UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMIȚANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA

PATOLOGIA INFECȚIOASĂ MATERNĂ ASOCIATĂ SARCINII

Autor: Veronica Cotelea
Asistent universitar,
Catedra de obstetrică, ginecologie și reproducere umană

TITLUL DIAPOZITIVULUI

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova este o instituție performantă și competitivă la nivel european în instruirea universitară, postuniversitară și de formare continuă în domeniul medical și farmaceutic, în cercetarea științifică și în prestarea serviciilor medicale și farmaceutice, fiind orientată spre calitate, excelență și colaborare.

PATOLOGIA INFECȚIOASĂ MATERNĂ ASOCIATĂ SARCINII

Actualitatea:

Problema infecției este una din cele mai importante în obstetrica contemporană ca urmare a:

- Numărului crescut de gestante afectate;
- Consecințelor nefavorabile pentru evoluția sarcinii și nașterii (avort spontan, sarcină oprită în evoluție, mortalitate intra\antenatală, RDIU, prematuritate, anomalii congenitale fetale);
- În structura mortalității perinatale infecția are o incidență mai mare de 30%.

Scopul:

- ✓ Identificarea celor mai fecvente patologiilor infecțioase asociate sarcinii și influența negativă a acestora asupra mamei și fătului;
- ✓ Tratamentul acestor infecții cu scopul prevenirii complicațiilor posibile;
- ✓ Identificarea celor mai inofensive și inovatorii metode de tratament.

Noțiuni generale:

- **Infecția perinatală:** Sunt infecțiile cauzate de agenți microbieni (bacterii, ciuperci, viruși, paraziți), care se pot transmite de la mamă la făt sau nou-născut în timpul:

- Sarcinii;
- Nașterii;
- Imediat în perioada neonatală.

Noțiuni generale:

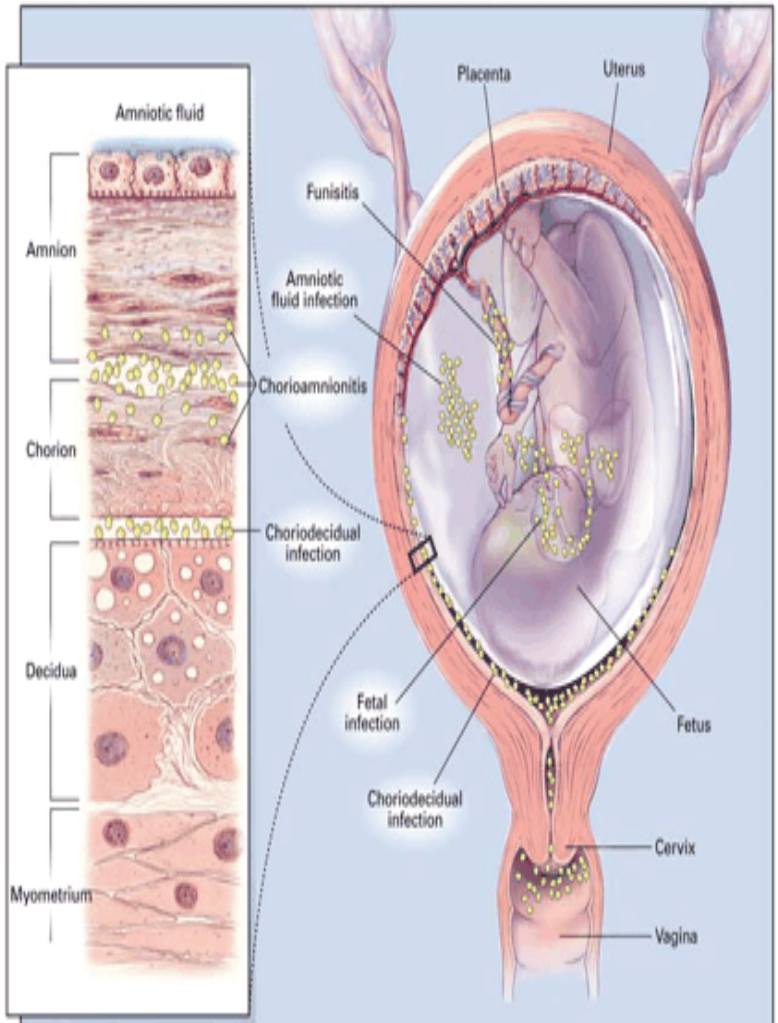
- **Infecția intrauterină:** Este nu numai un proces de răspândire a agentului infecțios în organismul fătului, dar și modificările morfo-funcționale în diverse organe și sisteme, caracteristice pentru o boală.

Căile de transmiterii a infecției de la mamă la făt:

- ***Antenatal:***
  - transplacentară
  - lichidul amniotic
  - ascendentă (din vagin)

- ***Intranatal:***
- infecția poate fi transmisă nou-născutului prin contactul cu secrețiile vaginale

- ***Postnatal:***
- Contact direct (igiena precară)
- Prin laptele matern



Afectarea fetală și neonatală depinde de interacțiunea mai multor factori:

1. Termenul de gestație: la care s-a produs infectarea mamei: avort precoce și mortalitatea apar mai frecvent când infecția fetală se produce în termen precoce de sarcină.

2. Virulența și tropismul celular: a agentului patogen.

3. Infecția primară sau recurentă: Infecția maternă primară poate cauza consecințe mai grave asupra fătului decât cea recurentă.

