

Toksoplazmoza wrodzona



dr n med. Jacek Patalan
Oddział Noworodków, Patologii i
Intensywnej Terapii SPS ZOZ Zdroje

Międzyzdroje
9.06.2017

Toksoplazmoza wrodzona - dane epidemiologiczne

Toksoplazmoza jest chorobą odzwierzęcą wywołaną przez pierwotniaka *Toxoplasma gondii*.

Województwie zachodniopomorskim - 68,7% kobiet w wieku prokreacyjnym miało kontakt z pasożytem (jest seropozytywnych).

Ryzyko transmisji pierwotniaka od matki do dziecka w ciągu trwania całej ciąży określane jest na 30-40%. Częstość występowania toksoplazmozy wrodzonej waha się a 1-2 noworodków na 1000 urodzeń żywych.

Przypadek toksoplazmozy wrodzonej

- ◇ noworodek płci żeńskiej, C II, P I
- ◇ urodzony w 35 Hbd, cc, skala Apgar: 8,7,8 pkt.
- ◇ wywiad: matka 23 lat, jedno poronienie w 18 Hbd (3 lata wcześniej), w obecnej ciąży dodatnie wyniki badań serologicznych w kierunku toksoplazmozy

Badania ciężarnej

Badania serologiczne	IgM	IgG	Awidność	USG płodu
18 Hbd	5,7COI	630 IU/ml	0,07	prawidłowe
24 Hbd	2,8COI	287 IU/ml	0,19	brak
28 Hbd	reaktywny	413 IU/ml	graniczna	poszerzenie komór
35Hbd	14COI	5489 IU/ml	-	wodogłowie

Dziecko

- ◇ 35Hbd, masa urodzeniowa: 2510 g (50centyl), długość 48cm (90centyl)
- ◇ wodogłowie - obwód głowy 34,5cm (97centyl), ciemę przednie napięte 3-4 cm, szwy czaszkowe szerokie 0,5 cm
- ◇ gałki oczne małe, zapadnięte, wąskie szpary powiekowe,
- ◇ śródmiążzowe zapalenie płuc z wysiękiem do opłucnej
- ◇ hepatosplenomegalia z wysiękiem do jamy otrzewnej
- ◇ brak w pełni wyrażonych odruchów noworodkowych z towarzyszącym wzmożonym napięciem mięśniowym, okresowe drżenia czterokończynowe

Badania dodatkowe

1 doba życia dziecka

- W badaniu PCR krwi pępowinowej i w płynie mózgowo-rdzeniowym, wykryto obecność DNA *Toxoplasma gondii*.
- W płynie mózgowo – rdzeniowym wykazano wysoki poziom białka-1083mg/dl, cytoza-21 (segm-15, limf-6).
- Poziom przeciwciał anty TOXO klasy IgG (1373 IU/ml)
- Poziom przeciwciał anty TOXO IgM (0,4COI).

Badania dodatkowe

- ◆ Narastający poziom IL-6 (53-96-163-234pg/ml) przy ujemnych wartościach CRP, PCT i prawidłowej leukocytozie
- ◆ Trombocytopenia (71-84-79tys/mm³)
- ◆ Podwyższenie poziomu transaminaz:
 - AspAT-189-78-27-30-31IU/L,
 - AlAT-29-19-10-11-15IU/L,
 - GGTP-721-369-158IU/L,
 - Bilirubiny całk.-11,81-7,20-3,42mg%,
 - Bilirubiny związ.-0,79-2,30-1,48mg%.

