congenita



Citomegalovirus (CMV)

- Incidenza : 0.2-2 % (principale causa non genetica di sordità neurosensoriale ed una delle maggiori cause di sequele neurologiche)
- 10-15% dei feti e sintomatico alla nascita, 25% dei feti infetti presenta esiti gravi a lungo termine

Table 3. Estimates of long-term sequelae in infants with congenital CMV

Type of infection	1000 infants with congenital CMV	
	Symptomatic	Asymptomatic
Number of Infants	127 (12.7%)	873 (87.3%)
Deaths	5	0
Survivors	122	873
Number with Permanent sequelae	50-70 (40-58%)	118 (13.5%)
Conclusion	17-20% of the 1000 infected infants will have permanent sequelae; 1/3 from the symptomatic group and 2/3 from the asymptomatic group	

Citomegalovirus

Linee guida gravidanza fisiologica 2023

- 1. Lo screening sierologico dell'infezione da CMV deve essere offerto a tutte le donne in gravidanza con stato sierologico non noto o negativo** (anticorpi IgG e IgM negativi) **alla prima alla prima visita e comunque entro il primo trimestre e ripetuto ogni 4-6 settimane, se il primo esame risulta negativo** (anticorpi IgG e IgM negativi) **sino a 24 settimane di gravidanza.**
- 2. Lo screening sierologico dell'infezione da CMV deve essere offerto in presenza segni suggestivi di infezione fetale all'ecografia ostetrica e/o di sintomi materni suggestivi di infezione sintomatica da CMV,** come sindrome simil-mononucleosica, malattia simil-influenzale oppure epatite indifferenziata.
- 3. Informazioni sull'infezione da CMV e sulle misure igieniche e i comportamenti in grado di ridurre il rischio di acquisizione dell'infezione** devono essere offerte a tutte le donne in gravidanza, a quelle che intendono pianificarla e alle persone di loro

Infezione materna Trasmissione verticale

30-40 % Prima infezione

1-2 % in caso di reinfezione (probabile sottosti

Maternal type of CMV infection and sequelae in infants
with congenital CMV: Systematic review and meta-
analysis

Journal of Clinical Virology
Volume 129, August 2020

Lo stato di infezione materna non ha influenzato la malattia sintomatica neonatale (odds ratio (OR) 0,83, IC 95 % [0,55; 1,27], p=0,397). Inoltre, i due gruppi di bambini infetti da CMV avevano un rischio simile di sviluppare SNHL, SNHL bilaterale o altri esiti neurologici.

A guide for the interpretation of serology results.

CMV IgG	CMV IgM	IgG avidity	Recommendations	Interpretation
Negative	Negative	NA	Primary prevention through behavioral measures	Seronegative uninfected patient
Negative	Positive	NA	Repeat serology and in case of positive IgG, IgG avidity is requested	Recent seroconversion should be excluded with serological confirmation
				Exclude a false positive result due to a cross-reaction with other viral infections
Positive	Negative	NA	Serology might be repeated in cases of suspected fetal infection due to a NPI	Past infection
Positive	Positive	High	Serology might be repeated or amniocentesis might be performed to confirm a suspected fetal infection due to a NPI	Past infection with persisting IgM or NPI
Positive	Positive	Low	Amniocentesis should be performed to exclude fetal infection	Recent PI

NPI: non-primary infection; PI: primary infection; NA: not applicable.

Diagnosi di infezione materna Screening sierologico

(casi dubbi inviati in laboratorio di riferimento)

Stabilire l'epoca gestazionale di
infezione materna (fattore
prognostico determinate)

TABLE 1 | Risk of vertical transmission, congenital infection, or fetal defects in primary CMV infection (Adapted from Chatzakis et al.²³)

	Transmission rate	Fetal insult* if fetus is infected	Fetal insult if transmission is unknown	Symptomatic at birth if fetus infected	Symptomatic at birth if transmission unknown	SNHL or neurodevelopmental impairment if fetus is infected	SNHL or neurodevelopmental impairment if transmission is unknown
Periconception (between 1 week before and 5 weeks after the LMP)	21% (95% CI, 8.4–33.6)	28.8% (95% CI, 2.4–55.1)	6.0%	1.3% (95% CI, 0–4.5)	0.3%		
First trimester	36.8% (95% CI 31.9–41.6)	19.3% (95% CI 12.2–26.4)	7.1%	9.1% (95% CI 2.7–15.6)	3.3%	22.8% (95% CI 15.4–30.2)	8.4%
Second trimester	40.3% (95% CI 35.5–45.1)	0.9% (95% CI 0–2.4)	0.4%	0.3% (95% CI 0–1.1)	0.1%	0.1% (95% CI 0–0.8)	0%
Third trimester	66.2% (95% CI 58.2–74.1)	0.4% (95% CI 0–1.5)	0.3%	0.4% (95% CI 0–1.6)	0.3%	0% (95% CI 0–2.1)	0%

Diagnosi di infezione fetale

Amniocentesi : valutazione quantitativa del DNA virale

- Quando si esegue : 4 settimane dopo l'infezione materna .
18 settimane (virus eliminato con le urine fetali)
- Sensibilità : 85-95% (falsi positivi - falsi negativi), PCR
negativa si correla a una buona prognosi
- I feti sintomatici presentano una viral load più elevata
rispetto ai feti non sintomatici (significatività
statistica dimostrata in pochi studi) , Studio recente cut-
off 1,310,520 copie sens 67-7% , spec 84,3 % anche in
assenza di segni ecografici o RNM
- PCR su sangue fetale , viral load più elevata nei feti con
severa sintomatologia
- Trombocitopenia su prelievo di sangue fetale (non raccomandata)
- Promettente l'identificazione del genoma virale
nella placenta mediante CVS a 12 settimane

Prevenzione secondaria

Terapia antivirale materna

- **Valaciclovir** (2gr ogni 6h/8 gr die) somministrato dalla diagnosi fino all'amniocentesi determina una significativa riduzione del rischio di trasmissione verticale (e riduzione del rischio di morbidità fetale e neonatale correlata all'infezione da CMV nel primo trimestre (non riduzione nel periodo preconcezionale , II e III trimestre)

- Metanalisi AJOG 2023:

527 pazienti che hanno mostrato una riduzione del 65 % del tasso di trasmissione verticale di CMV sia per il periodo periconceppimento e il primo trimestre e un diminuzione del 70 % del tasso di infezione neonatale per entrambi questi periodi.

