

Terhességi varicella

Varicella in pregnancy

GURZÓ LILLA ANNA DR., WIKONKÁL NORBERT DR., TEMESVÁRI ERZSÉBET DR.,
KÁRPÁTI SAROLTA DR.

Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS

A varicella, ismertebb nevén bárányhimlő, egy jóindulatú infekzív gyermekkori betegség, de a vírussal a terhesség során való fertőződés súlyos komplikációkhoz vezethet mind az anyánál, mind magzatánál. Terhes nők varicella infekciója esetén az első trimeszterben a legnagyobb a magzati károsodás kockázata, de a súlyos anyai szövődmények esélye folyamatosan fennáll. Infekció esetén antivirális kezelés mindenképp szükséges a súlyos anyai szövődmények és magzati anomáliák megelőzése céljából.

A szerzők egy 35 éves gravida esetét ismertetik, akinél első terhessége kapcsán a 17. gestációs héten típusos tünetekkel varicella jelentkezett. A diagnózisnak megfelelően a beteg – szoros obszerváció mellett – parenteralis – majd peroralis antivirális (acyclovir) kezelésben részesült, mely mellett tünetei regrediáltak. A beteg egy hetes hospitalizációt követően panaszmentesen, maradványtünetekkel távozott.

Kulcsszavak:
varicella - terhesség - antivirális kezelés

SUMMARY

Varicella, also known as chickenpox, is a relatively benign disease which mostly occurs in early childhood. However, infection during pregnancy can lead to serious fetal and maternal complications. Maternal varicella during the first trimester of the pregnancy carries the highest risk in causing congenital malformations (embriopathy), and the risk of serious maternal morbidity is high throughout the whole pregnancy. Antiviral treatment is required in all cases in order to prevent possible maternal and fetal complications.

The authors report a case of a 35-year-old pregnant patient, who was diagnosed with varicella in her second trimester, 17 weeks into her pregnancy. She was treated with intravenous then oral antiviral medication (acyclovir) under close observation. Her symptoms regressed and she was sent home after a 7-day hospital stay.

Key words:
varicella - pregnancy - antiviral therapy

Esetismertetés

A 35 éves gravida nőbeteg anamnézisében gastro-oesophagealis reflux betegség, gastroscopiával igazolt, és kezelt ulcus ventriculi szerepel. 17 hetes volt első terhességével a tünetek jelentkezésekor. Magzatvédő vitamint szedett, továbbá a tünetek megjelenését megelőző héten húgyúti fertőzés miatt antibiotikus kezelésben részesült. Elmondása szerint hospitalizációja előtt 4 nappal észlelte a felső ajkán egy pustula megjelenését, majd testszerte viszkető kiütések jelentkezését, amelyet 39 °C-os láz kísért.

Első vizsgálatunk alkalmával testszerte illetve a hajas fejbőrön erythemás alapon vesiculákat, számos pörkkel fedett erosiót, exco-riatiót észleltünk, a betegnek szájnyalkahártya tünete nem volt (1., 2. ábra). Elmondása szerint gyermekkorában nem esett át varicellán. Az anamnézis és a klinikai kép terhességi varicella diagnózisát támasztotta alá.

Laboratóriumi vizsgálatok során anaemia, gyorsult sülyedés, emelkedett fehérvérsejt-, vérlemezke szám, alacsony karbamid és húgysav érték igazolódott, a vizeletben kóros eltérést nem észleltünk. Klinikai ápolása alatt hasi ultrahang, nőgyógyászati kontroll

vizsgálat történt, amelyek során nőgyógyászati teendőt nem vélemeztek.

A diagnózisnak megfelelően a beteg 3 napig 3x500 mg dózisban parenteralis acyclovir kúrában részesült, amelyet peroralis terápiával folytattunk 5x800 mg-os dózisban, lokális hűsítő rázókeverék, illetve 1%-os szalicil oldatos kezelés mellett.

Egy hetes hospitalizációt követően a beteget panaszmentesen, maradványtünetekkel, jó általános állapotban otthonába bocsájtottuk (3., 4. ábra).

Megbeszélés

A varicella fertőzés gyakorisága terhesség során 1-5 eset 10.000 terhességből (1). Terhes nőkben a varicella fertőzés szinte mindig tünetes. Fáradékonysággal, lázzal, fejfájással járó prodromát követően típusos viszkető hólyagok jelentkeznek, amelyeket esetenként nyálkahártya tünet is kísér (2). Terheseknek antivirális terápiaként



1. ábra

Testszerte erythemás alapon vesiculák, pörkkel fedett erosiók, excoriatiók



3. ábra

1 hetes antivirális kezelés után látható regresszív tünetek



2. ábra

Erythemas alapon excoriált vesicula



4. ábra

Gyógyuló erosiók

acyclovir adható, ha a várható terápiás előny a lehetséges kockázatot meghaladja (FDA kategória B) (3).

