



Meld je aan met de QR-code



Practopics

Praktische topics voor de huisarts

Of klik op de link in de Q&A rechtsboven.



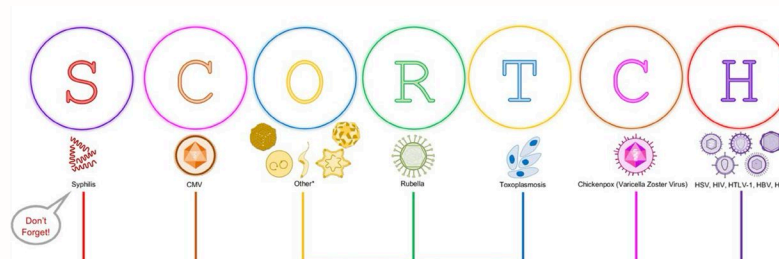


Practopics

Praktische topics voor de huisarts



Infectieziekten in de zwangerschap & neonataal: een continuüm



Prof. Dr. Daan Van Brusselen
Kinderinfectiologie & tropische pediatrie

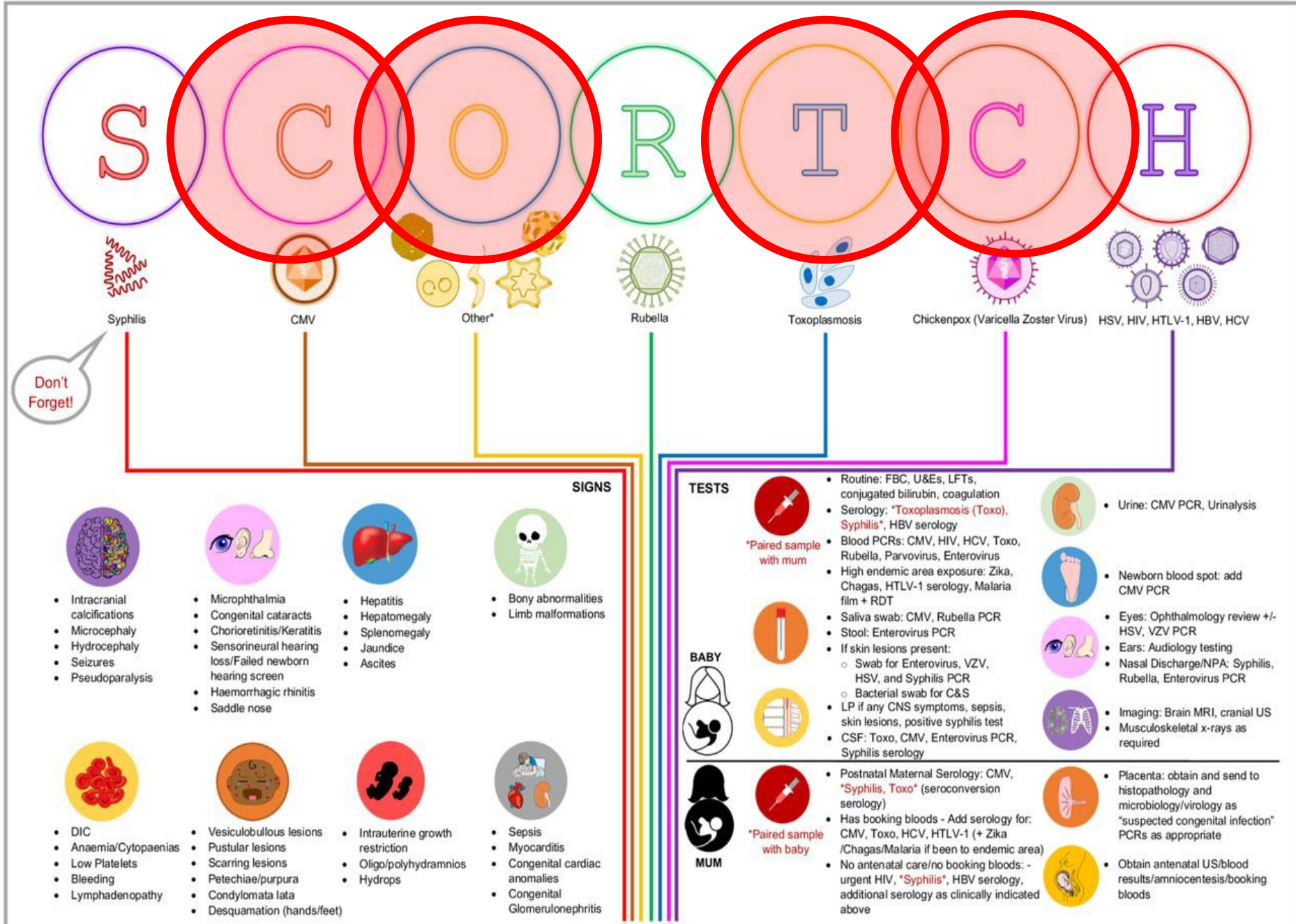
ZAS ziekenhuizen en Médecins Sans Frontières
Pediatric Clinical Trial Network (Vaccinaties & Infectieziekten)

Dr. Kim Verdurmen
Gynaecoloog / MIC-arts
St. Augustinus ziekenhuis



**Universiteit
Antwerpen**

ZIEKENHUISaan
de **STROOM**



Don't Forget!

