

Infezione da Cytomegalovirus

Scheda informativa per i genitori

Ha un'incidenza di 0.2-2.2% di tutte le gestazioni. Secondo studi molto recenti l'infezione congenita interesserebbe lo 0,65% dei nati.

In caso di infezione primaria materna vi è il 30-40% di trasmissione al feto; di questi il 10% circa mostra segni di infezione congenita in utero o alla nascita ed un altro 17% mostra sequele nell'arco di 1 anno di vita.

In caso di infezione materna ricorrente il rischio fetale non supera il 2% (per infezione ricorrente si intende una nuova infezione in una donna già immune per quell'agente patogeno).

L'infezione congenita da cytomegalovirus può verificarsi per trasmissione verticale attraverso la placenta, durante il parto per le secrezioni cervicali od il contatto ematico, durante l'allattamento.

Sembra che quasi tutti i neonati sintomatici alla nascita siano stati contagiati nella prima metà della gravidanza. Tuttavia la possibilità di trasmissione verticale aumenta con il progredire della gestazione; tra i feti contagiati tardivamente (III trimestre) non si riscontrano sequele a breve-medio termine.

segni ecografici

premesso che la gran parte dei potenziali segni ecografici sono manifesti intorno alle 20 settimane possiamo riscontrare:

- intestino iperecogeno
- calcificazioni intracraniche
- microcefalia/idrocefalia
- microftalmia/cataratta
- chiusura del forame ovale-effusione pericardica-tachicardia
- IUGR
- ascite- idrope non immune
- iperplacentosi
- oligo-polidramnios

Si deve precisare che le lesioni fetali, specie quelle cerebrali, spesso hanno carattere evolutivo manifestandosi nel tardivo II trimestre o III trimestre; in particolare le lesioni corticali, indicative di serio coinvolgimento cerebrale fetale, difficilmente si evidenziano prima delle 26 settimane. Tali dati devono essere tenuti in considerazione in previsione di un'eventuale interruzione della gestazione, non più consentita in molti paesi europei, tra cui l'Italia.

laboratorio

- sierologia materna mediante dosaggio di IgM e IgG specifiche (le IgM materne generalmente scompaiono entro 30-60 giorni dall'infezione primaria, ma possono persistere sino a 4 mesi dall'infezione)
- test di avidità delle IgG; si tenga presente che un'avidità alta nelle prime 12-16 settimane, esclude quasi totalmente un'infezione recente
- PCR su liquido amniotico per la ricerca di DNA virale da praticare preferibilmente dopo le 21 settimane di gestazione; nel caso si decidesse di praticare la PCR su liquido amniotico tra le 16 e le

18 settimane di gestazione e questa dovesse risultare negativa, vi è indicazione a ripetere l'amniocentesi dopo circa 1 mese; dopo tale periodo il valore predittivo negativo si avvicinerrebbe al 100% (se non c'è il virus è quasi certo che il feto non è infettato)
- in caso di positività del liquido amniotico, è possibile praticare una cordocentesi per la titolazione delle IgM fetali, conta piastrinica; non è molto utilizzata

prognosi

il 10% dei feti infettati sono sintomatici alla nascita con manifestazioni di gravità medio-alta, sequele neurologiche spesso presenti nel 90% di essi con mortalità tra il 2-30%
il 90% dei feti infettati sono asintomatici alla nascita; il 5-15% di questi mostrerà sequele a distanza tra cui più frequentemente una sordità mono/bilaterale.

I casi più severi sono quelli in cui l'infezione materna si è verificata nel I trimestre con queste manifestazioni cliniche:

- microcefalia nel 70%
- sordità nel 50%
- ritardo mentale nel 61%
- atrofia ottica o corioretinite nel 22%

In circa il 10-15% dei feti infettati i segni ecografici possono comparire tardivamente (III trimestre) o non comparire affatto così che, sebbene un quadro ecografico di normalità sia indicativo di prognosi fetale buona, non è possibile escludere con certezza la possibilità di danni fetoneonatali in presenza di un feto ecograficamente normale.

Non esiste a tutt'oggi trattamento specifico per l'infezione congenita da cytomegalovirus.