Inoltre, valaciclovir è stato associato con riduzione dell'80% del tasso di TOP a causa di CMV-associati gravi risultati fetali. Infine, il tasso complessivo di effetti collaterali gravi è stato 2,1 %

• Immunoglobuline : risultati contrastanti ancora non raccomandate

Ecografia/RNM

- Anomalie cerebrali
 - Anomalie extracerebrali
 - Anomalie del liquido amniotico e della placenta
- Comparsa tardiva
(dopo 12-14 settimane)

Ultrasound findings in fetal infection with CMV (adapted from Leruez-Ville

Vai alla pagina 9

Placental findings

Placentomegaly and placental calcifications 2 %

Extracerebral findings

Small for gestational age (SGA) or fetal growth restriction (FGR) 9 %

Hyperechogenic bowel 13 %

Pericardial effusion, pleural effusion, hydrops, skin edema ~ 1 %

Ascites 4.2 %

Hepatomegaly and/or splenomegaly 3.8 %

Liver calcifications 1.2 %

Polyhydramnios < 1 %

Oligohydramnios 3.4 %

Cerebral findings

Microcephaly 6 %

Hydrocephalus 3.6 %

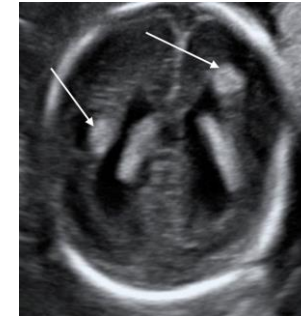
Ventriculomegaly 6.1 %

Cerebral calcifications 6.3 %

Hyperechogenic periventricular halo 3 %

Subependymal cysts 1.7 %

Abnormal gyration (heterotopias and polymicrogyria) <1%



Sensibilità

- 35% : se infezione fetale sconosciuta
- 90-95% : PCR positiva
- RNM : raccomandata tra 28-32 settimane (sens 95%)

Infezione nel 1 ° Trimestre

30-40%

Rischio infezione vericale

Trattamento con valaciclovir

Amniocentesi
18 settimane

PCR -CMV
Positiva

PCR -CMV
Negativa

Continua terapia (opzionale)
Counseling viral-load
Ecografia 2-4 settimane
RNM 28-30 settimane

Counseling Eco/RNM

Sospeso VCV
Counseling :
• Basso rischio
per infezione
tardiva
• Rischio
assente per
sequele a
lungo termine

Management di attesa
Fino al parto

feto
asintomatico
(permane un
certo rischio
per la sordità
17%)