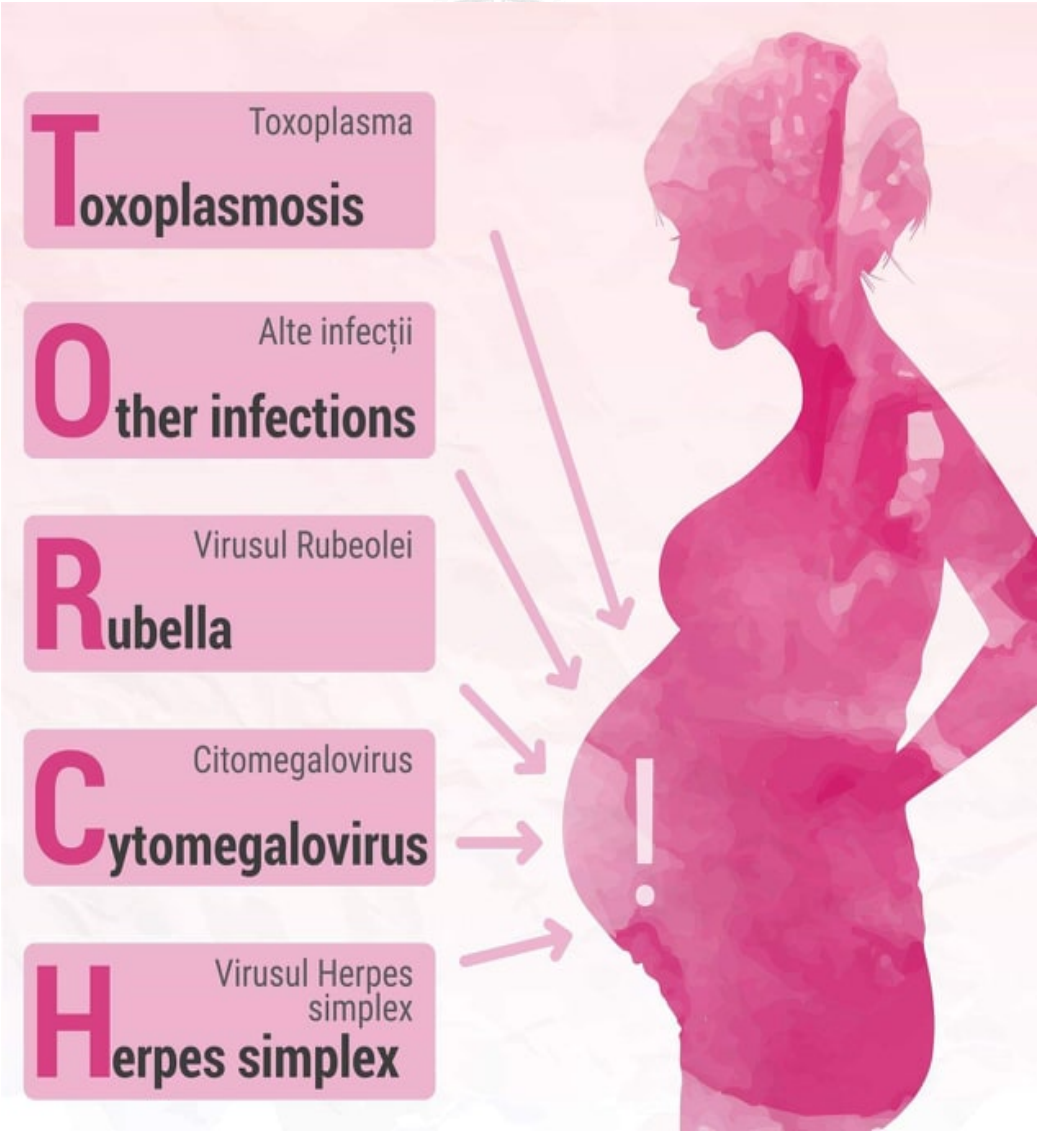
PATOLOGIA INFECȚIOASĂ MATERNĂ ASOCIATĂ SARCINII

Factori de risc pentru infectarea fătului în timpul sarcinii:

1. Infecția primară în timpul sarcinii;
2. Infecția cronică în organismul matern (focare infecțioase cronice, inflamația organelor bazinului mic);
3. Infecția vaginală în asociere cu insuficiența istmico-cervicală;
4. Proceduri invazive în timpul sarcinii pe fundalul unor infecții cronice materne;
5. Stări imunodeficiente (diabet zaharat, boli autoimune, micoze ș.a.).

PATOLOGIA INFECȚIOASĂ MATERNĂ ASOCIATĂ SARCINII

Infecția TORCH - este un acronim ce denumește o grupă de infecții în sarcină, ce pot duce la anomalii fetale severe sau pierdere a sarcinii. Transmiterea acestor infecții de obicei are loc hematogen și poate avea loc în timpul gestației, cât și la naștere.



1. SCREENING-UL LA I-A VIZITĂ PRENATALĂ:

- HIV;
- Hepatita B;
- Hepatita C;
- Sifilis;
- Rubeola (titrul anticorpilor);
- Varicela.

PATOLOGIA INFECȚIOASĂ MATERNĂ ASOCIATĂ SARCINII

➢ SCREENING-UL REPETAT ÎN TRIMESTRUL II ȘI III DE SARCINĂ:

- Bacteriurie asimptomatică - cultura urinară la toate gravidele la termenul de gestație de 12-16 s.a.;
- Streptococul din grupa B - se recomandă tuturor gravidelor la termenul de sarcină 35-37 s.a.

➢ *Adițional:*

- HIV (36 s.a.);
- Sifilis - la gravidele din grupul de risc;
- Hepatita C - grupul de risc;
- Toxoplazmoza - la pacientele cu date anormale ecografice.

Clasificarea infecției materne asociată sarcinii:

I. Complică sarcina sau afectează fătul şi putem deminua influenţa lor negativă;

II. Complică sarcina sau afectează fătul, dar sunt posibilităţi foarte limitate de a preveni influenţa lor negativă;

III. Infecţii care practic nu complică sarcina şi nu afectează fătul.

Grupul I

- Complică sarcina sau afectează fătul şi putem diminua influenţa lor negativă:
  - Sifilis
  - HIV
  - Hepatita B
  - Infecţiea urinară
  - Streptococii B

SIFILIS:

- **Agent cauzal:** *Triponema Pallidum* (TP), spirochetă mobilă.
- **Fecvența:** infecției sifilitice este în creștere în țările în curs de dezvoltare și țările Europei de Est.
- **Transmiterea:**
  - **Interumană** (contact sexual);
  - **Parenterală** (droguri, transfuzie);
  - **Intrauterină** (transplacentară);
  - **La naștere**, de la șancru și condiloamele materne.

