

Pytania do specjalisty



Prof. dr hab. n. med.
Magdalena Marczyńska,
Klinika Chorób Zakaźnych
Dzieci WUM

1. Czy nie lepiej, aby dzieci „przechorowały” ospę? Po szczepieniu kilkoro dzieci zachorowało w ciągu 2 lat (w mojej praktyce). Jaka zatem jest możliwość zabezpieczenia ciężarnych wcześniej zaszczepionych, jeśli u dzieci szczepienie nie jest skuteczne i zabezpieczające? Czy zalecić powtórne szczepienie przed planowaną ciążą?

Ospa wietrzna z reguły ma łagodny przebieg, niemniej zdarzają się powikłania wymagające hospitalizacji. Najczęściej jest to nadkażenie bakteryjne wykwitów i odwodnienie, ale także zapalenie mózdzku – dobrze rokujące, chociaż wymagające dłuższego leczenia szpitalnego – oraz zapalenie mózgu – obarczone ryzykiem zgonu. Bakteryjne nadkażenie w większości przypadków spowodowane jest nieprawidłową pielęgnacją chorego, tj. brakiem codziennej kąpieli, i jest wskazaniem do antybiotykoterapii, zdarza się, że staje się punktem wyjścia dla posocznicy. Wobec możliwości zapobiegania ospie przez szczepienie zdecydowanie lepiej, aby dzieci na nią nie chorowały.

Szczepienie przeciwko ospie wietrznej od 2010 r. w Polsce jest zalecane tak jak w Stanach Zjednoczonych i wielu krajach Europy w schemacie dwudawkowym. Jedna dawka jest niewystarczająca. Zachorowanie na ospę wietrzna po podaniu pierwszej dawki może się zdarzyć, ale przebieg choroby jest łagodniejszy niż u dzieci nieszczepionych.

Jeśli kobieta była szczepiona tylko raz przed ciążą, to należy sprawdzić miano przeciwciał przeciwko VZV i jeśli są one obecne, to znaczy, że ciężarna jest zabezpieczona, w przeciwnym przypadku (brak przeciwciał) oznacza, że po kontakcie z ospą wietrzną kobieta w ciąży powinna otrzymać profilaktykę bierną. Na pewno przed planowaną ciążą należy zaproponować szczepienie: pełne, gdy nie była nigdy szczepiona, lub drugą dawkę, jeśli otrzymała w przeszłości tylko jedną dawkę. Szczepienie powinno się zakończyć 6 tygodni przed planowaną ciążą.

2. Proszę o ocenę zasadności stosowania acyklowiru w niepowikłanej ospie wietrznej.

Acyklowir jest zalecany do leczenia zakażeń wirusami ospy wietrznej/półpaśca oraz opryszczki pospolitej. Wskazaniem do jego zastosowania w nawet niepowikłanej ospie wietrznej i półpaścu jest leczenie osób z niedoborem odporności. Dla tej grupy pacjentów ospa wietrzna stanowi zagrożenie życia ze względu na ryzyko rozsiewu uogólnionego, do narządów wewnętrznych. U ciężarnych acyklowir jest stosowany ze względu na ok. 10% ryzyko ciężkiego przebiegu, z zapaleniem płuc. W wymienionych sytuacjach lek podaje się dożylnie. Acyklowir podany doustnie osiąga niższe stężenie we krwi.

Udowodniono, że lek nie zmniejsza ryzyka wystąpienia zapalenia mózdzku ani mózgu, ani, co oczywiste, nadkażeń bakteryjnych. Skracą jedynie replikację wirusa i w związku z tym średnio o 1 dzień krótszy jest czas zakaźności chorego (do przyschnięcia wykwitów).

3. Analogicznie do tego, co podczas konferencji powiedziała pani na temat 2 dawki szczepionki przeciw

ospie wietrznej (gdy dziecko po 1 dawce przeszło poronną postać i nie trzeba podawać już 2 dawki), czy tak samo możemy postąpić w przypadku szczepienia przeciw rotawirusom (gdy dziecko po niepełnym cyklu przejdzie biegunkę rotawirusową) i odstąpić od dokończenia cyklu?