feto
Sintomatico
moderata

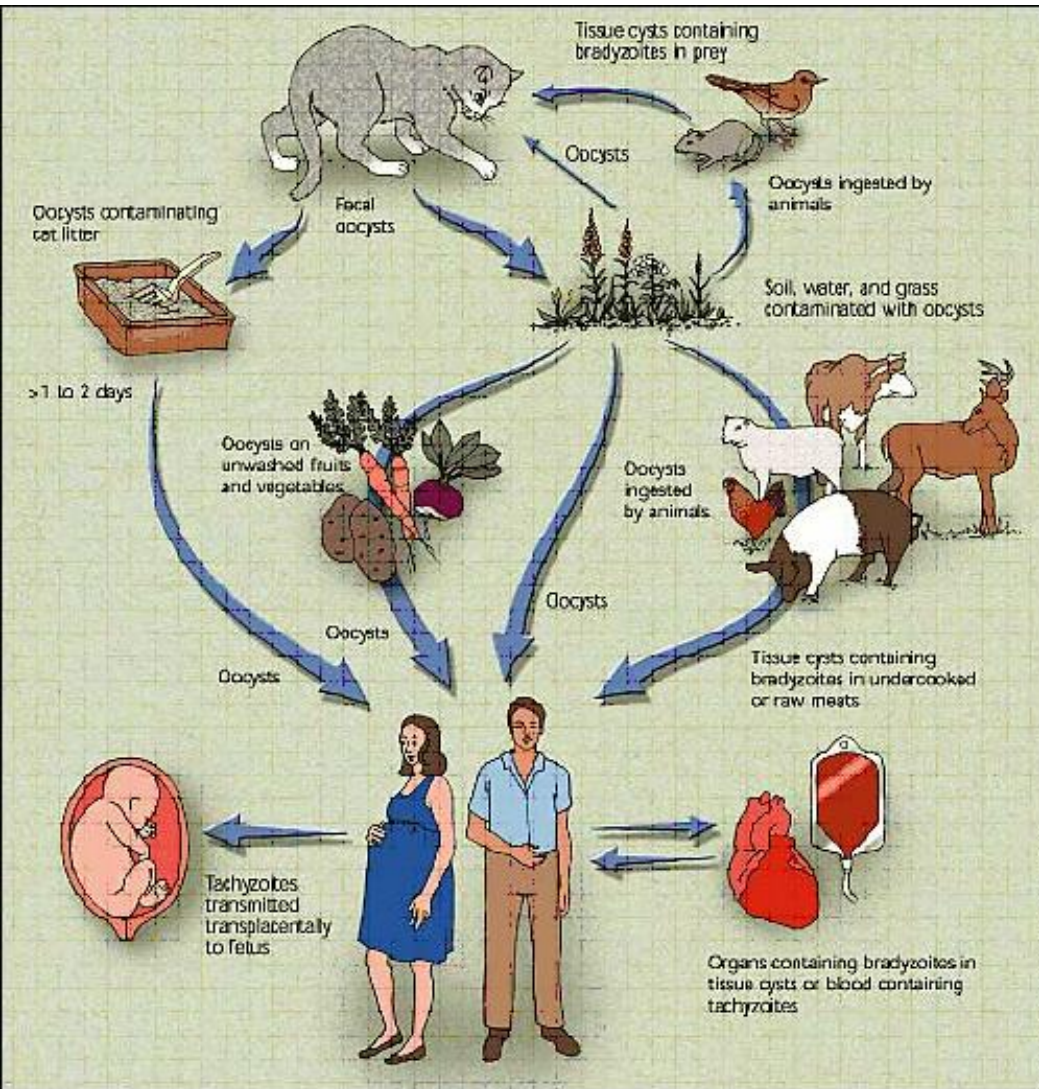
feto
Sintomatico
Grave

Toxoplasmosi

1. Lo screening sierologico della toxoplasmosi deve essere offerto a tutte le donne in gravidanza alla prima visita e ripetuto ogni 4-6 settimane, se il primo esame risulta negativo, fino al termine della gravidanza

2. Informazioni sulla toxoplasmosi e sulle misure igieniche e i comportamenti in grado di ridurre il rischio di acquisizione dell'infezione devono essere offerte a tutte le donne in gravidanza che risultano negative al test sierologico

Toxoplasmosi



© 2003 MARCIA HARTSOCK

1. ingestione del parassita **attraverso feci di gatto** infette nel periodo in cui elimina il parassita (1-2 settimane)

- acqua contaminata da feci di gatto infette
- cibo contaminato da feci di gatto infette, in particolare le verdure dell'orto dove i gatti possono andare a defecare
- durante la manipolazione di feci di gatto
- durante il giardinaggio se la zona è contaminata

2. ingestione del parassita presente **nella carne cruda** o poco cotta (nella carne il parassita è presente in piccole cisti nei muscoli; anche il pesce può essere contaminato nei casi in cui ingerisca feci di gatto infette, quindi pesci pescati vicino alle fognature)

3. **nel latte crudo** di animali infetti (la pastorizzazione inattiva il parassita)

4. **infezione per via congenita, cioè passaggio del parassita dalla madre al feto attraverso la placenta.**

Il problema della infezione da toxoplasmosi in gravidanza

Infezione fetale transplacentare

- in epoca periconcezionale e nelle prime settimane di gravidanza: rischio di infezione acquisita
- Infezione acquisita nel III° trimestre: rischio di trasmissione
- Epoca di trasmissione dell'infezione e gravità della toxo congenita: inversamente correlate.

Manifestazioni cliniche

- Forme diffuse: disseminazione pluriviscerale; in genere esitano in aborto o morte endouterina
- Forme a localizzazione neuro-oculare: tetrate di Sabin (idrocefalo, corioretinite, calcificazioni endocraniche, convulsioni)
- Forme silenti: si manifestano a 6-12 mesi di vita, soprattutto come corioretinite
- Forme tardive: manifestazioni oculari o sordità
- Tra le sequele a lungo termine è frequente il ritardo mentale

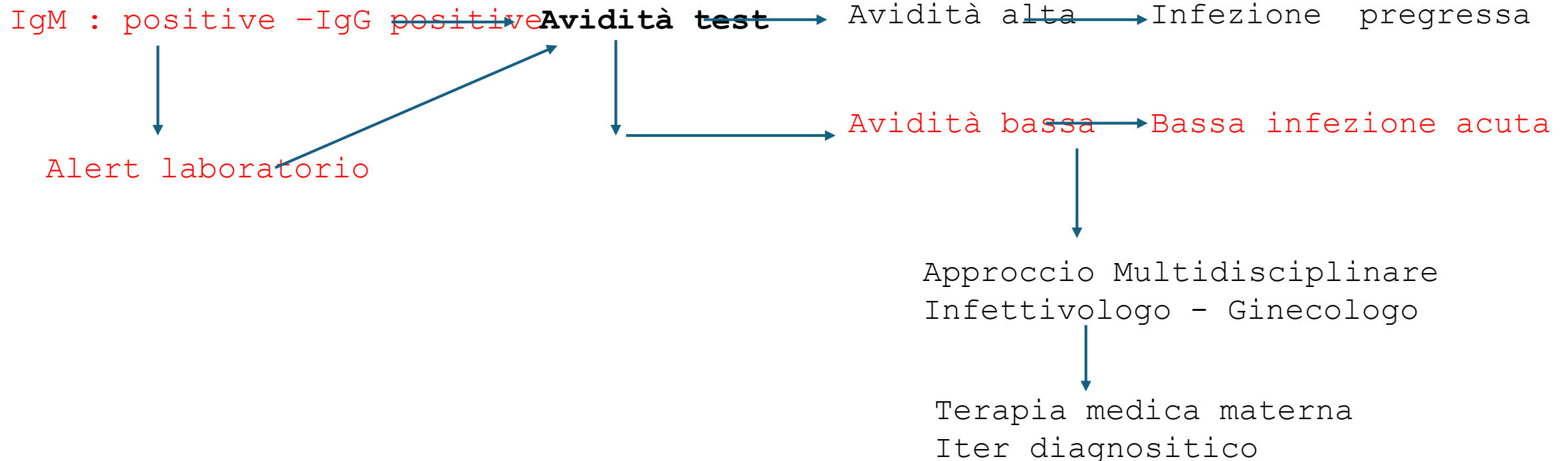


Ruolo del Ginecologo/Ostetrica

SCREENING SIEROLOGICO Al primo controllo 6-8 settimane

IgM : negativo / IgG ~~negativo~~ Assenza di immunità → Misure profilattiche
Ripetizione periodica

IgM : negativo / IgG ~~Positivo~~ Paziente immune



Diagnosi di infezione fetale

Amniocentesi

La diagnosi si basa sul riscontro del DNA (PCR) del toxoplasma su LA ottenuto mediante amniocentesi 4 settimane dopo l'infezione materna (18 settimane).