SIFILIS:

- **Transmiterea:** intrauterină de la gravidă cu sifilis netratat la făt, este indirect proporțională cu vechimea bolii:
  - **70%** Lues primar;
  - **90%** Lues secundar;
  - **30%** Lues latent.
- **Risc fetal în lipsa tratamentului matern:**
  - deces fetal **25%;**
  - nou-născut cu Lues congenital **50%.**

SIFILIS:

➢ Factori de risc:

- Utilizarea de droguri;
- Sex neprotejat;
- Parteneri multipli;
- Parteneri ocazionali;
- Celibatul;
- Carențe educațional;
- Nivel scăzut socioeconomic.

SIFILIS-Profilaxia

- **Identificarea și tratarea precoce a sifilisului la gravide**;
- **Testarea pentru Lues:**
  - premarital (se efectua anterior);
  - în sarcină: - prima vizită la medicul de familie;
    - la 28 s.a.
    - la naștere (la grupul de risc).
- **Supravegherea ecografică în sarcină:**
  - îngroșarea placentei;
  - depistare anomaliilor fetale: (hidrops, ascită).
- **Educația sanitară la gravide:** (explicarea factorilor de risc, modului de transmitere, riscuri fetale și neonatale).

SIFILIS-Tratament

- **De elecție: Penicilinele;**
- *Sifilis primar, secundar și latent:*

  - Benzatin penicilină G 2,4 mln. UI i\m, doză unică.
- *Sifilis latent sau terțiar:*

  - Benzatin penicilină G 7,2 mln.UI sumar, câte 2,4 mln.UI 3 doze o dată pe săptămână.

WHO 2012

Sifilis congenital

- Diagnosticul se stabilește în baza testelor de laborator;
- Semne clinice ale sifilisului congenital sunt rare:
  - Erupții cutanate atipice;
  - Vezicule sau papile pe palme și talpe;
  - Secreții nazale abundente nespecifice.
- **Tratament:**

  - Suspenzie de Penicilină G 100.000-150.000UI\kg în soluție izotonică i\v

Sau

- Suspenzie de Penicilină G 50.000UI\kg i\v.

N.B.

- Copilul se află în aceeași încăpere cu mama;
- Alăptarea la sân nu este contraindicată.

INFECȚIA CU HIV :

- **1981:** prima descriere a infecției cu HIV;
- **1983:** primul caz SIDA copil;
- **OMS:** - HIV pe glob: 10-12 mil.
  - bolnavi SIDA pe glob 2 mil.
  - numărul n.n. cu infecție congenitală cu HIV a crescut odată cu creșterea numărului de gravide seropozitive.
- **2 tipuri de HIV: HIV-1:** în toată lumea, **HIV-2:** în Africa mai des.
- **Perioada de latență a HIV la adult:** 7-9 ani.

INFECȚIA CU HIV

➢ **Femeile cu risc crescut pentru infecția HIV:**

- Care au avut în anamneză transfuzie de sânge;
- Hemofilice;
- Întrebuințează droguri;
- Femeile cu mai mulți parteneri sexuali;
- Parteneri sexual cu risc crescut pentru infecția HIV
- Cele care au avut: - Hepatita B
  - Lues
  - Herpes genital
  - Gonoree.

TRANSMITEREA INFECȚIEI CU HIV :

- **Contact sexual:** calea cea mai fecventă;
- **Parenteral:** sânge, produse de sânge, droguri;
- **Transplacentar;**
- **Intrapartum:** -prin contact cu sângele sau secretul vaginal infectat;
  - prin transfuzie materno-fetală în timpul nașterii.

RISCU DE TRANSMITERE A INFECȚIEI CU HIV LA COPII

- **80%** de la mamă la făt;
- **30%** prin transfuzie de sânge infectat;
- **Prin laptele matern?!**

IMPACTUL INFECȚIEI HIV ASUPRA SARCINII

- **Este dificil de estimat!!!**
- Nașterea copiilor cu masă mică;
- Prematuritate;
- Corioamnionită;
- Infecția HIV perinatală crește rata morții infantile cu până la 15%.

PREVENIREA INFECȚIEI HIV

1. **Testare de rutină** (binevolă)- la prima vizită prenatală și retestare în trimestrul III de sarcină (înainte de 36 de săptămâni) pentru grupele de risc;
2. **Deminuarea semnificativă a transmiterii perinatale (de la 25-30% până la 2-3 %) prin**:

- terapie antiretrovirală perinatală;
- operație cezariană programată;
- alimentare artificială a nou-născutului;
- Administrarea preparatelor antiretrovirale nou-născuților.

INFECȚIEI HIV TRATAMENT PROFILACTIC

- **Supravegherea populației cu risc prin:**
- Scăderea numărului de nașteri la gravide infectate HIV;
- Educația mamelor neinfectate: sex, droguri..
- Identificarea sarcinilor cu risc de transmitere verticală a infecției și tratamentul cu **Zidovudină** (scade riscul infecției fetale de la 25% la 8%)
- Îngrijirea n.n.: - nu se izolează de mamă, e permisă alimentarea la sân?
  - vaccinarea copiilor conform vârstei.

Hepatita B

- Prevalența în Moldova 9-13%

- **Risc de infectare boala cronică :**
  - Persistența AgHBs> 20 *săptămâni*.
  - Titru crescut de AcHBc ;
  - ADN-VHB+
  - hemodializă
  - Persistența AgHBe > 10 săptămâni
  - Infecție concomitentă cu HIV

Transmiterea hepatita B

- **Verticală 1%:** - la momentul nașterii;
  - transplacentar, mai rar.
- **Orizontală:** microcontaminare în familie;
- **Parenteral iatrogen 35%;**
- **Sexuală 30%:** HB este o boală sexual transmisibilă;
- **Neprecizată 26-30%.**

Hepatita B
Profilaxie și tratament

- Screening la gravide în **I trimestru de sarcină:** Ag HBs și Ag HBe;
- Educația femeilor neinfectate (sex, drog, manichiură);
- **Recomandarea pentru n.n. de la mamă infectată:**
  - vaccinarea anti HVB;
  - alimentarea e permisă după vaccinare;
  - IG specifică în primele 7 zile de viață;
  - vaccinarea anti HVB a tuturor n.n. (indiferent de serologia mamei);
  - nu se izolează n.n. de mamă;
  - în caz de expunere accidentală în timpul sarcinii la VHB se recomandă vaccinarea anti HVB a gravidei dar nu în perioada de embriogeneză
  - La doza de vaccin se adaugă și IG specifică în primele 7-14 zile de la expunere.
  - dacă gravida nu poate fi vaccinată se administrează 2 doze de IG specifică i.m. la interval de 1 lună.

