Κεφάλαιο 11

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Βασιλική Παπαευαγγέλου

1. Εισαγωγή

Αίτια: κυτταρομεγαλοϊός (CMV), τοξόπλασμα, ωχρά σπειροχαίτη (σύφιλη), ιός απλού έρπητα, ιός ανεμευλογιάς-έρπητα ζωστήρα και παρβοϊός.
Μετάδοση: οι περισσότερες λοιμώξεις μεταδίδονται διαπλακουντιακά κατά τη διάρκεια της κύησης.
Διάγνωση: η διάγνωση της λοίμωξης της εγκύου μπορεί να τεθεί προγεννητικά λόγω συμπτωματικής νόσου της μητέρας (σπάνια) ή λόγω ευρημάτων του υπερηχογραφικού ελέγχου του εμβρύου (υπερηχογενές έντερο, μικροκεφαλία). Επίσης, κατά τη διάρκεια του προγεννητικού ελέγχου συχνά έχουμε ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων (CMV, toxoplasma, σύφιλη) που οδηγούν σε περαιτέρω έλεγχο της εγκύου ή/και του εμβρύου και σε θεραπευτική παρέμβαση. Τέλος, νεογνά με συμπτώματα κατά τη γέννηση ελέγχονται για πιθανή συγγενή λοίμωξη. Σημεία και συμπτώματα ενδεικτικά συγγενούς λοίμωξης περιλαμβάνουν: μικροκεφαλία, καταρράκτη, ηπατοσπληνομεγαλία, εξάνθημα, πετέχειες, συμμετρικά υπολειπόμενη ανάπτυξη, κ.λπ. Σημειωτέον ότι, νεογνά με συγγενή λοίμωξη συχνά είναι ασυμπτωματικά στη γέννηση.
Στο κεφάλαιο αυτό δεν θα αναφερθούμε στην κάθετη μετάδοση ιογενών χρόνιων λοιμώξεων, όπως είναι η HBV, HCV και HIV.
Μεγάλη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας ακόμα και πριν την έναρξη κύησης για την ολοκλήρωση της εμβολιαστικής τους κάλυψης, τους εμβολιασμούς κατά τη διάρκεια της κύησης (dTap, γρίπης, RSV) αλλά και τους κανόνες υγιεινής που θα πρέπει να τηρούν για την αποφυγή νέων λοιμώξεων κατά την κύηση.

2. Συγγενής λοίμωξη από Κυτταρομεγαλοϊό (cCMV)

Η λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό (CMV) είναι η συχνότερη συγγενής λοίμωξη και αποτελεί συχνό αίτιο βαρηκοΐας και νευροαναπτυξιακών διαταραχών.
Η πρωτογενής πρόληψη, με την ενημέρωση των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας για τους τρόπους πρόληψης λοίμωξης με τη τήρηση κανόνων υγιεινής, είναι ιδιαίτερα σημαντική.

2.1. Διάγνωση και θεραπεία της εγκύου

Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι 60-65% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας έχουν ανοσία έναντι του CMV.