SIGNS



- Intracranial calcifications
- Microcephaly
- Hydrocephaly
- Seizures
- Pseudoparalysis



- Microphthalmia
- Congenital cataracts
- Chorioretinitis/Keratitis
- Sensorineural hearing loss/Failed newborn hearing screen
- Haemorrhagic rhinitis
- Saddle nose



- Hepatitis
- Hepatomegaly
- Splenomegaly
- Jaundice
- Ascites



- Bony abnormalities
- Limb malformations



- DIC
- Anaemia/Cytopaenias
- Low Platelets
- Bleeding
- Lymphadenopathy



- Vesiculobullous lesions
- Pustular lesions
- Scarring lesions
- Petechiae/purpura
- Condylomata lata
- Desquamation (hands/feet)



- Intrauterine growth restriction
- Oligo/polyhydramnios
- Hydrops



- Sepsis
- Myocarditis
- Congenital cardiac anomalies
- Congenital Glomerulonephritis

TESTS



*Paired sample with mum



*Paired sample with baby

- Routine: FBC, U&Es, LFTs, conjugated bilirubin, coagulation
- Serology: *Toxoplasmosis (Toxo), Syphilis*, HBV serology
- Blood PCRs: CMV, HIV, HCV, Toxo, Rubella, Parvovirus, Enterovirus
- High endemic area exposure: Zika, Chagas, HTLV-1 serology, Malaria film + RDT
- Saliva swab: CMV, Rubella PCR
- Stool: Enterovirus PCR
- If skin lesions present:
 - Swab for Enterovirus, VZV, HSV, and Syphilis PCR
 - Bacterial swab for C&S
- LP if any CNS symptoms, sepsis, skin lesions, positive syphilis test
- CSF: Toxo, CMV, Enterovirus PCR, Syphilis serology



- Urine: CMV PCR, Urinalysis



- Newborn blood spot: add CMV PCR



- Eyes: Ophthalmology review +/- HSV, VZV PCR



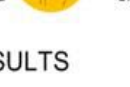
- Ears: Audiology testing
- Nasal Discharge/NPA: Syphilis, Rubella, Enterovirus PCR



- Imaging: Brain MRI, cranial US
- Musculoskeletal x-rays as required



- Placenta: obtain and send to histopathology and microbiology/virology as "suspected congenital infection" PCRs as appropriate

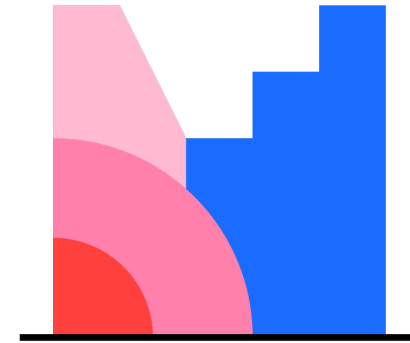


- Obtain antenatal US/blood results/amniocentesis/booking bloods

REFER TO PAEDIATRIC INFECTIOUS DISEASES IF HIGH CLINICAL SUSPICION OR POSITIVE RESULTS

*OTHER: Zika virus, Malaria, Chagas Disease, Parvovirus, Enterovirus

Mentimeter

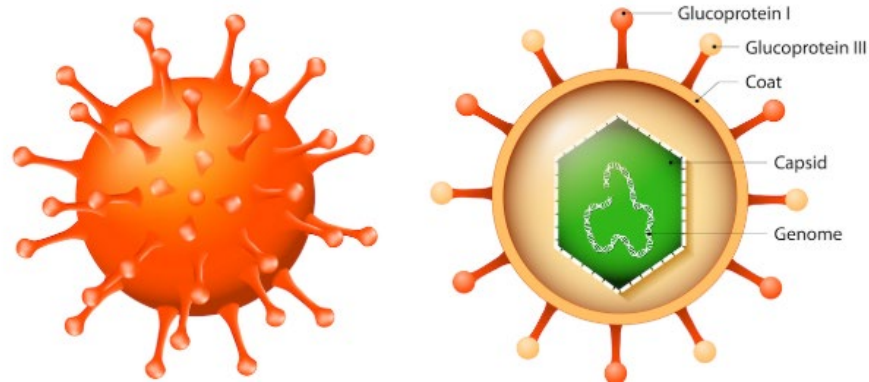


Mentimeter

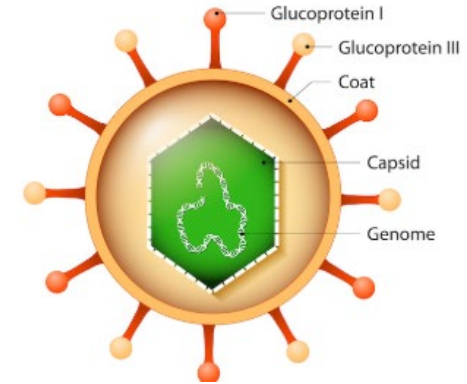
Wie van u test bij het 1^e zwangerenlabo op CMV?