Wykluczono zakażenie CMV i Rubellą

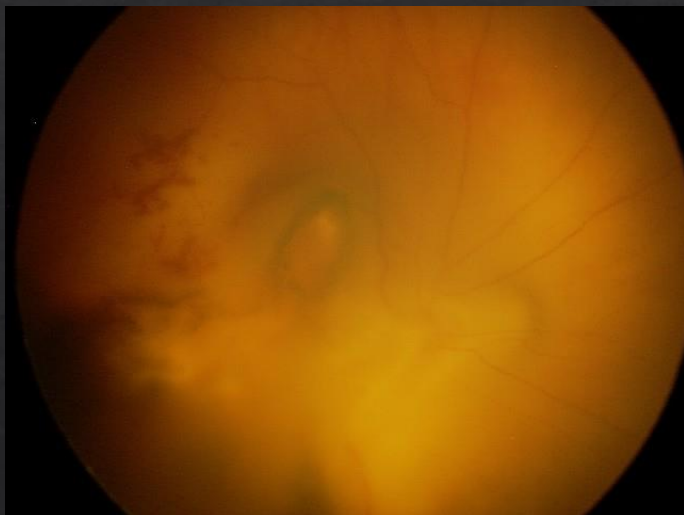
Badanie okulistyczne

dr hab. n. med. M.Modrzejewska Katedra i Klinika Okulistyki PUM

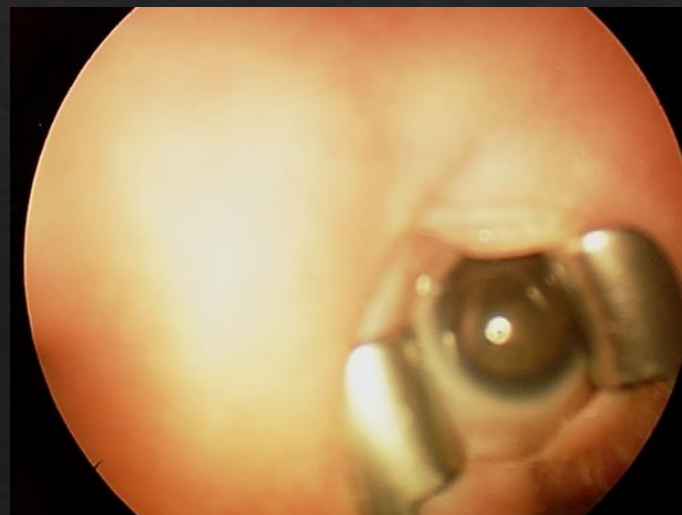
oko prawe

oko lewe

1.



2.