Ο ορολογικός έλεγχος των εγκύων για CMV περιλαμβάνει IgG και IgM αντισώματα και πρέπει να γίνεται στο 1ο τρίμηνο της κύησης, κατά την πρώτη επίσκεψη και όσο το δυνατόν πιο νωρίς. Σε περίπτωση διάγνωσης οξεία λοίμωξης (IgM+/IgG+) θα πρέπει άμεσα να διενεργείται έλεγχος για χημική συγγένεια (avidity) των IgG αντισωμάτων. Σε περίπτωση χαμηλής συγγένειας (ενδεικτικό πρόσφατης λοίμωξης εντός του τελευταίου τριμήνου) η έγκυος θα πρέπει να παραπέμπεται σε κέντρο αναφοράς για άμεση έναρξη αντιϊκής αγωγής (βαλακυκλοβίρη σε δόση 2g κάθε 6 ώρες, per os) με στόχο τη πρόληψη κάθετης μετάδοσης. Οι οροαρνητικές (επίνοσες) έγκυες θα πρέπει να επανελέγχονται με ορολογικό έλεγχο CMV IgG/IgM κάθε 4 εβδομάδες μέχρι την 14η - 16η εβδομάδα κύησης. Αν εμφανίσουν ορομετατροπή επιβεβαιώνεται πρωτοπαθής λοίμωξη πρώτου τριμήνου και χρήζουν αγωγής όπως προαναφέρθηκε. Η έγκυος γυναίκα παρακολουθείται υπερηχογραφικά σε όλη τη διάρκεια της κύησης και η παρουσία φυσιολογικού υπερηχογραφήματος φαίνεται να έχει μεγάλη αρνητική προγνωστική αξία (95%) για την παρουσία συμπτωματικής νόσου στο νεογνό. Η διάγνωση της κάθετης μετάδοσης τεκμηριώνεται είτε με αμνιοπαρακέντηση (από την 17η εβδομάδα κύησης και τουλάχιστον 6 εβδομάδες μετά την ορομετατροπή). Σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες, η χορήγηση βαλακυκοβίρης στην έγκυο διακόπτεται επι αρνητικής αμνιοπαρακέντησης, καθώς μετάδοση μετά την 20ή εβδομάδα κύησης δεν έχει σοβαρές μακροχρόνιες επιπτώσεις για το έμβρυο.
Τέλος, σημειώνεται ότι ακόμα και άνοσες γυναίκες (IgG+/IgM-) μπορεί να επαναμολυνθούν από άλλο στέλεχος του ιού κατά τη διάρκεια της κύησης, ιδιαίτερα εάν εκτίθενται σε μικρά παιδιά ή ζουν σε συνωστισμό. Συνεπώς, θα πρέπει να παρέχεται σε όλες τις έγκυες, ανεξάρτητα από ορολογικό έλεγχο, συμβουλευτική αποφυγής έκθεσης σε βιολογικά υγρά (σάλιο και ούρα) κατά τη διάρκεια της κύησης.

2.2. Διάγνωση και θεραπεία του νεογνού

Τα νεογνά γυναικών με γνωστή λοίμωξη κατά τη κύηση ελέγχονται στη γέννηση (εντός των πρώτων 3 εβδομάδων ζωής) με ανίχνευση CMV DNA στα ούρα. Επίσης θα πρέπει να ελέγχονται για πιθανή CMV λοίμωξη όλα τα νεογνά με νευροαισθητήρια βαρηκοΐα (SNHL), καθώς και νεογνά με σημεία, συμπτώματα και εργαστηριακά ευρήματα συμβατά με συγγενή CMV λοίμωξη. Στα νεογνά με τεκμηριωμένη CMV λοίμωξη θα πρέπει να διενεργηθεί περαιτέρω έλεγχος που θα περιλαμβάνει εργαστηριακό έλεγχο (γενική αίματος και βιοχημικό έλεγχο), ακουολογικό έλεγχο (Otoacoustic Emission Test-OAE και Auditory Brainstem Response-ABR), βυθοσκόπηση και υπερηχογράφημα εγκεφάλου. Μαγνητική εγκεφάλου διενεργείται σε νεογνά υψηλού κινδύνου, δηλαδή νεογνά με παθολογικό υπεηχογράφημα καθώς και νεογνά μητέρων με CMV πρωτολοίμωξη στο 1ο τρίμηνο κύησης (καθώς και στα νεογνά με άγνωστο τρίμηνο μετάδοσης).
Σε παιδιά με συμπτωματική λοίμωξη ή σε παιδιά με ευρήματα από τον προαναφερθέντα έλεγχο (ιδιαίτερα αν γεννήθηκαν μετά από λοίμωξη μητέρας στο 1ο τρίμηνο) συνιστάται η χορήγηση αντιϊκής αγωγής με βαλγκανσικλοβίρη (Valcyte 16 mg/kg ανά 12ωρο, per os) για 6 μήνες. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας διενεργείται τακτικός εργαστηριακός έλεγχος για πιθανή ουδετεροπενία. Όταν δεν είναι δυνατή η από του στόματος αγωγή χορηγείται ενδοφλέβια αγωγή με γκανσικλοβίρη. Τα παιδιά με CMV θα πρέπει να παρακολουθούνται προοπτικά από εξειδικευμένα κέντρα για τη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση SNHL και νευροαναπτυξιακών διαταραχών.
Η πρόγνωση εξαρτάται από τη συμπτωματολογία και τα εργαστηριακά ευρήματα στη γέννηση αλλά και από το τρίμηνο κύησης της λοίμωξης της μητέρας. Σε παιδιά με συμπτωματική CMV λοίμωξη και αυτά που γεννήθηκαν μετά από λοίμωξη της μητέρας στο 1ο τρίμηνο η πρόγνωση είναι επιφυλακτική.