CMV

- Dubbelstrengs DNA-virus
- *Herpes virus*
- Seroprevalentie bij vrouwen van vruchtbare leeftijd
 - 40-50%
- Meest frequente congenitale infectie in Westen
 - Vlaanderen: 5-10 per 1000 neonaten
 - 1% van levendgeborenen
- Transmissie
 - Via alle lichaamsvloeistoffen
 - mn urine/speeksel kleine kinderen



CMV

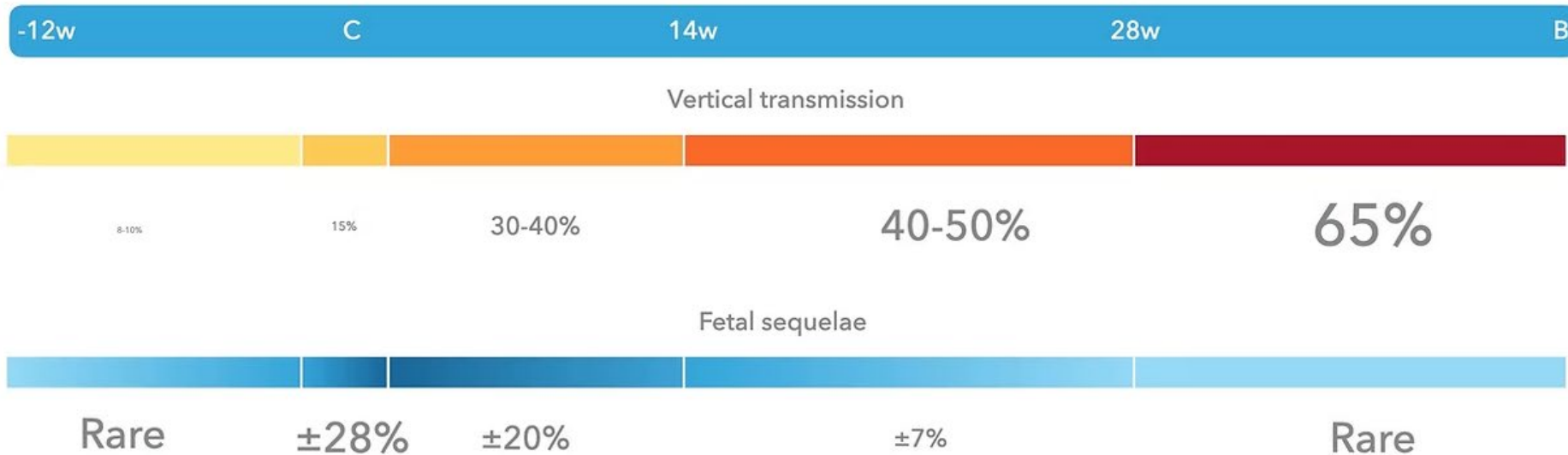
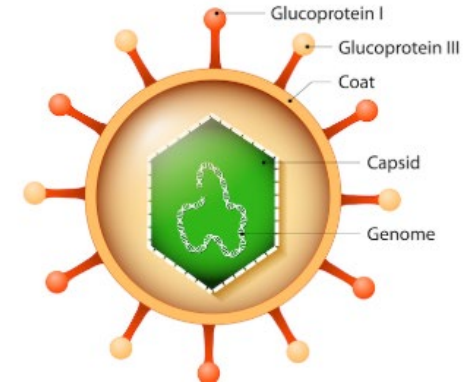


Meeste infecties verlopen zonder klachten

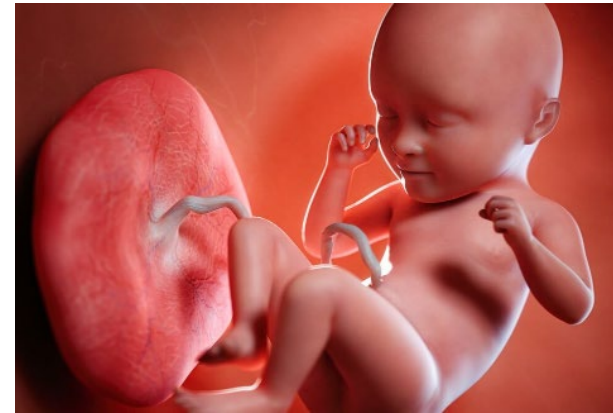
- Griepachtig beeld:
 - Koorts, vermoeidheid, algehele malaise
- Voor de zwangere zelf is er bij een infectie met CMV **geen** extra risico op ernstige ziekte
 - Cave: immuun-gecompromitteerde patiënten

CMV

- Verticale transmissie
 - Afhankelijk van aard en tijdstip infectie
 - Primo-infectie:
 - 20-40% foetale infectie
 - Re-activatie of secundaire infectie (ander subtype):
 - 0,25-2% foetale infectie