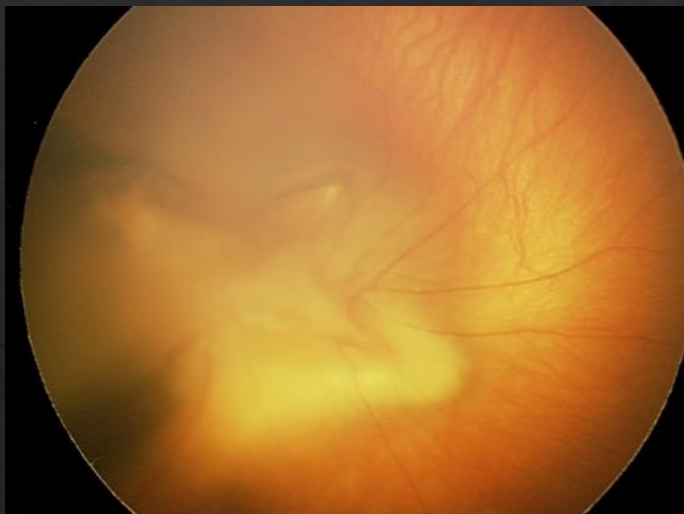
Badanie okulistyczne

dr hab. n. med. M.Modrzejewska Katedra i Klinika Okulistyki PUM

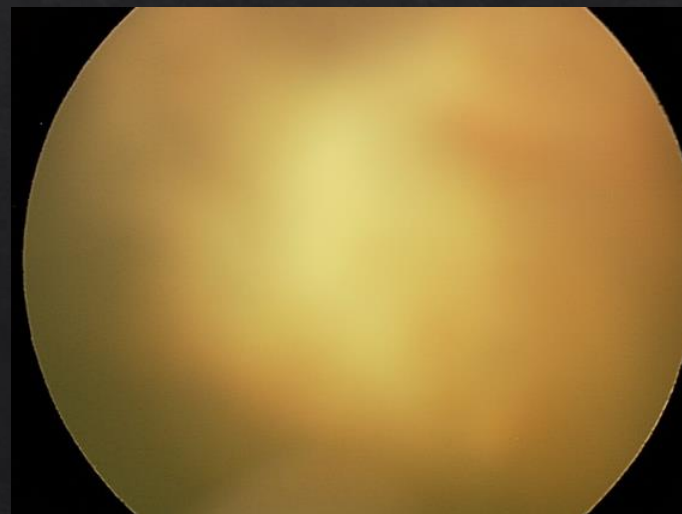
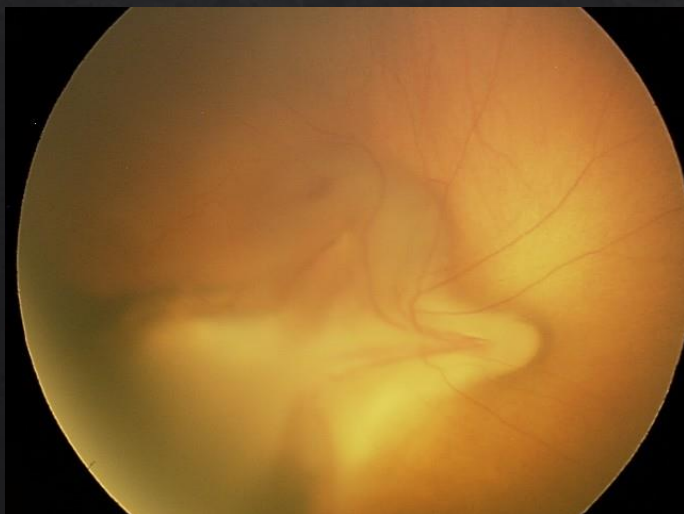
oko prawe

oko lewe

3.



4.



Badanie USG głowy dziecka

- ❖ Układ komorowy znacznie poszerzony w zakresie komór bocznych (LVR 0,67). Warstwa mózgowia w okolicy potylicy niemierzalna, w okolicy skroniowej grubości do 0,38cm.
- ❖ Komory wypełnione zagęszczoną treścią płynną. Okołołokomorowo nie można wykluczyć zmian leukomalacyjnych. Komora III szerokości 0,4cm.
- ❖ Wnioski: Obraz przemawia za aktywnym wodogłowie i stanem zapalnym.

Badanie USG mózgu dziecka

- ◆ W kontrolnych badaniach USG głowy obserwowano dalsze poszerzanie się przestrzeni płynowych i zanik mózgu (wskaźnik LVR 0,79-0,9).
- ◆ Przyczyny odstąpienia od założenia zastawki komorowo-otrzewnowej:
 - brak cech czynnego wodogłowia
 - utrzymujący się stan zapalny mózgu (płynu mózgowo – rdzeniowy: cytoza – 12 w tym 8 segmentów i 4 limfocyty, białko: 903,0mg/dl)
 - Obwód głowy 35cm (przyrost 0,5cm)