Wszystkie szczepionki należy stosować zgodnie z zaleceniami. Przeciwno rotawirusom – zależnie od szczepionki – pełny cykl oznacza 2 lub 3 dawki (Rotarix lub Rotateq). Skuteczność obydwu szczepionek jest porównywalna. Chronią przed zachorowaniem na najczęstsze serotypy, będące przyczyną hospitalizacji dzieci z biegunką rotawirusową. Nie pokrywają wszystkich serotypów.

U dziecka, które po podaniu pierwszej dawki (lub dwóch w schemacie 3-dawkowym) przebyło biegunkę i ma przeciwciała przeciwko rotawirusom, nie ma pewności dotyczącej etiologii. Należy ukończyć schemat szczepienia. Nie ma tu analogii do ospy wietrznej, ponieważ jej kliniczne rozpoznanie nie budzi wątpliwości i u osób immunokompetentnych jednoznacznie oznacza nabycie trwałej odporności na pierwotne zakażenie VZV.

4. Jakie jest ryzyko zakażenia odmatczynego w przypadku boreliozy u ciężarnej?

Nie opisano przypadków wrodzonego zakażenia *Borrelia burgdorferi*.

5. Czy dziecko karmione piersią może zarazić się od matki chorej na boreliozę (dodatni test Western blot, objawy i bóle stawowe)? Czy krętek przechodzi przez łożysko i z mlekiem matki?

Krętek przechodzi przez łożysko, ale nie opisano przypadku wrodzonej boreliozy ani żadnych

wad wrodzonych związanych z rozpoznaniem choroby u matki. Nie ma przeciwwskazań do karmienia piersią, w leczeniu matki (o ile wymaga) należy stosować leki bezpieczne dla dziecka.

6. Czy ponownie wprowadzono wskazania do cięcia cesarskiego u ciężarnych HIV dodatnich?

Ciężarna HIV dodatnia może rodzić siłami natury, jeżeli jest skutecznie leczona (3 lekami antyretrowirusowymi), tzn. w 34-36 tygodniu ciąży ma wiramię HIV poniżej poziomu oznaczalności (<50 kopii/ml). Nie ma dodatkowych względnych wskazań do cięcia. W trakcie porodu należy pamiętać o unikaniu wszelkich zabiegów: przeciwwskazana jest amniotomia, próżniociąg, kleszcze. Równocześnie czas od odejścia wód płodowych do urodzenia dziecka nie może przekroczyć 4 godzin.

Wskazaniem do ukończenia ciąży planowym cięciem (przed czynnością skurczową i odchodzeniem wód) jest późne rozpoznanie HIV (w 3 trymestrze), brak leczenia, niepełna terapia (tylko zydowudyna w czasie ciąży), nieskuteczna terapia antyretrowirusowa (nieuzyskanie HIV RNA <50 kopii/ml), brak wyników z 34-36 tygodnia ciąży.

7. Czy może dojść do zakażenia płodu (jakie objawy i powikłania) w przypadku zakażenia matki rumieniem zakaźnym we wczesnym okresie ciąży (8-10 tygodni)? Czy jest możliwe wykonanie jakichś badań wirusologicznych u ciężarnej?

Pierwotne zakażenie parwowirusem B19 u ciężarnej wiąże się z <5% ryzykiem zakażenia płodu. Ryzyko transmisji jest największe w II trymestrze ciąży. Postaci wrodzonego zakażenia to: niedokrwistość erytroblastyczna, obrzęk płodu i wady serca. U ciężarnej należy wykonywać USG z oceną płodu. W sytuacji niedokrwistości i obrzęku płodu można zastosować transfuzję dopłodową, skuteczną w leczeniu zakażenia parwowirusem, ale obarczoną ryzykiem.

U osób bez niedoboru odporności wystarczy stwierdzenie przeciwciał anty-B19 w klasie IgM; utrzymują się one przez 6-8 tygodni. Przeciwciała IgG (bez IgM) świadczą o dawno przebytych zakażeniu.

8. Kto refunduje zakup immunoglobuliny dla noworodka matki Hbs dodatniej?

Nie jest to procedura ujęta w standardach i nie ma refundacji. Zgodnie z aktualną wiedzą profilaktyka czynno-bierna ma większą skuteczność i zabezpiecza dziecko, zanim użyta się poszczepienne, ochronne miano przeciwciał.