3. Συγγενής τοξοπλάσμωση (ΣΤ)

Η συγγενής τοξοπλάσμωση, αν και λιγότερη συχνή, συνδέεται με σοβαρή νοσηρότητα. Η ενημέρωση για τις σωστές πρακτικές έκθεσης στο τοξόπλασμα, των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας και των οροαρνητικών εγκύων είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η οξεία λοίμωξη της μητέρας με *Toxoplasma gondii* μπορεί να είναι

ασυμπτωματική. Συνεπώς, η έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία των εγκύων γυναικών με οξεία λοίμωξη από τοξόπλασμα είναι εξαιρετικής σημασίας, καθώς συμβάλει τόσο στη μείωση της κάθετης μετάδοσης όσο και στη καλύτερη έκβαση της λοίμωξης στο προσβεβλημένο έμβρυο.

3.1. Διάγνωση και θεραπεία της εγκύου

Οι οροαρνητικές έγκυες θα πρέπει να ελέγχονται με ορολογικό έλεγχο συχνά κατά τη κύηση (σε κάθε τρίμηνο) για έγκαιρη διάγνωση λοίμωξης και χορήγηση αγωγής με per os ροβαμυκίνη (1g κάθε 8 ώρες) με στόχο τη πρόληψη κάθετης μετάδοσης. Η διάγνωση τίθεται με αμνιοπαρακέντηση σε περιπτώσεις με γνωστή ορομετατροπή κατά τη κύηση ή στη περίπτωση υπερηχογραφικών ευρημάτων (π.χ. κοιλιομεγαλία). Σε περίπτωση διάγνωσης ΣΤ η μητέρα λαμβάνει αγωγή μέχρι το τέλος της κύησης με πυριμεθαμίνη (50 mg απαξ ημερησίως), σουλφαδιαζίνη (1500 mg ανά 12ωρο) και φυλλικό οξύ (25 mg δύο φορές την εβδομάδα).

3.2. Διάγνωση και θεραπεία του νεογνού

Κλινικά σημεία συμβατά με ΣΤ περιλαμβάνουν υδροκέφαλο, χοριοαμφιβληστροειδοπάθεια, σπασμούς, ηπατοσπληνομεγαλία. Κατά τη γέννηση, ανεξάρτητα από τη κλινική εικόνα, ο έλεγχος περιλαμβάνει, οφθαλμολογικό έλεγχο και νευροαπεικόνιση με υπερηχογράφημα και μαγνητική εγκεφάλου. Η πλειονότητα των παιδιών με ΣΤ είναι ασυμπτωματικά. Ο εργαστηριακός ορολογικός έλεγχος γίνεται με αναζήτηση ειδικών IgG, IgM και IgA αντισωμάτων μετά τη 10η ημέρα ζωής. Επίσης, αποστέλλεται δείγμα αίματος και ΕΝΥ για PCR σε κέντρο αναφοράς.

Η διάγνωση σε ασυμπτωματικά νεογνά τίθεται με αυξημένους τίτλους IgG αντισωμάτων νεογνού σε σχέση με αυτούς της μητέρας (>4x φορές αυτού της μητέρας) και ανίχνευση IgM ή/και IgA αντισωμάτων μετά τη 10η ημέρα ζωής. Η μη μείωση του τίτλου των IgG αντισωμάτων κατά τη παρακολούθηση και ιδιαίτερα η παραμονή θετικών αντισωμάτων μετά το 12ο μήνα ζωής τεκμηριώνουν τη διάγνωση της ΣΤ.

Σε περίπτωση σοβαρής υποψίας ή επιβεβαίωσης της ΣΤ χορηγείται αγωγή. Η αγωγή περιλαμβάνει πυριμεθαμίνη, σουλφαδιαζίνη και φυλλικό οξυ για τουλάχιστον 12 μήνες, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 1**. Σε περίπτωση προσβολής του ΚΝΣ (λεύκωμα ΕΝΥ ≥1 g/dL) ή αμφιβληστροειδοπάθειας προστίθεται πρεδνιζόνη, (1 mg/kg/ημέρα, σε 2 δόσεις) έως την επάνοδο της πρωτεΐνης ΕΝΥ στα φυσιολογικά επίπεδα και την υποχώρηση της φλεγμονής του αμφιβληστροειδούς.