Hepatita B
Profilaxie și tratament

- **Vaccinare HVB:**
- Engerix, Recombivax VB;
- 3-4 doze, la 0,2,6 luni:
- Eficiența la 3 doze: 90% la adult și 95% la copil;
- Titirul de Ac scade la 7 ani;

Hepatita B
Manifestări la nou-născuţi şi sugari:

- La majoritatea decurge asimptomatic și anicteric;
- Dacă se dezvoltă forma icterică (10%) – mortalitatea este foarte înaltă – 8-17% (față de 0,8% la alte vârste);
- Circa 85% rămân purtători cronici (comparativ cu 10-15% adulţi), se expun riscului de dezvoltare a unei boli hepatice .

INFECȚIILE TRACTULUI URINAR

- Incidența 8-10 %, **cea mai frecventă patologie în sarcină;**
- Bacteriurie asimptomatică 3-8% (non gravide 1-3%)
- Cistită acută 1,3-3,4%
- Pielonefrită 2% (recurență 23%)

Consecințe materne:

- Urosepsis;
- Insuficiență renală;
- Deces.

Consecințe fetale:

- Prematuritate;
- Hipotrofie fetală;
- Moarte fetală.

Factori predispozanți:

1. **Factori hormonali:**

- progesteronul scade tonusul vezicii urinare și creează premise pentru hidronefroză gestațională;
- Estrogenii favorizează aderența germenilor de epiteliul căilor urinare.

2. **Factori mecanici:**

- compresia vezicii urinare de către uter;
- golirea incompletă a vezicii urinare în timpul micțiunii;
- Refluxul vezico-uretral în trimestrul III al sarcinii.

3. **Factori nespecifici:**

- activitatea sexuală;
- Igiena dificitară;
- Anomalii ale tractului urinar.

Bacteriurie asimptomatică

- ✓ Determinarea a peste 100.000 de colonii bacteriene/ml în două probe de urină colectate la un interval de 24h;
- ✓ Bacterii depistate cel mai frecvent sunt: *E.colli, Klebsiella, staphylococcus saprophyticus și Entrobacter;*
- ✓ Netratată în 30% se complică cu cistită acută şi în 50% cu pielonefrită;
- ✓ E asociată cu creşterea ratei retenţiei de creştere i/u şi a masei scăzute la naştere, cât şi a naşterilor premature.

Bacteriuria asimptomatică

- Diagnosticarea şi tratarea BA **previne** pielonefrita în 80-90% cazuri (se previn 40% de pielonefrite)
- Ar fi redusă cu 10% incidenţa naşterii premature

Aşa dar:

- Se recomandă screening-ul BA la toate gravidele în primul trimestru al sarcinii:
  - toaleta corectă a zonei perineale;
  - recoltarea urinei din mijlocul jetului urinar;
  - recoltarea din urina matinală.

- Tratamentul până la eradicarea agentului patogen.

Conduita BA

- Screening în trimestrul I al sarcinii;
- Tratamentul antibacterian reduce riscul pielonefritei gestaționale, reduce incidența NP cu 75%, greutății mici la naștere, mortalității neonatale;
- Tratamentul timp de 7-10 zile (după obținerea rezultatelor culturii bacteriene și sensibilității la antibiotice) cu:
  - Cefalexină 500 mg x 2 ori\zi;
  - Furadonină 50-100 mg x 2 ori (nu trimestrul III);
  - Augmentină 250 mg x 4 ori;
  - Biseptol 960 mg x 2 ori.
- **Urocultura repetată la 1 săptămână** pentru a demonstra eradicarea agentului patogen;
- În caz de recidive – tratament preventiv pentru tot parcursul sarcinii (Ex. 960 mg Biseptol pe noapte).

INFECȚIA CU STREPTOCOCUL B:

- Face parte din grupul cocilor gram pozitivi;
- Colonizează frecvent căile genitale;
- Reprezintă o cauză frecventă a:
  - infecției tractului urinar
  - infecției intrauterine (infecția intraamniotică sau corioamnionita)
  - endometritei postpartum
  - sepsisului puerperal
  - infecției fetale
- Adesea infectarea cu Streptococul B este asociată cu pierderea de sarcină sau naștere prematură;
- Colonizate sunt 5-30% gravide (canalul cervical).

DIAGNOSTIC:

- ✓ **Un rol important îl joacă identificarea femeilor purtătoare de Streptococ grupului B!**
- ✓ Ghidurile internaționale recomandă screening-ul prenatal universal pentru colonizarea cu streptococul grupei B al tuturor femeilor gravide la vârsta de gestație 35-37 s.a..

Screening-ul bazat pe factori e risc:

- Anamneza naşterii unui copil precedent decedat de septicemie cu streptococii grupei B;
- Bacteriurie cu streptococii grupei B;
- Naşterea prematură în anamneză < 37 s.a.;
- Perioada alichidiană îndelungată (mai mult de 18 ore);
- Febră intrapartum >38°C.

Procedura de obținere a culturii Streptococ grupei B:

- Secretul pentru cultură este necesar de colectat înainte de examinarea digitală sau utilizarea lubrifianților, din vagin și rect;
- Se recomandă de a se folosi două tampoane (unul pentru fiecare site);
- Ordinea prelevării este din vagin, apoi din rect.