A leggyakoribb anyai szövődmény a varicella pneumonia, amely a terhes varicellás nőbetegek 5-10%-nál alakul ki. Köhögéssel, haemoptoeval, mellkasi fájdalommal jár, és komolyan veszélyezteti az anya egészségét, az esetek 40%-ában mesterséges lélegeztetés válhat szükségessé (4, 5, 6). Kevésbé gyakori anyai szövődmények egyebek mellett az encephalitis, a peri-és myocarditis, a hepatitis, a glomerulonephritis, a mellékvese-elégtelenség és a thrombocytopeniás purpura (4, 7, 8, 9).

A korai magzati szövődmény legsúlyosabb formáit a congenitalis varicella szindróma (embriopathia) néven ismerjük: a heges bőrtünetek mellett végtag hypoplasia

vagy paresis, musculosceletális eltérések, microcephalia, központi idegrendszeri abnormalitások, illetve szemészeti eltérések jelentkezhetnek egyéb anomáliák mellett (10, 11, 12, 13, 14, 15). Röviddel a szülés előtt illetve az első postpartum hétben bekövetkezett infekció progresszív varicella (neonatalis varicella) kialakulásához vezet az újszülöttnél, ami kezelés nélkül az esetek 20%-ban fatális (4, 16).

A komplikációk megelőzése végett bárányméhen át nem esett gravidákat (a biztos expozíciót követő 72-96 órán belül) javasolhatóan varicella zoster immunoglobulin (VZIG) terápiában lehet részesíteni intramuscularisan 125 U/10 kg dózisban (4, 17, 18, 19, 20). Amennyiben erre nem került sor, és a terhes nő fertőződik, antivirális kezelés szükséges. Az 1995 óta rendelkezésre álló igen hatékony, élő attenuált vírust tartalmazó vakcináció (Varivax) még teherbeesés előtt javasolható azon fogamzóképes nőbetegeknél, akik korábban nem estek át bárányméhen. Gravidák beoltása kontraindikált (20, 21, 22, 23).

Az antivirális kezelés acyclovirral (i.v. 10 mg/kg 8 óránként 10 napig, vagy per os 5x800 mg 7 napig) vagy valacyclovirral (per os 3x1000 mg 7 napig) számos tanulmány alapján biztonságos, nem teratogén. Csökkenti az infekcióhoz társuló lázat és a típusos tüneteket (24, 25, 26). Az antivirális szer átjut a placentán, megtalálható a magzati szövetekben, a magzatvízben és köldökzsinór vérben, gátolja a vírus replikációt és megakadályozza a vírus placentán való átjutását. A terápia befejeztével szorosabb ultrahangos követés javasolt terhesgondozás keretében. Anyai pneumonia, encephalitis vagy egyéb szövődmény kialakulása esetén azonnali hospitalizáció és intravénás acyclovir terápia ajánlott (10 mg/kg 8 óránként 10 napig) (8, 27, 28).

Terhesség során akvirált varicella fertőzés esetén szisztémás antivirális terápia indítása mellett neonatológussal, genetikussal való konzultáció, nőgyógyászati kontroll vizsgálat mindenképp indokolt a súlyos anyai és magzati szövődmények megelőzése végett.