Σε περίπτωση ασυμπτωματικού νεογνού που γεννήθηκε από μητέρα με γνωστή λοίμωξη που έλαβε θεραπεία, η απόφαση χορήγησης αγωγής στο νεογνό είναι εξατομικευμένη και βασίζεται στο ιστορικό λοίμωξης, τη θεραπεία που έλαβε η μητέρα, καθώς και τη δυνατότητα συμμόρφωσης της οικογένειας στην αγωγή και τη προοπτική παρακολούθηση. Εκτιμάται ο τίτλος των αντισωμάτων του νεογνού σε σχέση με αυτών της μητέρας, ενώ παρακολουθείται και ο τίτλος αντισωμάτων του νεογνού, που οφείλει να υποδιπλασιάζεται σε απουσία ΣΤ. Εφόσον αποφασιστεί να μη χορηγηθεί θεραπεία στο νεογνό, τότε η παρακολούθηση οφείλει να περιλαμβάνει τακτικό οφθαλμολογικό έλεγχο μέχρι την αρνητικοποίηση των IgG αντισωμάτων.

Σημαντικό να τονιστεί ότι παιδιά που έλαβαν αγωγή για ΣΤ θα πρέπει να έχουν τακτική οφθαλμολογική παρακολούθηση για υποτροπή της λοίμωξης και αμφιβληστροειδοπάθεια.

Πίνακας 1. Προτεινόμενο θεραπευτικό σχήμα για παιδιά με συγγενή τοξοπλάσμωση

Φάρμακα	**Δοσολογία**	**Διάρκεια**
Πυριμεθαμίνη	2 mg/kg/ημέρα, για 2 ημέρες, μετά 1 mg/kg/ημέρα, για 2-6 μήνες, μετά 1 mg/kg/ημέρα, 3 φορές την εβδομάδα.	1 έτος
Σουλφαδιαζίνη	50 mg/kg/ημέρα, 2 φορές την ημέρα	1 έτος
Λευκοβορίνη	10 mg, 3 φορές την εβδομάδα	1 έτος και 1 εβδομάδα μετά τη διακοπή της πυριμεθαμίνης

4. Συγγενής ερυθρά

Η συγγενής ερυθρά είναι σπάνιο νόσημα σήμερα, λόγω της υψηλής εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού. Ο μαιευτήρας οφείλει να ενημερωθεί για την εμβολιαστική κάλυψη της γυναίκας και να προβεί σε εμβολιασμό πριν την έναρξη επιθυμητής κύησης. Ο ορολογικός έλεγχος κατά την έναρξη κάθε κύησης περιλαμβάνει αντισώματα έναντι ερυθράς.

4.1. Διάγνωση λοίμωξης από ερυθρά στην έγκυο

Στη περίπτωση που ανιχνευθούν IgG(+)/IgM(+) έναντι ερυθράς θα πρέπει να ελεγχθεί το ιστορικό εμβολιασμού της εγκύου αλλά και τα επιδημιολογικά της περιοχής (επικοινωνία με ΕΟΔΥ), καθώς υπάρχει πιθανότητα ψευδώς θετικών IgM αντισωμάτων. Σε κάθε περίπτωση ο ορολογικός έλεγχος θα πρέπει να επαναλαμβάνεται άμεσα μαζί με έλεγχο χημικής συγγένειας IgG αντισωμάτων και η έγκυος να παραπέμπεται σε λοιμωξιολόγο. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ερυθρά είναι συχνά υποκλινική. Επίσης, σημειώνεται ότι έγκυες που δεν έχουν εμβολιαστεί και βρίσκονται κατά την έναρξη της κύησης οροαρνητικές (IgG-) θα πρέπει να ενημερωθούν για την αποφυγή έκθεσης, αλλά και να εμβολιαστούν με MMR κατά τη λοχεία (κατά προτίμηση πριν την έξοδο από το μαιευτήριο), προκειμένου να προστατευτεί η επόμενη κύηση.

4.2. Διάγνωση συγγενούς λοίμωξης

Σε περίπτωση ισχυρής υποψίας συγγενούς ερυθράς ο ιός μπορεί να ανιχνευτεί στο αίμα, ούρα και ΕΝΥ του νεογνού, καθώς και προγεννητικά στο αμνιακό υγρό, με PCR. Από τη κλινική εξέταση του νεογνού, κλινικά σημεία περιλαμβάνουν καταρράκτη, μικροκεφαλία, κώφωση, συγγενή καρδιοπάθεια, ηπατοσπληνομεγαλία. Δεν υπάρχει ειδική θεραπευτική αγωγή.

