

## Cytomegalia w ciąży

Cytomegalia jest chorobą wirusową szeroko rozpowszechnioną wśród ludzi na całym świecie. W większości przypadków przebiega bezobjawowo. Wirus cytomegalii (Cytomegalovirus - CMV), swoisty dla ludzi, po raz pierwszy został wyizolowany z hodowli komórkowej w roku 1956. Nazwa wirusa pochodzi od zmian jakie powoduje on w komórce - zakażona komórka znacznie powiększa się zawierając charakterystyczne wtręty zlokalizowane wewnątrz jądra oraz w cytoplazmie. Ocenia się, że w Europie Centralnej 60 - 80 % mieszkańców jest nosicielami wirusa cytomegalii, w Stanach Zjednoczonych nieco mniej, bo 50 - 60 %. Wśród ciężarnych mieszkanki Europy obecność wirusa na początku ciąży stwierdza się w 45 % przypadków. Tak częste występowanie wirusa cytomegalii w populacji ludzkiej spowodowane jest łatwym szerzeniem się zakażenia : przez kontakt ze śliną, moczem, nasieniem, wydzieliną pochwy, w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych oraz po przeszczepach narządów. Najczęściej do zakażenia CMV dochodzi w okresie dzieciństwa (żłobek, przedszkole) oraz w okresie dorastania (szkoła). Stąd stosunkowo często spotykamy się z cytomegalią wrodzoną u młodocianych ciężarnych. Wirus cytomegalii jest najczęstszą wirusową przyczyną wewnątrzmacicznego zakażenia płodu. Uważa się, że około 1% noworodków ulega zakażeniu w okresie płodowym, następstwem czego są zaburzenia i opóźnienia w rozwoju umysłowym, trudności w nauce, zaburzenia słuchu oraz upośledzenie widzenia. Do zakażenia płodu najprawdopodobniej dochodzi podczas wiremii u ciężarnej. Na podstawie przeprowadzonych badań epidemiologicznych określono grupy wysokiego ryzyka urodzenia noworodka z wrodzoną infekcją CMV. Należą do nich matki młodociane oraz pracujące w handlu, a także nauczycielki i opiekunki w żłobkach i przedszkolach. Szacuje się, że rocznie około 8 - 20 % kobiet pracujących z małymi dziećmi zaraża się CMV i jest to około 4 razy częściej niż ogół populacji.

Pierwotna infekcja CMV u zdrowych dorosłych a także u kobiet ciężarnych zwykle jest bezobjawowa, ale u około 10 % stwierdza się następujące objawy : podwyższona temperatura ciała, która może utrzymywać się do 30 dni, zmęczenie, ból głowy, kaszel i ból gardła. Badaniem stwierdza się zapalenie gardła, powiększenie węzłów chłonnych szyi lub uogólnione, czasami powiększenie wątroby i śledziony, a także anemię. Ciąża nie zmienia przebiegu choroby u ciężarnej, która rozwija się również bezobjawowo. Infekcja może mieć charakter pierwotny, nawrotowy a także może być spowodowana innym szczepem wirusa. Uważa się, że ciąża może zwiększać wrażliwość ciężarnych na zakażenie wirusem oraz na uaktywnienie się postaci dotychczas nieaktywnych. Zakażenie wirusem cytomegalii jest najczęstszym czynnikiem infekcji wewnątrzmacicznych wszystkich urodzonych dzieci i dotyczy to około 2% noworodków. Zakażenie płodu następuje na drodze przenikania wirusa przez łożysko lub na drodze wstępującej z szyjki macicy przez zachowane błony płodowe. Najbardziej niebezpieczna dla płodu jest pierwotna infekcja rozwijająca się u ciężarnej do 20 tygodnia ciąży, bo może prowadzić do małogłowia, oraz zwapnień śródczaszkowych. Natomiast infekcje rozwijające się w II połowie ciąży mogą powodować u noworodków zapalenie wątroby, płuc, ciężką małopłytkowość. Zakażenia nawracające u matki tylko w 1% przypadków kończy się infekcją wrodzoną u płodu, bo płód i noworodek chronione są przez przeciwciała wytworzone przez matkę w trakcie pierwszej infekcji. 40 - 60% noworodków karmionych piersią przez matki chore na cytomegalię zostaje zakażonych w pierwszych miesiącach życia, ale infekcje te przebiegają bezobjawowo i nie pozostawiają żadnych konsekwencji.

Infekcje wrodzone występują w 30 - 40% pierwotnych zakażeń przebiegających u ciężarnych, ale ocenia się, że tylko 1% noworodków rodzi się z cytomegalią wrodzoną i u około 10% z nich ujawnia się zespół wrodzonej cytomegalii. Charakteryzuje się on opóźnieniem wzrostu wewnątrzmacicznego, żółtaczką, powiększeniem śledziony i wątroby, małopłytkowością i zapaleniem płuc a także zwapnieniami śródczaszkowymi, zapaleniem siatkówki i naczyniówki, głuchotą. Rokowanie jest bardzo poważne, bo 20 - 30% noworodków umiera, a u tych które przeżyją mogą rozwijać się zaburzenia rozwoju umysłowego, upośledzenia słuchu i wzroku. U wielu tych dzieci po urodzeniu nie żadnych objawów, ale mogą one rozwijać się dopiero w okresie

szkolnym.

Rozpoznanie cytomegalii u ciężarnej opieramy na badaniu poziomu miana przeciwciał w klasie IgM i IgG. Obecność przeciwciał klasy IgM (które jednak mogą przetrwać do 18 miesięcy od pierwotnej infekcji) oraz znaczny wzrost przeciwciał IgG świadczą o istnieniu pierwotnej infekcji, a czułość metody określana jest na 99%. Obecność przeciwciał u kobiety na kilka miesięcy przed ciążą świadczy o przechorowaniu przez nią tej choroby, a obecne przeciwciała chronią ją przed świeżą infekcją i czynią zakażenie płodu mało prawdopodobnym.

Leczenie cytomegalii u ciężarnych jak dotychczas nie zostało opracowane. Odbywają się dyskusje nad stosowaniem Gancycloviru (lek przeciwwirusowy), ale efekty są wątpliwe. Trwają też prace nad skuteczną szczepionką, ale nie ma dowodów potwierdzających fakt, że zastosowanie obecnie istniejącej szczepionki zapobiega infekcji wewnątrzmacicznej.

**Jarosław Jacek Maj**  
**lekarz ginekolog-położnik**  
**[www.jaroslawmaj.ginweb.pl](http://www.jaroslawmaj.ginweb.pl)**