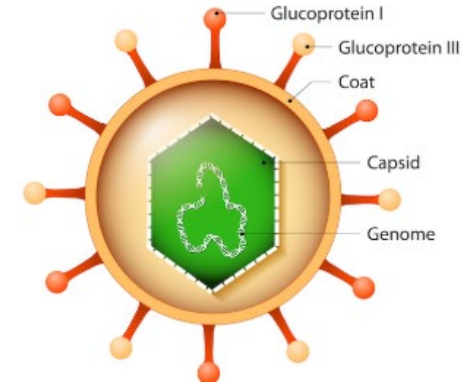


CMV



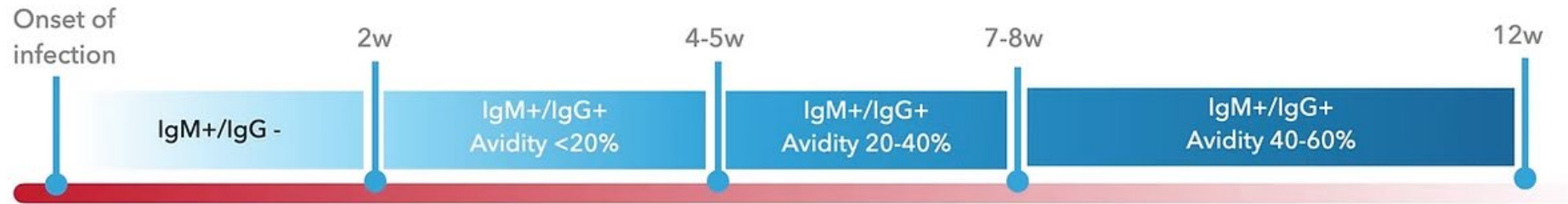
- Hematogene, verticale transmissie naar placenta: “placentitis”
 - Placenta-insufficiëntie, relatieve hypoxemie
 - Foetale groeirestrictie
 - Virus heeft natuurlijke aantrekking tot replicatie in cellen centraal zenuwstelsel
 - Germinale matrix gevoelig hiervoor (snel delend, hoog metabool)
- Neurologische schade:
 - Rechtstreeks door virale infectie CZS
 - Onrechtstreeks:
 - Inflammatoire respons
 - Relatieve hypoxie bij ernstige placentitis

CMV

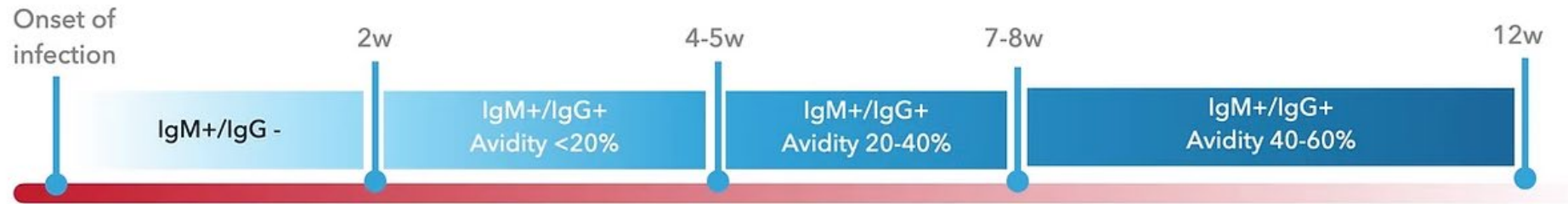


- Screening (nog geen KCE-beleid)
 - Indien mogelijk pre-conceptioneel!
 - = terugbetaald
 - Bij intake (6-8 weken)
 - Bij de NIPT (12-14 weken)

- Te prikken: IgM, IgG en IgG-aviditeit
 - Indien herprikken: zelfde labo!
 - Circa 17€ per bloedname

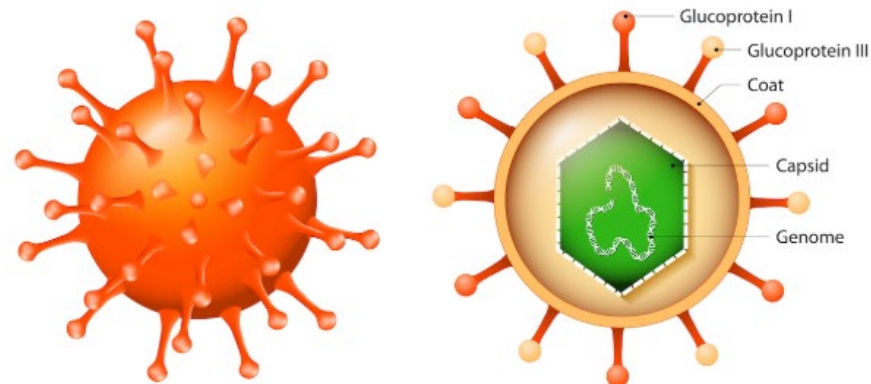


- IgM- / IgG -
 - Geen recente infectie, wel vatbaar
 - Preventieve maatregelen, hertesten < 14wkn
- IgM+ / IgG-
 - Mogelijk recente infectie: herhaal < 1-2 weken
 - IgG+ = primo-infectie
 - TreatCMV studie!



- IgM+ / IgG+
 - Lage aviditeit (<35%):
 - Recente infectie (<3mnd)
 - TreatCMV-studie
 - Hoge aviditeit (>50%):
 - Infectie >3mnd geleden
 - Peristerende IgM antilichamen
 - Secundaire infectie of re-activatie niet uit te sluiten
- IgM- / IgG+
 - Doorgemaakte CMV infectie
 - Secundaire infectie of re-activatie niet uit te sluiten
- **Preventieve hygiënische maatregelen blijven belangrijk!**