Leczenie u dziecka

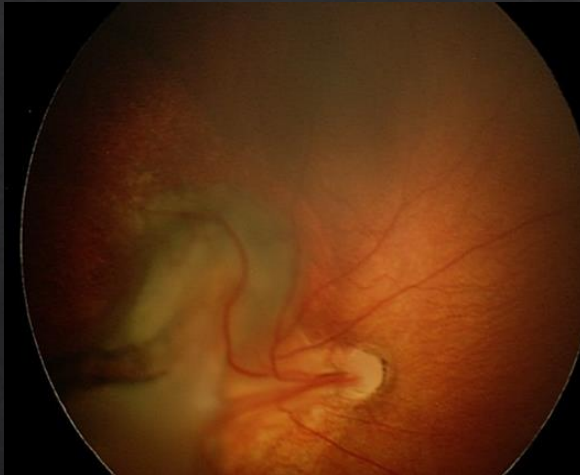
- ◈ W leczeniu od 2 doby życia zastosowano Sulfadiazynę, Daraprim, Calcium folinate, Encorton
- ◈ Badania serologiczne powtórzone po 30 dniach ujawniły serokonwersję w zakresie przeciwciał:
 - anty-Toxo IgM –1,2COI
 - obniżanie się wartości anty-Toxo IgG –369,1IU/ml.

Wypisany do domu w 48 dobie życia z zaleceniem kontynuacji leczenia i dalszych konsultacji okulistycznych, neurologicznych oraz kontroli Poradni Chorób Zakaźnych

Obraz dna oka po zakończonym leczeniu

dr hab. n. med. M.Modrzejewska Katedra i Klinika Okulistyki PUM

oko prawe



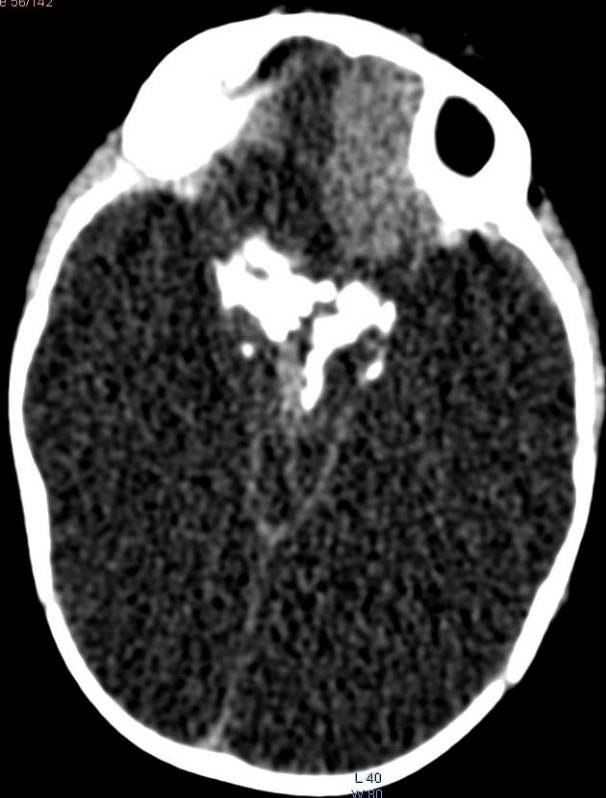
oko lewe



TK głowy dziecka – przestrzeń płynowa

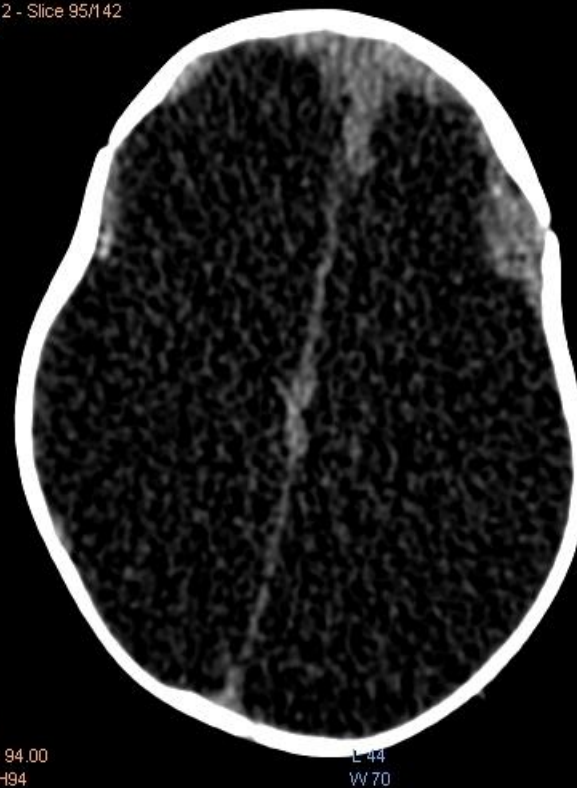
GLOWA 1.0+C
2013-10-10
3:10 PM
Scan Nr. 2 - Slice 56/142
Filter UB