5. Συγγενής σύφιλη

Τα τελευταία χρόνια σημειώνεται σημαντική αύξηση των κρουσμάτων σύφιλης σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας αλλά και περιστατικών συγγενούς σύφιλης. Τονίζεται η ανάγκη ελέγχου όλων των γυναικών κατά την έναρξη της κύησης και η άμεση χορήγηση θεραπείας των προσβεβλημένων εγκύων με πενικιλίνη (benzathine penicillin G) για τη πρόληψη κάθετης μετάδοσης. Συνιστάται επανέλεγχος όλων των οροαρνητικών γυναικών υψηλού κινδύνου στο 3ο τρίμηνο της κύησης.

5.1. Διάγνωση

Η διάγνωση της συγγενούς σύφιλης θα τεθεί στο νεογνό είτε λόγω ειδικής συμπτωματολογίας (εξάνθημα, πυώδης ρινίτιδα, ηπατοσπληνομεγαλία, ψευδοπαράλυση λόγω οστεοχονδρίτιδας) ή πιο συχνά λόγω γνωστής λοίμωξης της μητέρας κατά τη κύηση. Ανεξάρτητα από το ιστορικό θεραπείας της μητέρας, όλα τα νεογνά χρήζουν λεπτομερή κλινικοεργαστηριακό έλεγχο. Επίσης, θα πρέπει να γίνει ορολογικός έλεγχος με VDRL ή RPR και ανίχνευση ειδικών αντιτρεπονημικών αντισωμάτων. Ο τίτλος αντισωμάτων του νεογνού δεν θα πρέπει να είναι >x4 αυτού της μητέρας. Επίσης, διενεργείται ΟΝΠ για την ανίχνευση της σπειροχαίτης με PCR στο ΕΝΥ. Σε όλα τα νεογνά διενεργείται οφθαλμολογικός έλεγχος και ακτινογραφίες μακρών οστών για τη διάγνωση της οστεοχονδρίτιδας.

5.2. Θεραπεία

Κρυσταλλική πενικιλλίνη G 50.000 IU/kg, IV, ανά 12 ώρες (νεογνά ηλικίας ≤7 ημερών) ή ανά 8 ώρες (νεογνά ηλικίας >7 ημερών ζωής) για 10 ημέρες. Η ουδός για τη χορήγηση θεραπείας στα νεογνά μητέρων που αναφέρουν λήψη αγωγής είναι χαμηλή, εκτός αν η μητέρα έλαβε αποδεδειγμένα επαρκή θεραπεία με πενικιλλίνη,

τουλάχιστον ένα μήνα πριν το τοκετό και έχει εμφανίσει σημαντική μείωση του τίτλου των τρεπονημικών αντισωμάτων της.

6. Λοίμωξη από απλό έρπητα (HSV)

Η λοίμωξη από τον ιό του απλού έρπητα κατά τη νεογνική ηλικία συνοδεύεται από σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα και απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση. Ιδιαίτερη σημασία έχει το γυναικολογικό ιστορικό και η καλή κλινική εξέταση των έξω γεννητικών οργάνων πριν το τοκετό για την ανεύρεση ύποπτων βλαβών. Στη περίπτωση που κατά τη κλινική εξέταση διαπιστωθούν βλάβες πιθανής λοίμωξης από HSV προτείνεται η διενέργεια καισαρικής τομής εκτός εάν υπάρχει ρήξη μεμβρανών διάρκειας >4 ωρών.

6.1. Διάγνωση

Επί υποψίας λοίμωξης της μητέρας από HSV θα πρέπει να γίνεται έλεγχος επιμόλυνσης/αποικισμού του νεογνού τη 2η ημέρα ζωής με έλεγχο καλλιεργειών επιφανείας (επιπεφυκότες, ρινικό, στοματοφάρυγγα και πρωκτού) για την ανίχνευση HSV-DNA με PCR. Παράλληλα η κλινική εξέταση περιλαμβάνει λεπτομερή επισκόπηση για την διάγνωση εντοπισμένης λοίμωξης σε δέρμα/μάτια/στόμα (SEM disease) και εργαστηριακό έλεγχο που θα περιλαμβάνει βιοχημικό ελεγχο και ΟΝΠ.