Sensibilità di diagnosi circa del 90 %, un basso numero di FP

FN : Bassa concentrazione di DNA (prognosi migliore)

Terapia e Monitoraggio (Gestione Multidisciplinare)

Positività Sierologica

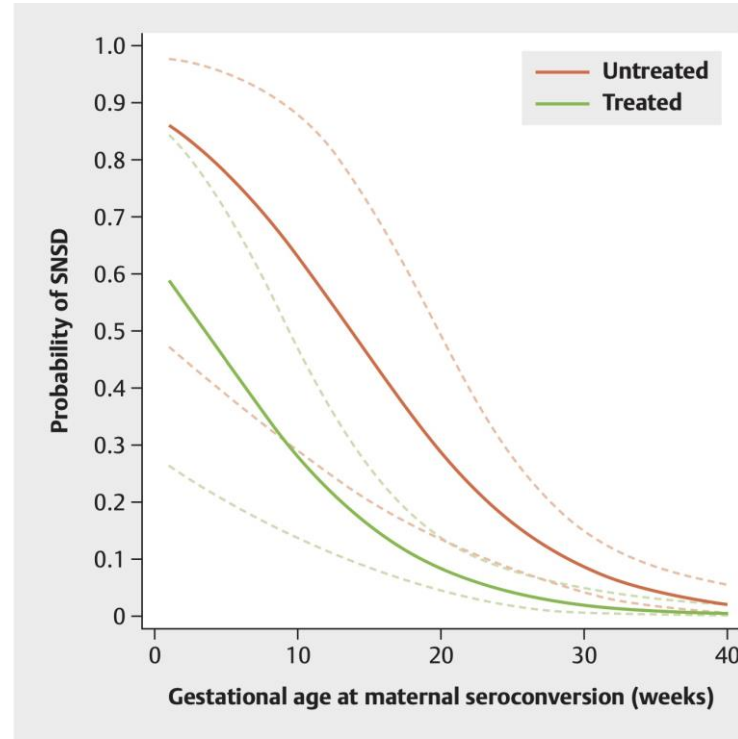
- Spiramicina fino a termine di gravidanza (previene la

Infezione Fetale (PCR positiva LA)).

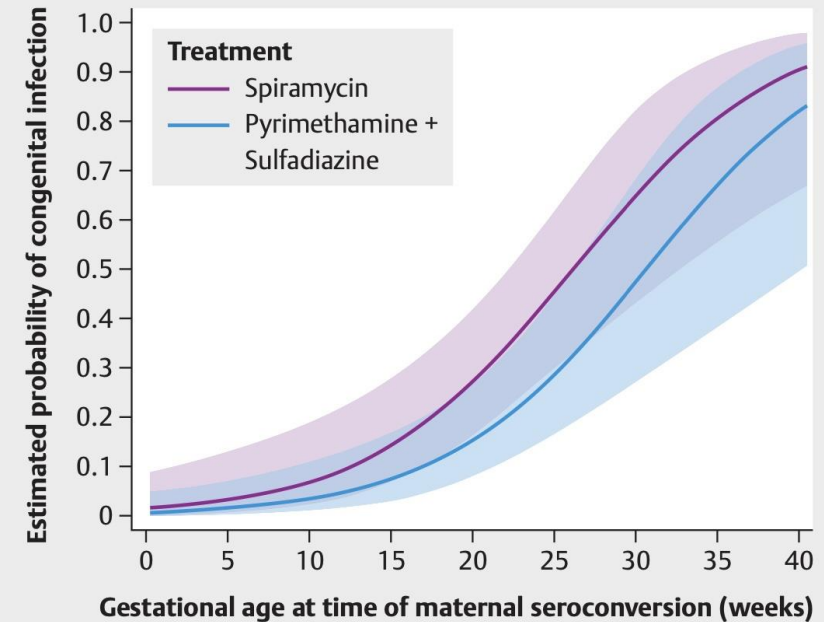
- Pirimetamina ,
Sulfadiazina , Ac.
Folico

Ecografia ostetrica esperta

- mensile



► **Fig. 4** Probability of serious neurological sequelae or death of infected fetuses (including abortion) depending on the time of maternal seroconversion and treatment [51].



► **Fig. 6** Probability of congenital infection depending on gestational at maternal seroconversion and medication used for treatment (spiramycin vs. pyrimethamine and sulfadiazine) [49].