IRODALOM

1. McIntosh D., Isaacs D.: Varicella zoster virus infection in pregnancy. *Arch Dis Child* (1993) 68, 1-2.
2. Grose C.: Varicella infection during pregnancy. *Herpes* (1999) 6, 33-7.
3. Kárpáti S., Kemény L., Remenyik É.: Bőrgyógyászat és venerológia, Medicina Kk. Zrt., (2013) 955.
4. Enders G., Miller E., Cradock-Watson, J. et al.: Consequences of varicella and herpes zoster in pregnancy: prospective study of 1739 cases. *Lancet* (1994) 343, 1547-50.
5. Cox S. M., Cunningham F. G., Luby J.: Management of varicella pneumonia complicating pregnancy. *Am J Perinatol.* (1990) 7(4), 300-301.
6. Landsberger E. J., Hager W. D., Grossman J. H.: Successful management of varicella pneumonia complicating pregnancy. A report of three cases. *J Reprod Med.* (1986) 31(5), 311-314.
7. Pastuszak A. L., Levy M., Schick B, et al.: Outcome after maternal varicella infection in the first 20 weeks of pregnancy. *N Engl J Med* (1994) 330:901-5.
8. Broussard R. C., Payne D. K., George R. B.: Treatment with acyclovir of varicella pneumonia in pregnancy. *Chest* (1991) 99, 1045-1047.
9. Smego R. A. Jr., Asperilla M. O.: Use of acyclovir for varicella pneumonia during pregnancy. *Obstet Gynecol* (1991) 78, 1112-6.
10. Alkalay A. L., Pomerance J. J., Rimoin D. L.: Fetal varicella syndrome. *J Pediatr* (1987) 111, 320-323.
11. Hammad E., Helin I., Pacsa A.: Early pregnancy varicella and associated congenital anomalies. *Acta Paediatr Scand* (1989) 78, 963-964.
12. Cotlier E.: Congenital varicella cataract 1. *Am J Ophthalmol.* (1978) 86(5), 627-629.
13. Scheffer I. E., Baraitser M., Brett E. M.: Severe microcephaly associated with congenital varicella infection 1. *Dev Med Child Neurol.* (1991) 33(10), 916-920.
14. Andreou A., Basiakos H., Hatzikoumi I., Lazarides A.: Fetal varicella syndrome with manifestations limited to the eye 1. *Am J Perinatol.* (1995) 12(5), 347-348.
15. Al-Katawee Y. A., Al-Hasoun Y. A., Taha M. N., Al-Moslem K.: Congenital varicella-zoster virus infection. A rare case of severe brain and ocular malformations without limb or cutaneous involvement in a newborn after maternal subclinical infection 1. *Saudi Med J.* (2005) 26(5), 869-871.
16. Sauerbrei A., Wutzler P.: Neonatal varicella. *J Perinatol.* (2001) 21(8), 545-549.
17. Koren G., Money D., Boucher M., Aoki F., Petric M.: Innocencion G, et al. Serum concentrations, efficacy, and safety of a new, intravenously administered varicella zoster immune globulin in pregnant women. *J Clin Pharmacol* (2002) 42, 267-74.
18. Gruslin A., Steben M., Halperin S., Money D. M., Yudin M. H.; SOGC Infectious Diseases Committee. Immunization in pregnancy. SOGC Clinical Practice Guideline no. 236, November 2009. *J Obstet Gynaecol Can* (2009) 31, 1085-101.
19. Brunell P. A., Ross A., Miller L. H., Kuo B.: Prevention of varicella by zoster immune globulin 1. *N Engl J Med.* (1969) 280(22), 1191-1194.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of varicella: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep.* (1996) 45(RR-11), 1-36.
21. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Varicella vaccine update. *Pediatrics.* (2000) 105, 136-141.
22. ACOG Committee Opinion. Immunization during pregnancy. *Obstet Gynecol* (2003) 101, 207-12.
23. Shields K. E., Galil K., Seward J., Sharrar R. G., Cordero J. F., Slater E.: Varicella vaccine exposure during pregnancy: data from the first 5 years of the pregnancy registry. *Obstet Gynecol* (2001) 98, 14-9.
24. Dunkle L. M., Arvin A. M., Whitley R. J. és mtsai: A controlled trial of acyclovir for chickenpox in normal children. *N Engl J Med* (1991) 325, 1539-44.
25. Wallace M. R., Bowler W. A., Murray N. B. és mtsai: Treatment of adult varicella with oral acyclovir. A randomized, placebo-controlled trial. *Ann Int Med* (1992) 117, 358-63.
26. Spangler J. G., Kirk J. K., Knudson M. P.: Uses and safety of acyclovir in pregnancy. *J Fam Pract* (1994) 38, 186-91.
27. Grover L., Kane J., Kravitz J., Cruz A.: Systemic acyclovir in pregnancy-A case report. *Obstet Gynecol* (1985) 65, 284-287.
28. Kimberlin D. F., Weller S., Whitley R. J., Andrews W. W., Hawth J. C., Lakeman F. és mtsai: Pharmacokinetics of oral valacyclovir and acyclovir in late pregnancy 1. *Am J Obstet Gynecol.* (1998) 179(4), 846-851.

Érkezett: 2013. 11. 28.

Közlésre elfogadva: 2013. 12. 06.

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle Szerkesztősége fenntartja magának a jogot a hirdetések és szponzorált közlemények elfogadására, de ezek tartalmáért semmilyen körülmények között nem vállal felelősséget.