Tratamentul:

- Streptococul grupei B este sensibil la penicilina G, ampicilină, peniciline cu spectru extins, cefalosporine și vancomicină;
- De elecție rămâne a fi **Penicilina G** câte 5 mil UI\iv, apoi câte 2,5-3 mil, fiecare 4 h.
- **Ampicilină** 2 g im, apoi câte 1 gr la fiecare 4 h.
- Pacientelor alergice la penicilină: **Cefazolină** 2 g (doza inițială), apoi câte 1 g la fiecare 8 h.

Grupa II:

❖ Complică sarcina sau afectează fătul, dar sunt posibilități foarte limitate de a preveni influența lor negativă

- Herpes simplex 1 și 2
- Citomegalovirus
- Parvovirus
- Varicela
- Toxoplasmoza

CITOMEGALOVIRUS (CMV)

- Virusul citomegalic este membru al familiei *Herpetiviridae,* din care mai face parte și Herpes simplex și zooster;
- Odată produsă, infecția persistă în organism toată viața în formă latentă până se reactivează din nou;
- Cea mai frecventă infecție virală materno-fetală. Seropozitive – 90% femei din țările sărace, 40-60% în țările dezvoltate;
- Există mai multe tulpini virale, înrudite serologic;
- CMV nu are vector natural de transmitere.

Simptomatica CMV congenital:

- Retard de creștere intrauterină a fătului;
- Calcificații periventriculare;
- Microcefalie;
- Trombocitopenie;
- Hepato-splenomegalie;
- Petеșii\purpură;
- Corioretinită;
- Pierderea auzului.

PATOLOGIA INFECȚIOASĂ MATERNĂ ASOCIATĂ SARCINII

Diagnosticul:

- Există mai multe modalități de diagnostic:
- **Serologia** (furnizează dovezi indirecte ale prezenței virale);
- **PCR calitativă**(este foarte sensibila, dar nu poate distinge un virus latent) și **cantitativă**(sunt folosite pentru monitorizarea pacienților cu risc crescut de infecție și a rezultatului tratamentului);
- **Amniocinteza** prin detectarea ADN-viral din lichidul amniotic;
- **Cultura virală**;
- **Investigația histopatologică.**

Testarea în sarcină este indicată:

- Ca parte de investigare de rutină în prima sarcină;
- Atunci când este detectată o anomalie fetală sugestivă pentru această infecție la examenul ECG;

Riscul transmiterii a CMV la copii:

- Riscul unei femei gravide seronegative de a face o infecție este de 1-3%, cu șanse majore de a infecta fătul;
- Acest risc diferă în funcție de termenul de gestație:
- **Sarcină:** primoinfecție (32%), reactivare sau reinfectare (1,5%);
- **Preconcepțional** (2 săptămâni înainte și 3 săptămâni după concepție)- 5%;
- I-trimestru: 36%;
- II-trimestru: 40%;
- III-trimestru: 65%;
- **Intrapartum**: până la 50-60% transmitere la ingestia secrețiilor cervico-vaginale;
- **Postpartum** la 50% la transmiterea prin laptele matern.

Screening al CMV :

- Deoarece infecția CMV este asimptomatică și afectează fătul, unii experți recomandă că toate femeile aflate în vârsta fertilă ar trebui să-și afle serotipul său CMV;
- Însă, AMOG nu recomandă screening de rutină din următoarele motive:
  - Nu există vaccinuri pentru prevenirea infecției la femeile seronegative;
  - În cazul gravidelor seropozitive, este dificilă distincția unei infecții primare sau recurente;
  - Femeile seropozitive rămân în pericol de infecție fetală;
  - Nu există dovezi că tratamentul antiviral aplicat la femeile gravide cu primonfecție cu CMV ar atenua sechelile infecției la nou-născut;
  - Deși este posibil de a detecta infecția fetală, nu există nici o modalitate de a anticipa cu exactitate dacă fătul va dezvolta sau nu sechele semnificative;

Tratamentul anitiviral prenatal:

- Câteva studii recente privind tratamentul oral cu **Valaciclovir 8g\zi,** de la 25 s.a. până la naștere a femeilor infectate cu CMV, micșorează riscul sechelelor congenitale determinate de CMV de la 60% până la 20% !!

Recomandări nespecifice pentru gravide tinere, în special la prima sarcină:

- Evitarea contactului apropiat cu copiii mici (până la 6 ani);
- Evitarea contactelor sexuale neprotejate şi a partenerilor multipli;
- Evitarea transfuziilor sau numai a sângelui testat la CMV;
- Efectuarea unei serologii la primul consult prenatal;

TOXOPLAZMOZA:

- Nu sunt manifestări clinice la persoane imunocompetente şi gravide, dar se transmite la făt în caz de primoinfecţie (boala lasă imunitate durabilă);
- Reprezintă o zoonoză comună, afectează 1\3 populația lumii;
- Infecție inaparentă, asimptomatică;
- Este fatală la nou-născut cu infectare intrapartum;
- Agentul cauzal: TOXOPLASMA GONDI;
- Rezervor: pisici; câini, animale domestice;
- Incidența în timpul sarcinii: 0,5%.

Infectarea cu Toxoplazmoză:

- Igiena precară;
- Alimente infectate;
- Transfuzie de sânge de la donatori seropozitivi;
- **Transplacentar** în timpul parazitemiei materne.

Tabloul clinic:

- Asimptomatică: 80-90%;
- Simptomatica: - limfadenopatie;
  - oboseală cronică;
  - sindrom mononuclear;
- Complicații: hepatită, miocardită, encefalită.

Conduita:

- Se recomandă avort în primul trimestru de sarcină.
- În caz de refuz: tratament cu **Spiramicină**;
- În cazul afectării fetale: tratament cu Spiramicină 3 săptămâni, apoi se continuă cu Pirimetamină+Sulfadiazin+ac.folic 3 săpt.

Toxoplazmoza – impactul asupra fătului:

- **Toxoplasmoza congenitală:**
  - Encefalomielită cu hidrocefalie;
  - Afectarea oculară;
  - Forma viscerală (ficat, splină, adenopatie, febră, erupţii cutanate, purpură trombocitopenică, defecte osoase etc.)