Toxoplasma gondii Infection in Pregnancy– Recommendations
of the Working Group on Obstetrics and Prenatal Medicine
(AGG– Section on Maternal Disorders)
<https://doi.org/10.1055/a-2111-7394>

Toxoplasmosi

Sintesi delle raccomandazioni

- La diagnosi di infezioni da toxoplasmosi materna può essere ottenuti mediante analisi sierologica delle IgG-IgM . In caso di IgM positive o incerte con IgM negative ripetizione dopo due settimane .Se i risultati rimangono invariati, il risultato è probabilmente falso positivo.
- Un'elevata avidità di IgG entro le prime 12-16 settimane di gravidanza esclude essenzialmente infezione materna durante la gravidanza
- Un laboratorio di riferimento esperto risultati sierologici non conclusivi
- Infezione fetale dovrebbe essere diagnosticata con il riscontro del DNA del Toxoplasma su LA Amniocentesi deve essere posticipata di almeno 4 settimane dopo la prima infezione ed eseguita dopo 18 settimane di gestazione di gravidanza
- **Spiramicina (1-g compressa assunta per via orale tre volte al giorno fino alla fine della gravidanza) in assenza di trasmissione verticale confermata) dalla sieroconversione**
- **Se la trasmissione verticale è confermata, infezione fetale dovrebbe essere trattato con spiramicina solo per 1 settimana (1-g compressa tre volte al giorno), seguita da pirimetamina (50 mg una volta al giorno) più sulfadiazina (1 g tre volte giornaliero) più acido folinico (50 mg settimanale) durante gravidanza e**
- **proseguita nel neonato**
- Il follow-up prevede ecografia ogni 4 settimane con studio del cervello, occhi e valutazione della crescita
- **Le donne dovrebbero essere informate che, anche se ecografie normali permane il rischio di circa il 30% per le sequele a lungo termine, in particolare corioretinite che occasionalmente causa perdita della vista**

Rosolia

Sospeso lo screening

Raccomandazioni

1. Lo screening della rosolia **non deve essere** offerto alle donne in gravidanza
2. La vaccinazione anti-rosolia deve essere offerta nel post partum a tutte le donne che non abbiano documentazione di avvenuta vaccinazione
3. 3. Informazioni su strategie di prevenzione della diffusione di rosolia nella popolazione, sulla esposizione in gravidanza, sulla gratuità dei test per verificare la suscettibilità e sulla vaccinazione in periodo preconcezionale devono essere offerte a tutte le donne in gravidanza.

raccomandazioni forti, qualità delle prove molto bassa

Le Raccomandazioni 1-3 sono sostenute da:

- il mutamento del quadro epidemiologico italiano, conseguente all'eliminazione della trasmissione endemica della rosolia in Italia dal 2021
- l'assenza di un trattamento che prevenga o riduca la trasmissione verticale in caso di infezione materna da rosolia in gravidanza
- la controindicazione alla vaccinazione in gravidanza e la sua indicazione in epoca preconcezionale

Rischi fetali

Epoca gestazionale	Trasmissione	Danno Fetale
< 12 settimane	90%	97%
12-16 settimane	55%	20%
> 16 settimane	45%	minimo

Rischio di reinfezione < 5%

Sierologia

IgM positive IgG positive (tasso di falsi positivi IgM 15-50%)

Test di avidità basso

Infezione fetale

- Sordità
- Malformazioni cardiache
- Difetti oculari
- FGR
- Porpora trombotica-trombocitopenica epato-splenomegalia
- Ritardo nello sviluppo neurologico
- Endocrinopatie



Diagnosi
amniocentesi 18-20
settimane
(nelle 6 settimane
dall'infezione
primaria alto
rischio di falsi
negativi)

Parvovirus

Incidenza infezione in gravidanza : 1-2%

Rischio di trasmissione verticale 25.30%

Recettore presente sui GR -Miocardio -Placenta

Outcome

- Risoluzione spontanea
- Rischio di morte perinatale

Anemia fetale (blocco dell'eritropoiesi - crisi aplastiche) ➤ 30% feti idropici

Midollo - Aree eritropoiesi extra-midollare(fegato milza) ➤ 20% non idropici

- Sequele neurologiche a distanza
 - 10 % nei feti idropici
 - Trascurabile nei feti non idropici

Anemia-epatite-ipoalbuminemia-trombocitopenia

Idrope (4-13 %)

Scompenso cardiaco (morte endouterina 50%)

Screening sierologico

Pazienti in che hanno avuto contatto con un individuo infetto, che presentano il rash cutaneo che hanno un feto idropico

Poiché le IgM possono dare falsi negativi, soprattutto in pazienti asintomatiche, un risultato IgM negativo una donna con forte sospetto di infezione da parvovirus B19 si dovrebbero integrare indagini molecolari

IgM-IgG negative (in caso di contatto ripetere l'esame dopo 4 settimane). IgM FN 20-40% pazienti asintomatiche

Table 2. Classification of maternal intrauterine parvovirus B19 infection according to laboratory tests.

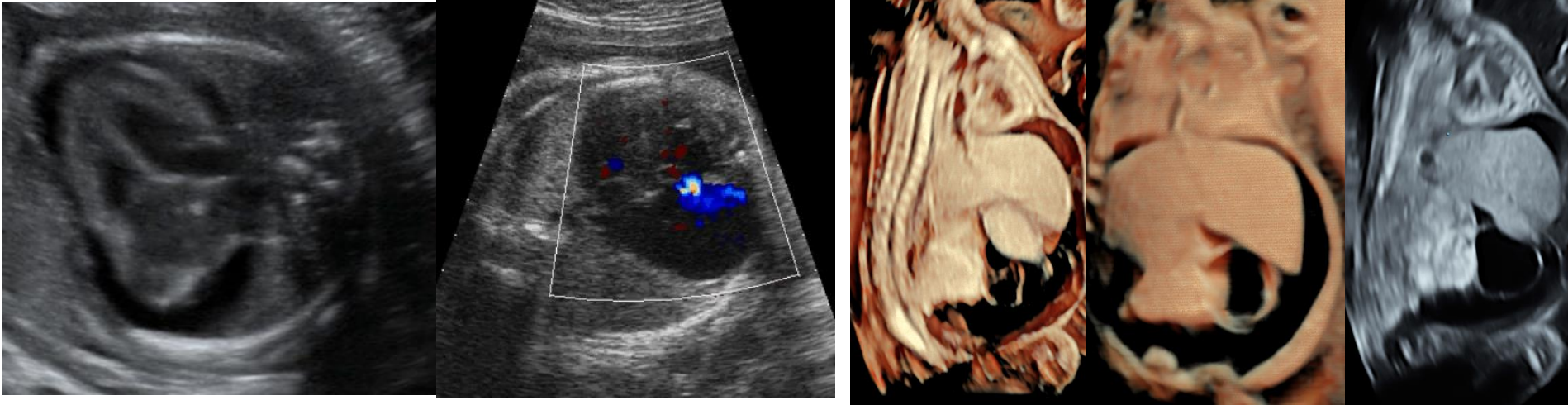
Classification	Definition
Recent infection	IgG and IgM negative previously with results showing seroconversion during pregnancy
	OR
	IgG and IgM positive, repeat test in 2 weeks with increasing IgG titers
Previous infection	OR
	IgG negative with IgM positive, repeat test in 2 weeks and IgG becomes positive
	IgG positive with IgM negative
Non-immune (susceptible)	OR
	IgG and IgM positive, repeat test in 2 weeks with plateau IgG titers
	IgG e IgM negative
False positive	IgG negative with IgM positive, test repeated in 2 weeks and IgG remains negative
Congenital infection	PCR positive for parvovirus B19 in fetal blood collected by cordocentesis