CMV



Preventieve hygiënische maatregelen

PRIMAIRE PREVENTIE



Geen fopspenen in
de mond



Vermijd kussen op de
mond



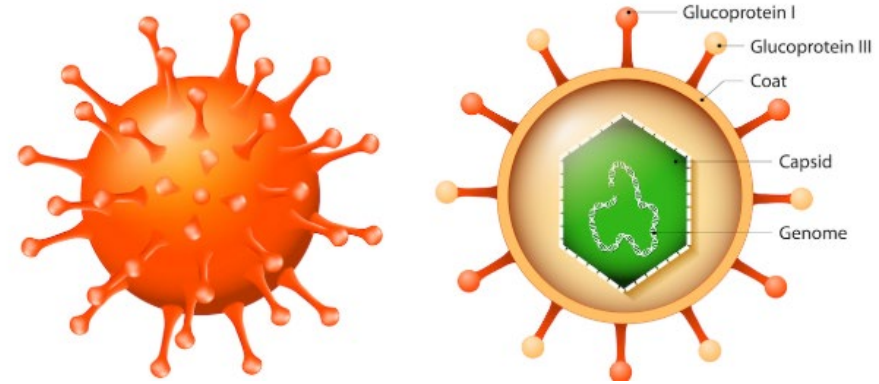
Geen bestek
uitwisselen



Was steeds de
handen na het
verversen

Significante reductie primaire infecties met factor 2,5-6 indien zwangeren goed op de hoogte zijn!

CMV



Secundaire preventie

- Hyperimmunoglobulines
 - Significante reductie maternale transmissie (30% → 10%)
 - Kostprijs: ± €60.000..
 - I.v. toe te dienen

- Antivirale middelen (valaciclovir)
 - Recente RCT: valaciclovir vs placebo (n=90)
 - 66% reductie verticale transmissie
 - 30% → 11%
 - Hoge compliance, goede tolerantie
 - 8 gr/dag = 4x4 tabletten per dag!
 - Nog niet geregistreerd, alleen in studie-verband!

CMV

www.TREATCMV.be

TreatCMV-studie

- Multicenter, prospectief
 - Antwerpen: ZAS St Augustinus, UZA
- Inclusie: alle bevestigde primaire CMV-infecties
 - T/m 13+6 weken
 - Geen gekende nier/leverproblematiek of immuundeficiëntie
 - Verwijzing zo snel mogelijk!
- Alle geïncludeerde patiënten krijgen Valaciclovir (indien gewenst)
 - 4x2gr/dag, gedurende 8 weken
 - Controle a 2 weken
 - Amniocentese na 8 weken behandeling
 - Positief: echo a 2 weken, MRI op AD 28-30 weken
 - Negatief: echo + MRI op 28-30 weken
- Postpartum
 - Bloed- en urine-onderzoek (PCR CMV) <72u
 - Oogtest, gehoorscreening, echo brein en MRI < 21 dagen
 - Opvolging met gehoor, evenwichtstesten en neurologische ontwikkeling tot 5j

Hoe 'CMV exposed' neonaat screenen ?

- Mogelijk: PCR op urine tussen 24h en 21d postpartum:
1 positief staal is voldoende !
- In ZAS: eerst wangslimvlies PCR (min 2h na voeding)
(sens. 97%; spec. 99%. Boppana et al 2011)
Maar kan + zijn door BV: confirmeren met urine
- >21 dagen: Guthrie opvragen

Wat zijn indicaties voor screening?

1. Gekende **maternale seroconversie** tijdens zwangerschap
2. **Afwijkingen prenataal** passend bij ccMV (e.g. IUGR)
3. **Klinische symptomen** passend bij cCMV
(IUGR **< p3**^{***}, petechiën, hepatosplenomegalie, **microcefalie**)
4. Afwijkingen op **centrale beeldvorming*** passend bij cCMV
(e.g. cysten, calcificaties, striatale vasculopathie, ...)
5. **Afwijkingen labo** passend bij cCMV
(e.g. trombopenie, gestegen leverset, cholestase ...) **
6. **Gehoorsverlies** bij eerste screening

Versus Universele screening** ?**

CMV +: what to do ?

- Registereren op <http://www.cmvreg.be>
- Bloedname: cofo – TA – bili – *quantitatieve PCR (facultatief)*
(CMV Abs weinig informatief: IgG altijd pos; neg IgM sluit infectie niet uit)
- Centrale beeldvorming: echo*;
ev. MRI afspreken (kan na 3 maanden)
- Oogfundus
- BERA** (als drempel > 35dB: NKO)
- LP? ***
enkel indien kliniek/hemato afwijkend en beeldvorming, fundus & BERA nl.

Wie behandelen ?

Mild

Kinderen met geïsoleerde (maximaal 2) klinisch niet-significante of transiënte bevindingen: IUGR, petechiae, milde hepatomegalie of splenomegalie, biochemische/hematologische afwijkingen (thrombopenie, anemie, leucopenie, mild gestegen AST/ALT, cholestase).