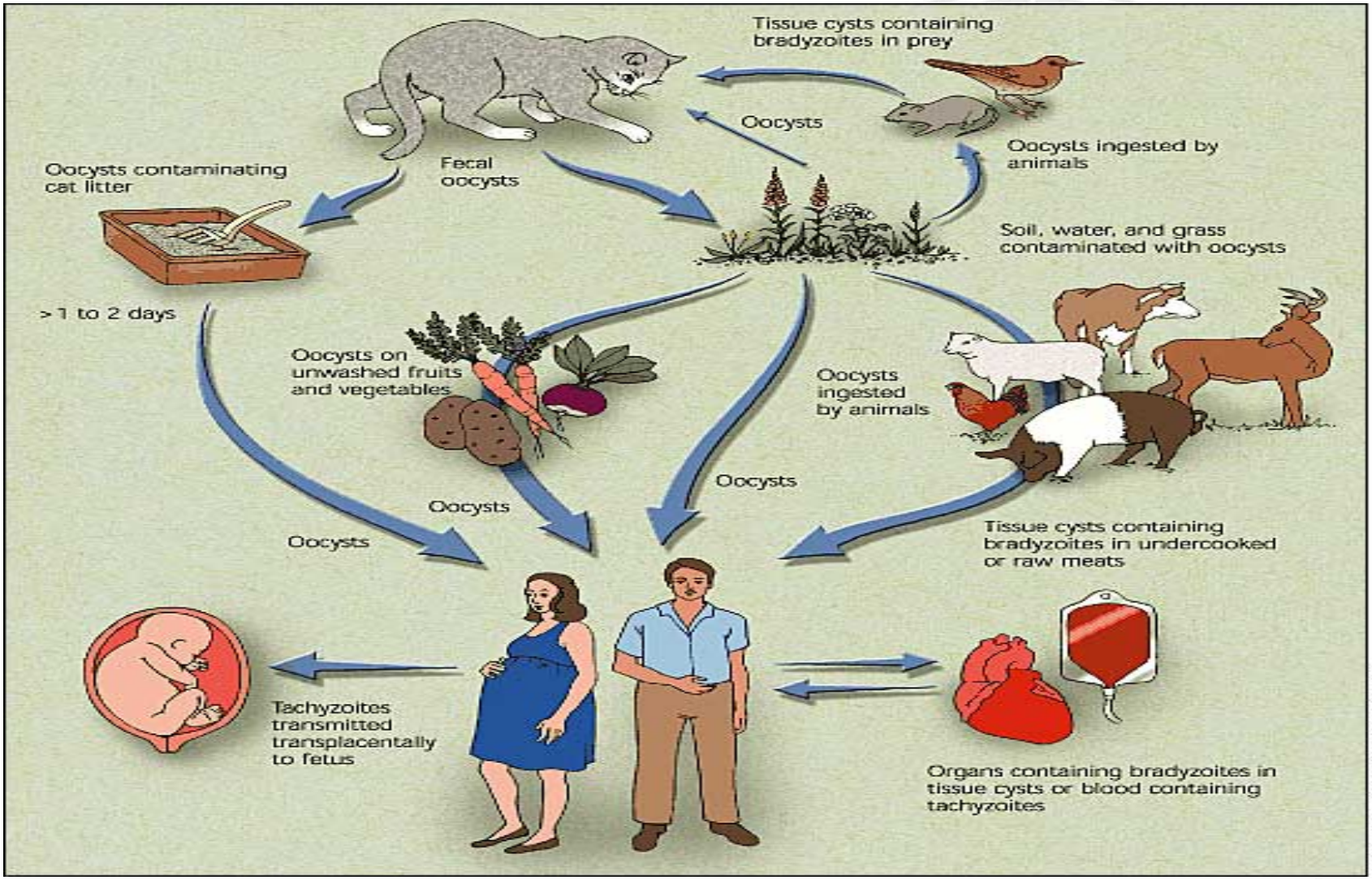
Contaminarea fătului, în caz de primoinfecţia:

- În trimestrul I – 17%;
- Trimestrul II – 50%;
- Trimestrul III – 65-90%;
- **Severitatea maximă** la contaminare în primul trimestru

Toxoplasmoza: ce poate fi întreprins?

- Nu se recomandă screeningul:
  - Costisitor
  - Greu de interpetat (IgM fals pozitiv, poate persista 18 luni după infectare)
  - Dificil de confirmat afectarea fătului (*Ex. trimestrul I – 17% infectaţi: afectaţi sever – 14% din infectaţi, metode sofisticate şi scumpe de confirmare, în Franţa recomandă întreruperea sarcinii.)*
  - Eficienţă necunoscută a tratamentului specific?
- Tratament specific eficient nu există, riscuri şi reacţii adverse la gravide: *spiramicina, pyrimethamine-sulphat*

PATOLOGIA INFECȚIOASĂ MATERNĂ ASOCIATĂ SARCINII



Herpes virus:

- **Incidența** infecţiei herpetice neonatale – de la 1/2500 la 1/30000 naşteri;
- De obicei, această infecție este determinată de virusul Herpes simplex tip II, mai rar tip I;

- **Modul de transmitere:**
  - Intrapartum (90%);
  - Transplacentar (5%);
  - Postnatal, contact cu leziunile (5%).
- **Factorii favorizanţi:**
  - Primo-infecţia (lipsa de anticorpi) – fără anticorpi sunt 70-80 % gravide
  - Recidivele
  - Eliminarea virusului
  - Perioada alichidiană peste 4 ore

Clasificarea infecției genitale cu Virus Herpes Simplex (VHS):

I. Herpes genital primar
II. Herpes genital non primar
III. Infecție herpetică recurentă

Diagnosticul infecției cu VHS:

- Depistarea leziunilor genitale veziculoase sau ulcerate;
- Confirmarea se efectuează prin teste de laborator:
- test viral direct din leziunea prezentă

  +
- teste serologice specifice tipului (pentru clasificarea infecției) test PCR, determinarea Ac-VHS-1 și anti-VHS-2 în serul sangvin.