120kV, 100mAs
Slice Thk 1.0mm
Pitch 0.94
FOV 181 mm
Zoom 128%
Contrast



GLOWA 1.0+C
2013-10-10
3:10 PM
Scan Nr. 2 - Slice 95/142
Filter UB

120kV, 100mAs
Slice Thk 1.0mm
Pitch 0.94
FOV 181 mm
Zoom 128%
Contrast





dlaczego u płodu z
toksoplazmowym zapaleniem
mózgu w badaniu AF PCR nie
wykryto DNA pasożyta

Dlaczego wynik AF PCR był fałszywie ujemny

- ◆ badanie PCR płynu owodniowego należy wykonać po 18 Hbd i minimum 4 tygodnie po zarażeniu
- ◆ należy pobrać próbkę płynu > 10ml
- ◆ wynik fałszywy:
 - rozcieńczenie płynu w III trymestrze ciąży
 - wpływ leczenia matki
- ◆ zbyt późno wykonano badanie (28 Hbd)
- ◆ po 24 Hbd we Francji AF PCR wykonuje się rzadko z uwagi na ryzyko poronienia (1%), i spadającej w trzecim trymestrze ciąży wartości predykcyjnej ujemnej NVP (zaleca się kurację P/S)

Zalecenia Toxoplasmosis Center at the University of Chicago

- ◆ ciężarne u których podejrzewa się lub potwierdzono zarażenie pierwotne T.gondii przed 18 Hbd stosowanie Spiramycyny
- ◆ Spiramycyna powinna być przyjmowana aż do porodu u kobiet z ujemnym wynikiem AF PCR i prawidłowym obrazem USG płodu.
- ◆ Spiramycyna nie jest rekomendowana jeżeli istnieje podejrzenie zarażenia płodu
- ◆ Pyrimetamina/sulfadiazyna/kwas folinowy. Po 18 Hbd jeżeli podejrzewa się lub potwierdzono ostre pierwotne zarażenie ciężarnej i AF PCR (+) lub obraz USG sugeruje zarażenie. Gdy AF PCR(-) i USG (-) rozważyć powrót do Spiramycyny

Zalecenia niemieckie

- ◆ Spiramycyna - w przypadku diagnozowania w kierunku pierwotnego zarażenia ciężarnej do 16 Hbd
- ◆ P/S/kwas folinowy- po 16 Hbd przez minimum 4 tygodnie aż do wyjaśnienia stanu płodu (w oparciu o badanie AF PCR i USG płodu)
 - Wynik dodatni kontynuacja leczenia P/S do porodu, gdy brak potwierdzenia powrót do Spiramycyny pod dalszą kontrolą USG płodu
- ◆ Obniżono częstość zarażeń do 4,8%(przy ryzyku transmisji do płodu w innych krajach europejskich ~30%)

Wnioski

- ◇ Po 24 Hbd badania AF metodą PCR interpretować ostrożnie z uwagi na narastanie częstości wyników fałszywie ujemnych, należy uwzględnić badanie USG
- ◇ badaniem USG monitorować stan płodu co 4 tygodnie
- ◇ w przypadkach wątpliwych zamiast profilaktyki Spiramycyną rozpocząć leczenie płodu (P/S)

Dziękuję za uwagę