Matig

Kinderen met **meer dan 2 'milde' symptomen of met persisterende (> 2 weken)** biochemische, hematologische **afwijkingen** of milde afwijkingen op echo hersenen (bv. LSV, geïsoleerde cystes)

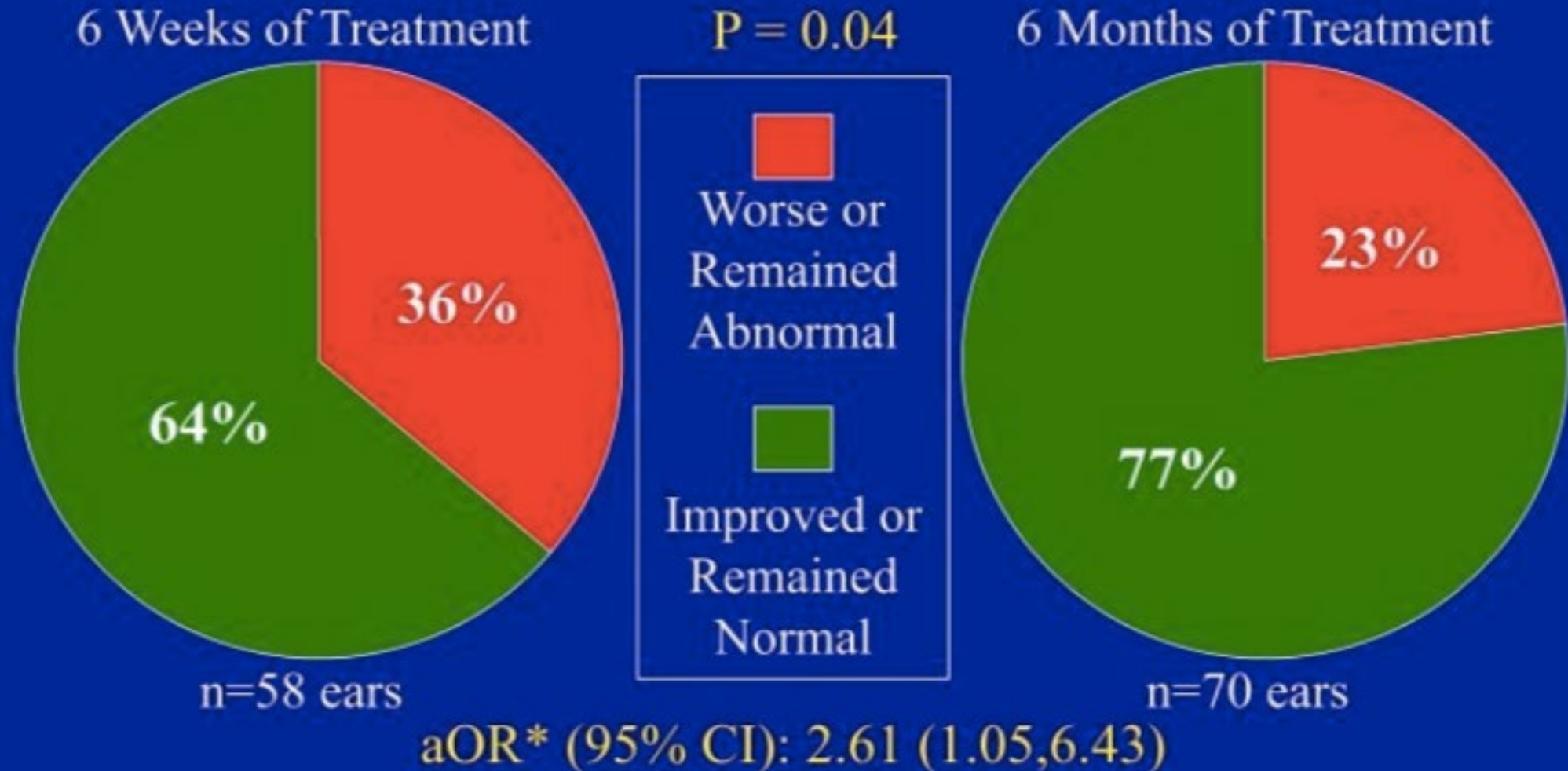
Ernstig

- Kinderen met **aantasting van CNS:** abnormale neurologisch (bv. convulsies) of oftalmologisch onderzoek (bv. **chorioretinitis**), microcefalie of afwijkingen op centrale beeldvorming passend bij CMV (*calcificaties, matig tot ernstige ventriculomegalie, multiple cysten, uitgebreide witte stof afwijkingen, cerebellaire of cerebrale hypoplasie, hippocampale dysplasie, migratiestoornissen, polymicrogyrie*).
- Kinderen met **ernstige 'single organ' aantasting** (bv. hepatomegalie met leverfalen), met ernstige multi-orgaan aantasting of met levensbedreigende ziekte.
- Kinderen met **geïsoleerd gehoorverlies** *.

Hoe behandelen ?

- Vroeger:
Start binnen 28d ganciclovir (Cymevene) IV ged. 6w
- Nu:
AANBIEDEN:
Valganciclovir (Valcyte) po: 16 mg/kg/dosis po om 12h
ged. 6w ged **OF ged. 6 maanden ?***
Dosis geregeld aanpassen aan G + LABO volgen**