Transmiterea VHS de la mamă la făt și nou-născut:

- **Cel mai mare risc** în cazul infecției cu virus herpes simplex o are **transmiterea verticală** de la mama ce are leziuni herpetice genitale (vulvare, vaginale, sau perineale) active la nou-născut în timpul nașterii naturale la trecerea prin căile de naștere;
- **Riscul de transmitere** a infecției cu VHS de la mamă care a achiziționat acest virus înainte de naștere este de **30-50%;**
- **Riscul de transmitere** a infecției cu VHS de la mamă care a achiziționat acest virus în I trimestru de sarcină este de **< 1**%;
- În cazul **Herpesului recurent** sub risc se află doar cele ce au **leziuni active în timpul nașterii**.

Manifestările clinice ale VHS congenital sunt:

- Erupții localizate pe piele, gură, ochi;
- Encefalită cu sau fără manifestări cutanate;
- VHS diseminat cu manifestări severe poliorganice.

Tratamentul:

Pentru tratamentul VHS genital în sarcină sunt formulate următoarele recomnadări:

1. **VHS genital în primul trimestru de sarcină:**

- Aciclovir 400mg PO de 3 ori\zi timp de 5 zile, sau 200mg PO de5 ori\zi 7-10 zile.
- Aciclovir crem 5%, aplicat pe zonele lezate 4-5 ori\zi, 10 zile.

2. Herpes genital primar în al doile și al treilea trimestru (13-36 s.a.):

- Poate crește riscul nașterii premature, copii născuți cu masă mică, moarte fetală antenatală.
- **Aciclovir** 200mg PO de 4 ori\zi timp de 5 zile .
- **Valaciclovir** 500mg PO de 2 ori pe zi timp de 5 zile
- **Aciclovir crem** 5%, aplicat pe zonele lezate 4-5 ori\zi, 10 zile.

Herpes genital primar înainte de naștere:

- Pacientele cu herpes genital primar înainte sau în timpul nașterii sunt în risc mare de a transmite infecția nou-născutului;
- Terapia antivirală este indicată începând cu 36s.a. sau din momentul apariției manifestărilor clinice până la naștere:

- **Aciclovir** 400mg PO de 3ori\zi .
- **Valaciclovir** 500mg PO de 2 ori pe zi.

PATOLOGIA INFECȚIOASĂ MATERNĂ ASOCIATĂ SARCINII

- În cazul herpesului genital activ la naștere este recomandată nașterea prin operație cezariană;
- Dacă totuși nașterea vaginală a avut loc, se va indica tratament antiviral intravenos pentru mamă și copil;
- Operația cezariană este indicată dacă herpesul genital s-a activat în trimestrul III de sarcina cu 6 săptămâni înainte de data probabilă a nașterii;
-

PATOLOGIA INFECȚIOASĂ MATERNĂ ASOCIATĂ SARCINII

- Riscul de transmitere a VHS recurent cu leziuni active la naștere este mai mic de 3%;
- Nu sunt evidențe că femeile seropozitive la herpes genital prezintă risc pentru naștere prematură sau pentru retard de dezvoltare intrauterin a fătului;
- Anticorpii materni asigură o protecție de transmitere a virusului la nou-născut;
- Terapia antivirală de regulă nu este indicată până la 36 s.a.;
- Începând cu săptămâna 36 de gestație se indică tratament antiviral supresiv cu Aciclovir 400mg PO de 3ori\zi până la naștere.
- Totodată, se va monitoriza starea nou-născutului în privința semnelor semnelor infecției herpetice.

VAGINOZA BACTERIANĂ

- Este una din cele mai frecvente afecțiuni ginecologice, caracterizată prin dereglarea echilibrului florei normale vaginale prezentată de lactobacili și deplasarea către flora vaginală mixtă prezentată de anaerobi (*Gardnerella vaginalis, Mobiluncus sp, Micoplasma hominis);*
- Nu este afecţiune cu transmisie sexuală, dar se dezvoltă mai frecvent la femeile *that likes sex*.

PATOLOGIA INFECȚIOASĂ MATERNĂ ASOCIATĂ SARCINII

Definiție:

- Vaginoza bacteriană sau vaginita anaerobă, reprezintă un sindrom clinic polimicrobian rezultat din înlocuirea speciei normale *Lactobacillus* din vagin, cu concentrația crescută de bacterii anaerobe (*Gardnerella vaginalis, Mobiluncus sp, Micoplasma hominis ș.a.)*

Vaginoza bacteriană se caracterizează prin trei modificări ale mediului vaginal:

1. Schimbare a florei vaginale de la specia *Lactobacillus* la una cu o diversitate bacteriană ridicată, inclusiv ananerobă facultativă;
2. Producerea de amine volatile de către noua floră bacteriană.
3. Creștera pH vaginal la> 4,5 (pH vaginal normal variază de la 4.0 la 4.5).

Factorii de risc:

1. **Dereglări hormonale:** ce se manifestă cu hipoestrogenemie. Scăderea nivelului de estrogen duce la micșorarea producerii de glicogen care servește ca substrat nutritiv pentru *Lactobacillus*
2. **Stările imunodificiente:** ca stres, terapie îndelungată antibacterială, citostatice, DZ, avitaminoze.
3. **Deprimarea factorilor naturali ai imunității vaginale prin**: irigații vaginale frecvente cu antiseptice, folosirea DIU, spermicide, deodorantelor vaginale.
4. **Inflamații pelvine cronice**
5. **Contacte sexuale frecvente,** cu diferiți parteneri sexuali.

PATOLOGIA INFECȚIOASĂ MATERNĂ ASOCIATĂ SARCINII

Clinica:

- secreții vaginale albe, gri sau galbene;
- miros de pește al secreției vaginale, cel mai accentuat după contact sexual sau spălare cu săpun;
- disconfort în regiunea OGE;
- Mai rar: prurit, senzații de arsură vulvară; disurie, eritem și edem al vaginului

Complicațiile ale sarcinii, nașterii și perioadei post-partum:

- Risc sporit de naștere prematură;
- Corioamnionită;
- Infecție intraamniotică;
- RPPA este de 7,3 ori mai frecventă la gravidele cu vaginoză bacteriană;
- Infecție neonatală;
- Endometrită postpartum.