9. Czy przy zakażeniu HPV u matki można karmić dziecko?

Zakażenie HPV z obecnością kłykcin kończy się jest wskazaniem do cięcia cesarskiego. Nie ma publikacji mówiących o przeciwwskazaniach do karmienia piersią w tej sytuacji. Jeśli kobieta ma ostre zapalenie wątroby, nie powinna karmić piersią. W innych sytuacjach należy podać dziecku immunoglobulinę anti-Hbs oraz zaszczepić przeciwko WZW typu B.

10. Jak postępować z noworodkiem, u którego badania w kierunku cytomegalii były następujące: miana: IgM ujemne, a IgG wysokie?

Przeciwciała w klasie IgG przechodzą przez łożysko, jeśli matka nie miała żadnych objawów choroby i jej dziecko także nie ma, to wystarczy obserwacja noworodka. Warto porównać wysokość miana przeciwciał u matki dziecka. Badanie kontrolne przeciwciał należy oznaczyć po 3-4 tygodniach. W ramach badań przesiewowych u wszystkich noworodków wykonuje się badanie słuchu.

11. Czy przerwać karmienie piersią noworodka/niemowlęcia, jeśli podejrzewa się wrodzone zakażenie cytomegalii (CMV IgM dodatnie u matki)?

CMV nie jest wymienione jako przeciwwskazanie do karmienia piersią, ale jeśli u matki występuje pierwotne zakażenie CMV (tylko IgM dodatnie, IgG ujemne), wiadomo, że wirus jest w pokarmie i w celu uniknięcia zakażenia dziecka odstawia się je od piersi.

Jeśli u matki wykrywa się przeciwciała w klasie IgG, można zbadać ich awidność i na tej podstawie wykluczyć świeże zakażenie, nie ma wówczas przeciwwskazań do karmienia. U noworodków z bardzo małą masą

urodzeniową (<1500 g) należy rozważyć argumenty za i przeciw karmieniu piersią.

Jeśli jednak u dziecka występują objawy i podejrzewa się zakażenie CMV wrodzone, należy wykonać u noworodka, jak najszybciej po urodzeniu, badanie PCR CMV z moczu lub śliny. Potwierdzenie wrodzonego CMV – dziecko wymaga konsultacji specjalisty i decyzji o leczeniu przyczynowym (gancyklowir). Jeśli jest leczone, nie należy go nadal ekspozować na wirusa – w 96% jest stwierdzany w pokarmie.

12. Jak jest zalecane postępowanie na oddziale noworodkowym z noworodkiem matki nosicielki HBs? Czy podanie immunoglobuliny anti-HBs i zalecenie wykonania w 12-13 miesiącu życia badania w kierunku HBs i anti-HBs jest wystarczające?

Na pewno wskazane jest podanie HBIg oraz zaszczepienie dziecka przeciwko WZW typu B. Ocena odpowiedzi poszczepiennej nie jest obligatoryjna. Można skontrolować HBs Ag i anti-HBs pod koniec pierwszego roku życia – nie jest to postępowanie uznane za standard.

13. Czy kobietę nigdy nieszczepioną przeciw ospie, różyczce i śwince zaszczepić dwukrotnie dawką i w jakim odstępie czasu?

Należy zastosować szczepionki: przeciwko ospie wietrznej oraz przeciwko odrze, śwince i różyczce. Szczepionki te można podać jednocześnie. W Polsce nie jest jeszcze dostępna szczepionka przeciwko wszystkim czterem wirusom, a zatem będą to 2 wstrzyknięcia.

Jeśli kobieta nie chorowała na ospę wietrzną i nie była szczepiona, zaleca się szczepienie dwiema dawkami w odstępie co najmniej 6 tygodni, przy czym drugą dawkę należy podać nie później niż 6 tygodni przed planowaną ciążą. Przypadkowe zaszczepienie ciężarnej nie jest wskazaniem do przerwania ciąży. Szczepionka przeciwko odrze jest stosowana od dawna i kobiety w wieku prokreacyjnym z reguły były raz szczepione przeciwko odrze, ochronę daje szczepienie dwudawkowe, czyli w tej sytuacji proponuje się równoczesne podanie szczepionek przeciwko odrze, śwince i różyczce oraz przeciwko ospie wietrznej, a potem już tylko drugą dawkę szczepionki przeciwko ospie.