Diagnosi di infezione fetale

Ecografia

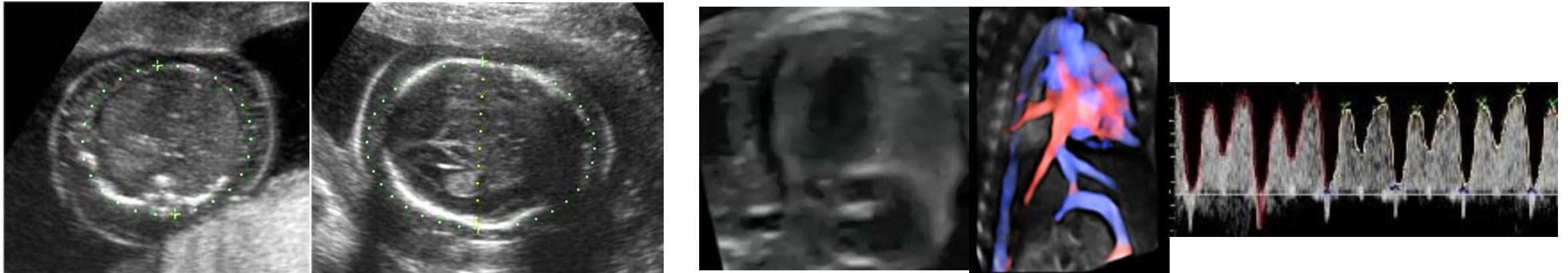
cardiomegalia

Epatomegalia ascite



Scompenso

Idrope



Infezione fetale

Il tasso di trasmissione materno-fetale del parvovirus B 19 varia fra il 25-33%, con un rischio particolarmente elevato fra le 9-20 settimane gestazionali.

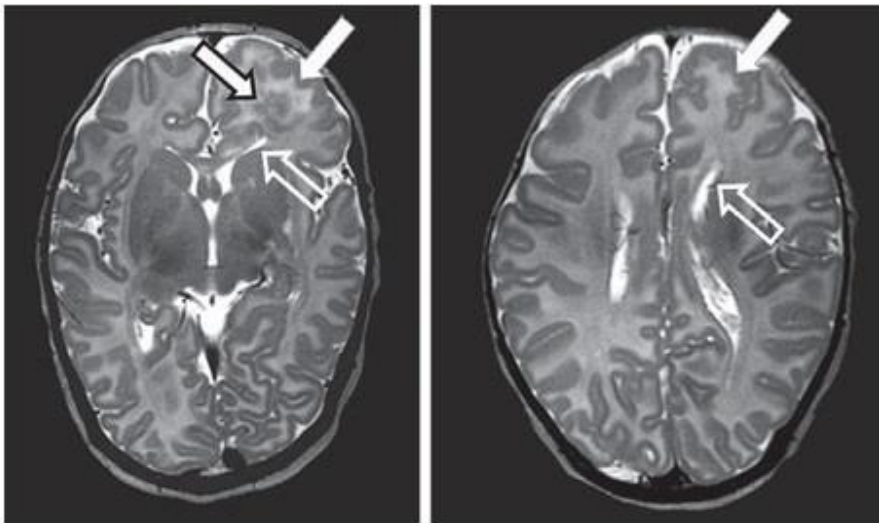
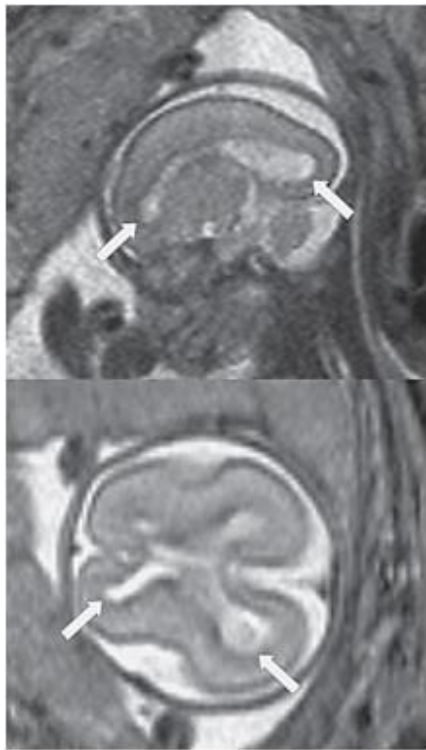
o Aborto spontaneo: 13% dei casi se l'infezione viene contratta prima delle 20 sg

o Idrope non immune, edema placentare con spesso associata a cardiomegalia.