6 Weeks vs. 6 Months Oral Valganciclovir Change in Hearing Between Birth and 24 Mo



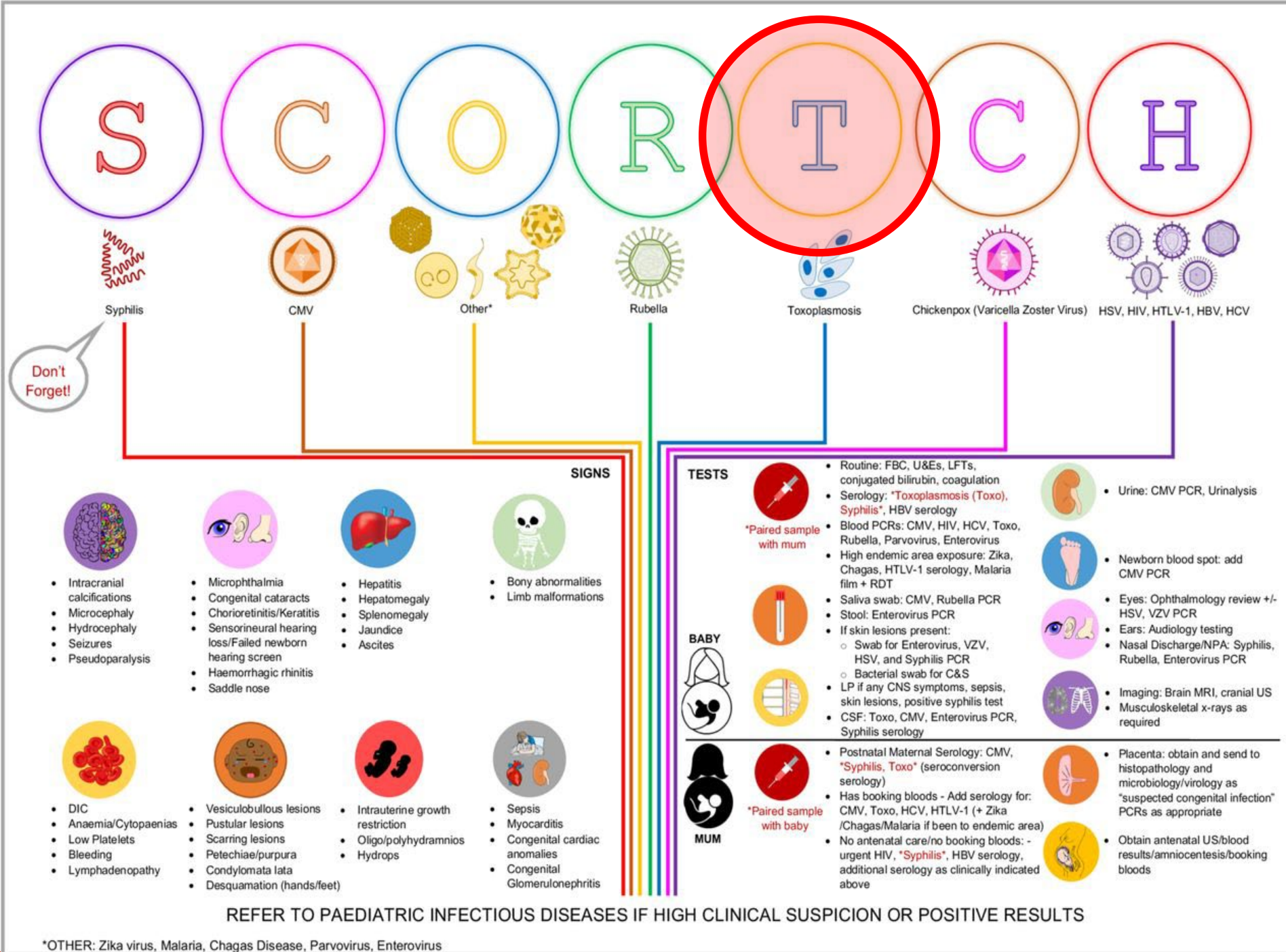
MENTIMETER VRAAG:

Neonaat was CMV positief.
**Alle onderzoeken negatief,
dus geen behandeling.**

Moet ik nog iets doen ?

Rol voor huisarts in FU ?

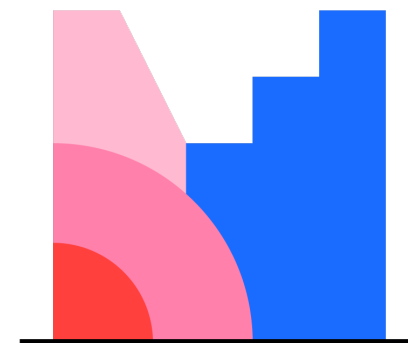
- **Indien symptomatisch***:
 - **Audio** (= BELANGRIJKSTE < laattijdig gehoorverlies****):
3m; 6m; om 6m tot 3j; om jaar tot 4j
 - **Vestibulaire test op 6m**** (> als afwijkend: nog verder tot 4j)
 - **Fundus** Jaarlijkse FU enkel indien retinitis bij geboorte.
(indien normaal bij geboort geen FU nodig)
 - **Neuro**: follow-up neonato: op 4m én 1j
 - **COS 'buiten conventie'**
(op 4m EERSTE KEER indien afwijkingen op centrale beeldvorming; anders op 12m)****
- **Indien asymptomatisch****:
 - **Audio** afspraak:
op 3m en 12m; nadien om jaar tot 4j (2024: bij 3^e trim. Infectie = éénmalig op 1j voldoende)
 - **Ook vestibulaire test op 6m** (> als afwijkend: nog verder tot 4j)
 - **Fundus** Jaarlijkse FU enkel indien retinitis bij geboorte.
(indien normaal bij geboort geen FU nodig)
 - **COS op 12m EERSTE KEER.**
 - **Klinisch**: let op **hypotonie** = vaak eerste uiting van ontwikkelingsachterstand bij cCMV