Diagnostic:

- Se bazează pe prezența a cel puțin 3 **Criterii Amsel** care sunt simple și ușor de interpretat:

1. **Secreție vaginală anormală:** abundentă, omogenă subțire, alb-cenușie care acoperă peretele vaginal;
2. **pH vaginal** > 4,5 ;
3. **Testul aminelor volatile „Whiff„:** este pozitiv- prezența unui miros de pește, atunci când se adaugă o picătură de KOH 10% la o probă de secreții vaginale.

Tratamentul:

- Este recomandat pentru toate gravidele cu vaginoză bacteriană simptomatică;
- În cazul vaginozei asimptomatice tratamentul este indicat pacientelor din grupul de risc (avort spontan, naștere prematură, RPPA, infecție intraamniotică, mortalitate perinatală, endometrită postpartum);
- **I Trimestru:**
  - Metronidazol 2 g oral o singură doză;
  - Metronidazol 250 mg oral de 2 ori\zi timp de 5-7 zile.
- **II –III Trimestru:**
  - Metronidazol 2 g oral o singură doză;
  - Metronidazol 250 mg oral de 3ori\zi timp de 5-7 zile.
- **Perioada postpartum:**
  - Metronidazol 2 g oral o singură doză;

TRICHOMONIAZA

- Este o infecție cauzată de *Trichomonas vaginalis;*
- Principala cale de transmitere este sexuală;

Consecințele infecției trichomoniazice netratate asupra sarcinii:

- Crește rata avortului spontan;
- Infectării intrauterine fetale;
- RPMP;
- Transmiterea infecției la naștere fătului, mai ales dacă acesta este de sex feminin.

Diagnosticul:

- Se recomandă gravidelor în cadrul vizitelor prenatale prin:
- Microscopia materialului nativ;
- Cultura secretului vaginal, cervical, uretră;
- Teste PCR.

Tratament:

I Trimestru:

- Metronidazol 2 g în priză unică; sau
- Metronidazol 500 mg de 2 ori\zi 5-7 zile.

II Trimestru:

- Metronidazol 2 g în priză unică + Metronidazol 500mg intravaginal 7 zile; sau
- Metronidazol 500 mg de 2 ori\zi 5-7 zile + Metronidazol 500mg intravaginal 7 zile.

Periada de lactație:

- Metronidazol 2 g în priză unică.

III. Infecţii care practic nu complică sarcina şi nu afectează fătul.

- Candidoza vaginală;
- Condiloamele acuminate;
- Micoplasma;
- Alte infecţii.

CANDIDOZA GENITALĂ

- Este o infecție cauzată de levuri genul *Candida,* cele mai frecvente fiind *Candida albicans* (90%), un saprofit al tubului digestiv.
- Se depistează în secrețiile vaginale ale femeilor sănătoase în cantitate mică sau moderată;
- În diferite stări imunodificiente fiziologice (sarcina) și patologice (DZ) speciile *Candida* devin patogene;
- Purtătoarele de *Candida* pot infecta fătul în timpul sarcinii și nou-născutul în perioada postpartum;

Influența Candidozei netratate asupra sarcinii:

- Poate fi cauza nașterii premature;
- Nașterea unui copil cu masă mică;
- Crește riscul mortalității neonatale.

Diagnosticul Candidozei genitale:

- Se face în baza datelor clinice și microscopiei frotiului vaginal.

Tratament:

- *Clotrimazol* (Canesten) cremă 1% 5 g intravaginal timp de 7-10 zile;
- *Nistatină* – supozitorii vaginale câte 100.000 UN x 2 ori\zi 14 zile.

COMPLICAȚIILE GESTAȚIONALE ALE INFECȚIILOR

- **Infecția gestațională poate duce la diverse efecte adverse asupra dezvoltării fetale:**
  - sarcină stagnată în evoluție;
  - avort spontan;
  - naștere prematură;
- **Infecția dobândită în sarcină poate persista și post-partum, fiind cauza diferitor complicații septico-purulente.**
- **Infecția neonatală la făt se poate manifesta prin:**
  - hidrops fetal;
  - microcefalie;
  - convulsii;
  - hipoacuzie;
  - hepatomegalie;
  - icter, trombocitopenie;
  - restricției în dezvoltare intrauterină a fătului.

CORIOAMNIONITA:

- **Corioamnionita** sau infecția produsului de concepție, este o complicație frecventă a sarcinii, asociată cu efecte adverse materne (infecție post-partum și sepsis) și fetale (mortinatalitate, naștere prematură, sepsis neonatal, pneumonie, afectare neurologică).
- Frecvența 1-4% din toate sarcinile.

Factorii de risc de pentru corioamnionită:

- RPPA cu perioada alichidiană îndelungată (≥ 12h);
- Naștere îndelungată (≥ 12h);
- Multiple examinări vaginale (≥ 3);
- Fumatul și consumul excesiv de alcool;
- Statutul imunologic compromis;
- Lichid amniotic miconial;
- Colonizarea vaginului cu Streptococul grupului B;
- Infecție cu transmitere sexuală;
- Contaminarea vaginului cu micoplasme și ureoplasme.

Tabloul clinic:

- Febră maternă (peste 37,8°C) prezentă la doua examinări succesive la interval de 4-6h;
- Tahicardie fetală ($> 160\ b\backslash\min$);
- Tahicardie maternă(($> 100\ b\backslash\min$);
- Scurgeri vaginale modificate;
- Leucocitoză maternă ($> 18x109$).

N.B.!!! Diagnosticul clinic de corioamnionită e stabilit cu certitudine, dacă la semnele menționate anterior se asociază scurgeri vaginale purulent-fetide.

Tratament:

- Conduita pacientelor cu infecție intraamniotică se va baza pe :
- Inducerea travaliului de urgență;
- Antibioticoterapie cu: - *Ampicilină* câte 2 g i.v. fiecare 6 ore plus

  - *Gentamicină* 5 mg\kg o dată\zi.

Mulțumesc pentru atenție!