1° trimestre il rischio di idrope è del 5-10%

13-20 settimane il rischio di idrope è del 5%

dopo le 20 settimane il rischio di idrope è del 1-1%
Altri segni: intestino iperecogeno, peritonite da meconio, aumentata NT nel 1° trimestre, ma anche ventricolomegalia ed anomalie dello sviluppo corticale (polimicrogiria ed eterotopia cerebrale)



Esiti neurologici – Case Reports

Table 2 Reports of Infants with Congenital Parvovirus B19 Infection and Central Nervous System Abnormalities

Reference	Gestational Age at Birth (wk)	Gestational Age at Exposure (wk)	Clinical Findings	CNS Findings	Prenatal Diagnostics	Postnatal Diagnostics	Outcome
Katz et al (1996) ^B	34	Unknown	Anemia, multisystem organ failure	Cortical dysplasia, architectural disruption of cerebral cortex, ventricular dilation	IgM + (fetal serum)	ND	Died
Katz et al (1996) ^B	28	Unknown	Hydrops, multisystem organ failure, respiratory failure	Hydrocephalus, dilation of lateral and third ventricle	IgM + (maternal and fetal serum)	ND	Died
Isumi et al (1999) ¹⁰	27	15	Hydrops	Calcifications in cerebral cortex, multinucleated giant cells	IgM + (maternal serum), PCR + (amniotic fluid)	IgM –, IgG +	Died
Pistorius et al (2008) ⁴	41	16	Anemia, hydrops	Enlargement of left frontal horn, left frontal polymicrogyria	IgM + (maternal and fetal serum), PCR + (amniotic fluid)	IgM –, IgG +, PCR –	Survived
This report	39	Unknown	Anemia, hydrops, congenital heart disease	Dilation of the lateral and third ventricles, extensive polymicrogyria	ND	IgM –, IgG +, PCR +	Survived

CNS, central nervous system; Ig, immunoglobulin; ND, not done; PCR, polymerase chain reaction.

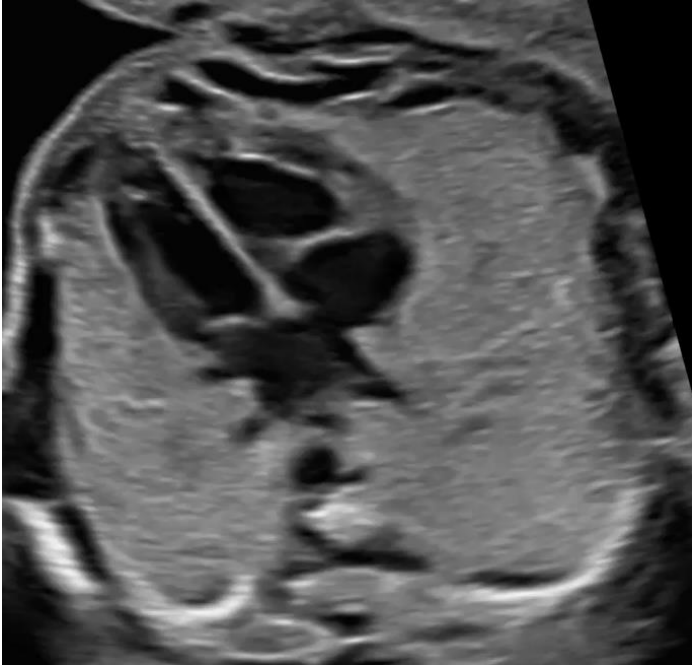
parvovirus B19 has the potential to disrupt normal neurodevelopment or consequences of severe anemia?

Pistorius, L.R.; et Al. Disturbance of cerebral neuronal migration following congenital parvovirus B19 infection. *Fetal Diagn. Ther.* 2008

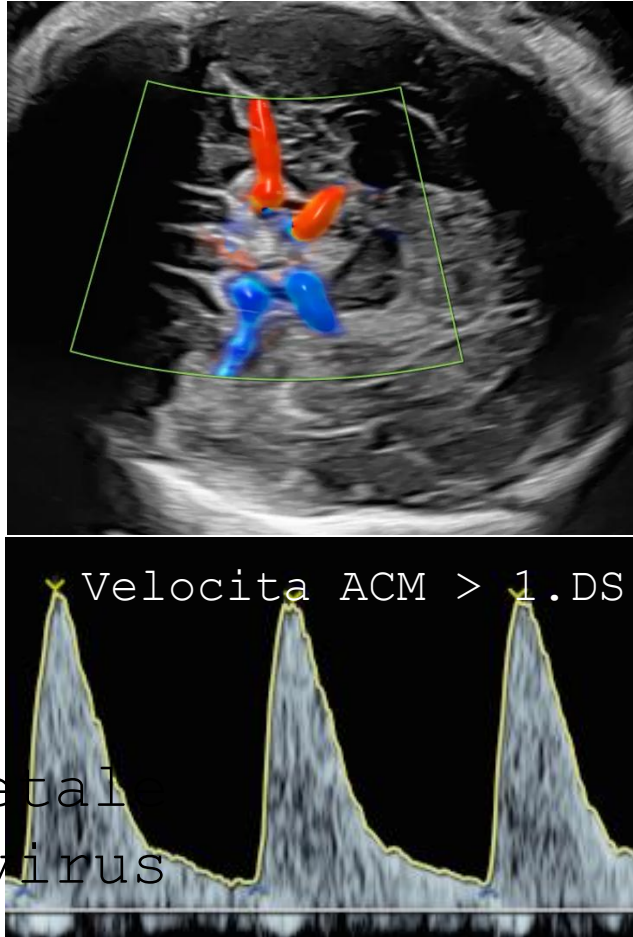
Schulert, G.S.; Walsh, W.F.; Weitkamp, J.H. Polymicrogyria and congenital parvovirus b19 infection. *AJP Rep.* 2011