6.2. Θεραπεία

Εξαρτάται από την εκτίμηση του βαθμού κινδύνου. Αν πρόκειται για νεογνό υψηλού κινδύνου γίνεται άμεσα έναρξη ακυκλοβίρης 20 mg/kg/δόση, κάθε 8 ώρες IV, και εφόσον οι καλλιέργειες επιφανείας είναι αρνητικές η αγωγή διακόπτεται τη 10η ημέρα. Αν απομονωθεί ο ιός ή το παιδί έχει συμπτώματα ύποπτα λοίμωξης η αγωγή συνεχίζεται για 14 (σε SEM) ή για 21 ημέρες (γενικευμένη λοίμωξη ή λοίμωξη ΚΝΣ). Σε λοίμωξη ΚΝΣ πρέπει να γίνεται νέα ΟΝΠ και έλεγχος με PCR για HSV στο ΕΝΥ λίγες ημέρες πριν το τέλος της θεραπείας. Στην περίπτωση που η PCR παραμένει θετική, η θεραπεία παρατείνεται για άλλη μία εβδομάδα. Μετά από επιβεβαιωμένη λοίμωξη ΚΝΣ από HSV και την ολοκλήρωση της αγωγής, με αρνητικό ΕΝΥ, χορηγείται στο βρέφος κατασταλτική αγωγή με ακυκλοβίρη per os (300 mg/m^2 ΕΣ/δόση, κάθε 8 ώρες, για 6 μήνες) με στόχο τη βέλτιστη νευροανάπτυξη.

7. Ιός ανεμευλογιάς - έρπητα ζωστήρα

Η ανεμευλογιά κατά την κύηση ή την περιγεννητική περίοδο είναι σπάνια στις μέρες μας στην Ελλάδα, λόγω της εισαγωγής του εμβολίου έναντι της ανεμευλογιάς στο ΕΠΕ από το 2004. Η εκδήλωση έρπητα ζωστήρα κατά τη διάρκεια της κύησης δεν αποτελεί κίνδυνο για την έγκυο ή το έμβρυο.

Εάν μια έγκυος εμφανίσει ανεμευλογιά κατά τη κύηση χρήζει άμεσης χορήγησης αντιϊκής αγωγής με από του στόματος βαλακυκλοβίρη, κυρίως για την δική της ασφάλεια. Η πιθανότητα συγγενούς ανεμευλογιάς είναι ιδιαίτερα χαμηλή. Η νεογνική ανεμευλογιά αφορά σε νεογνά που γεννήθηκαν από μητέρα με έκθυση εξανθήματος ανεμευλογιάς 5 ημέρες πριν το τοκετό έως και 2 ημέρες μετά. Τα νεογνά αυτά έχουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρής νόσησης με θνητότητα 30% αν δεν λάβουν άμεσα αντιϊκή αγωγή με IV ακυκλοβίρη. Η χορήγηση ειδικής γ-σφαιρίνης (VZIG) είναι επιθυμητή, αλλά συχνά μη διαθέσιμη. Εναλλακτικά, θα μπορούσε να χορηγηθεί στο νεογνό κοινή γ-σφαιρίνη.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Leruez-Ville M, Chatzakis C, Lilleri D et al. Consensus recommendation for prenatal, neonatal and postnatal management of congenital cytomegalovirus infection from the European congenital infection initiative (ECCI). *Lancet Reg Health Eur*. 2024;40:100892. doi: 10.1016/j.lanepe.2024.100892. Erratum in: *Lancet Reg Health Eur*. 2024;42:100974. doi: 10.1016/j.lanepe.2024.100974.
2. Bollani L, Auriti C, Achille C et al. Congenital Toxoplasmosis: The State of the Art. *Front Pediatr*. 2022;10:894573. doi: 10.3389/fped.2022.894573.
3. CDC. Clinical care of Toxoplasmosis. https://www.cdc.gov/toxoplasmosis/hcp/clinical-care/index.html
4. Ομοφωνίες σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση λοιμώξεων στην έγκυο και το νεογνό. https://elepl.gr/unanimity-prevention-pregnant-newborns-2020/ Μπορούν, επίσης, να βρεθούν στο: https://www.perinatal.gr/assets/files/omofonies/omofonies.pdf