Monitoraggio

Ecografia



Doppler ACM



Il monitoraggio ecografico deve iniziare 4 settimane dopo l'infezione o dalla sieroconversione e essere eseguito ogni 1-2 settimane successivamente fino a 12 settimane dopo l'infezione

Diagnosi anemia fetale
nei casi di parvovirus

- Sens 94%
- Spec 93%

amniocentesi, indicata solo in caso di idrope e quadro di anemia fetale severa

Criteri prognostici

MEF ed esiti

- perinatatali
• presenza di idrope: **MEF** nel 29% nei feti idropici vs 5,5% nei feti non idropici

Risoluzione spontanea dell'anemia nel 5,2% dei feti con idrope

VS 49,6% dei feti non idropici

- dall'età gestazionale al momento della diagnosi e della terapia rischio massimo prima delle 20 sg
- anemia grave o idrope possono rappresentare un **fattore di rischio indipendente** a lungo termine per le sequele neurologiche

In assenza di evidenza ecografica di sequele fetali entro 8-12 settimane dall'esposizione è improbabile un esito avverso

80% MEF
entro 4
settimane
dall'infez
ione
fetale

La trasfusione riduce il rischio di MEF (odds ratio, 0,14; 95%CI, 0,02-0,96) e risolve l'idrope nel 55% dei feti Trasfondo eritrociti maturi che sono meno suscettibili all'infezione da parvovirus o Sangue da un donatore sieropositivo per le IgG del parvovirus, può conferire immunità passiva

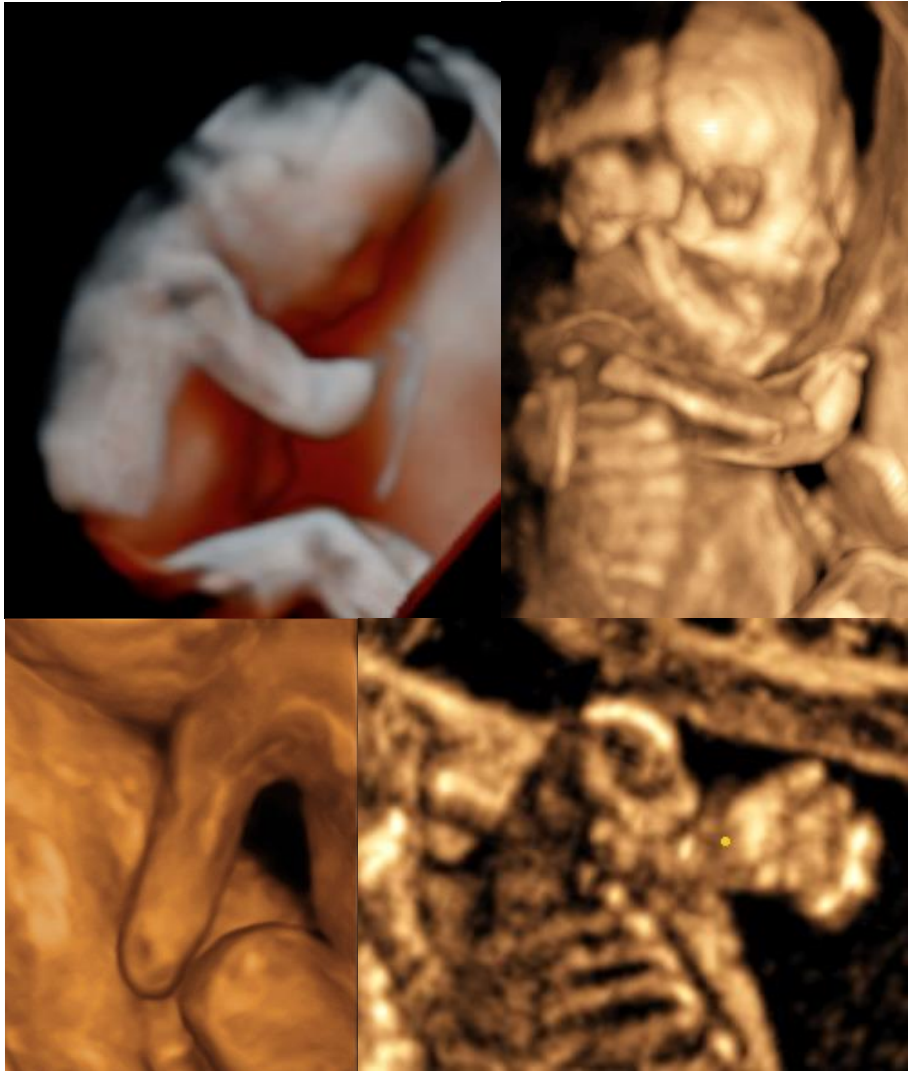
Varicella

Incidenza 3: 1000 gravidanze

Rischio di sindrome da varicella
congenita : 0.5% prima delle 13
settimane , 2% tra le 13 e le 20
settimane

Non rischi fetali se contratta tra le 20-36 sett

25% dopo le 36 settimane



Sindrome da varicella congenita

- Polidramnios
- Difetti cutanei
- Anomalie agli arti
- Anomalie cerebrali
- Microftalmia
- Corioretinite
- Cataratta
- Atrofia nervi ottici

Diagnosi: PCR su LA

Management e terapia

- Infezione prima delle 20 settimane
: monitoraggio ecografico da
iniziare 5 settimane dopo
l'infezione
- Ecografia di riferimento con
ostetrico esperto
- Acyclovir entro 24h dalla comparsa
del rash cutaneo (non dati certi
sui benefici)

Conclusioni

Le infezioni rappresentano un problema importante in gravidanza

Gli attuali progressi sia in ambito diagnostico che terapeutico ne hanno migliorato la prognosi

Un approccio multidisciplinare e un percorso specifico è determinante per la corretta gestione

Grazie per l'attenzione