REFER TO PAEDIATRIC INFECTIOUS DISEASES IF HIGH CLINICAL SUSPICION OR POSITIVE RESULTS

*OTHER: Zika virus, Malaria, Chagas Disease, Parvovirus, Enterovirus

Mentimeter



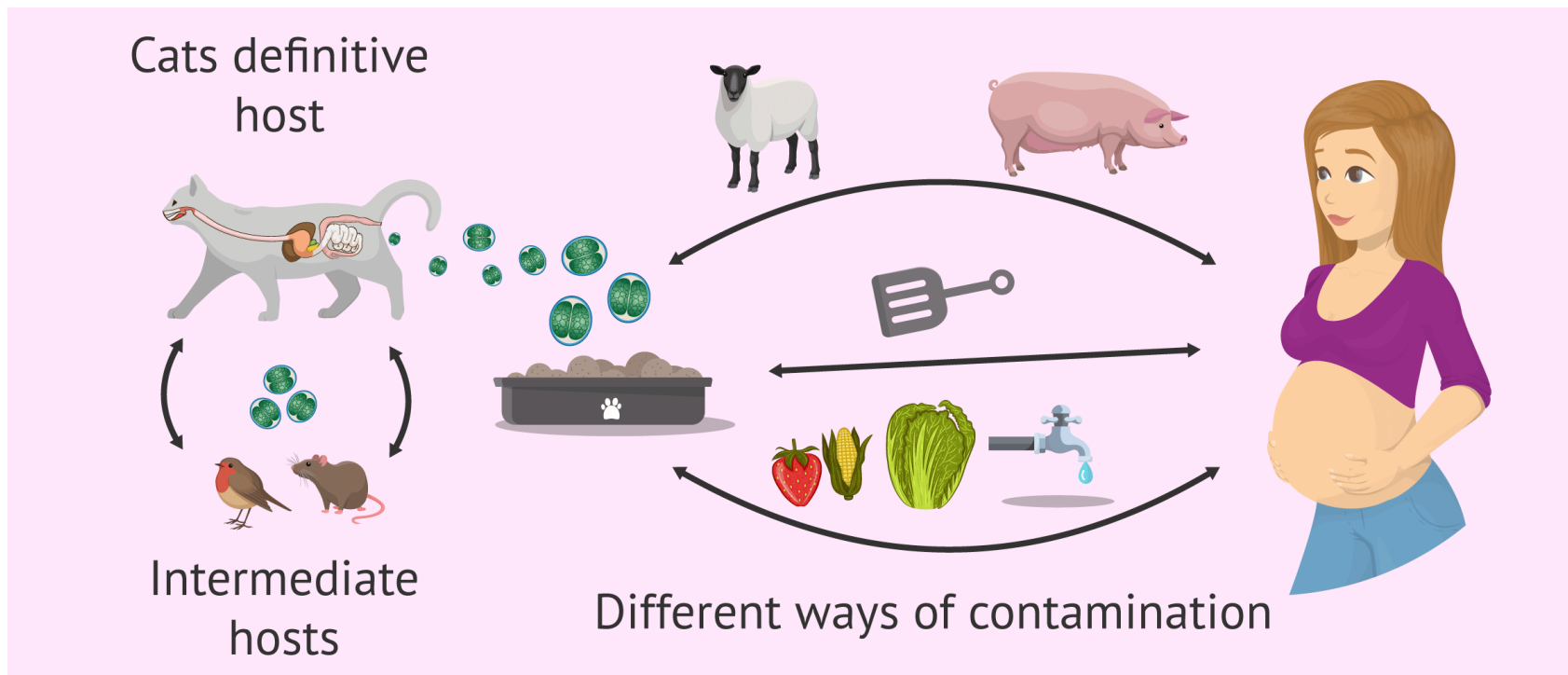
Mentimeter

Wie van u test bij het 1^e zwangerenlabo op toxoplasmose?

Toxoplasmose



- Eencellige parasiet
 - Vrijwel alle diersoorten + mens kunnen besmet raken



Toxoplasmose



Meeste infecties verlopen zonder klachten

- Griepachtig beeld:
 - Koorts, vermoeidheid, algehele malaise
- Voor de zwangere zelf is er bij een infectie met toxoplasma **geen** extra risico op ernstige ziekte
 - Cave: immuun-gecompromitteerde patiënten

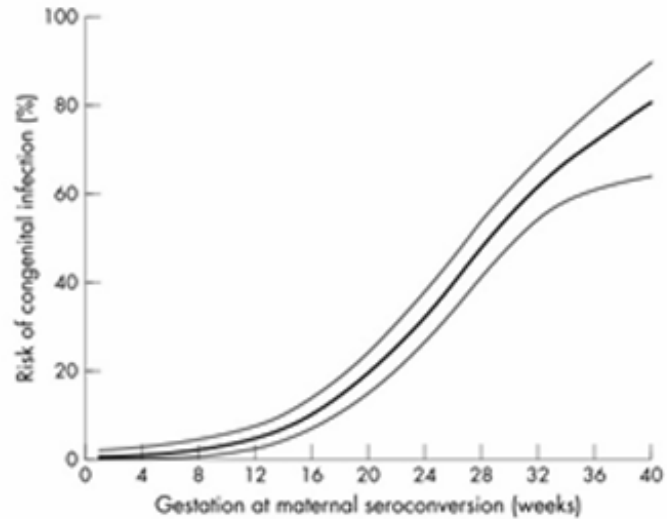
Toxoplasmose



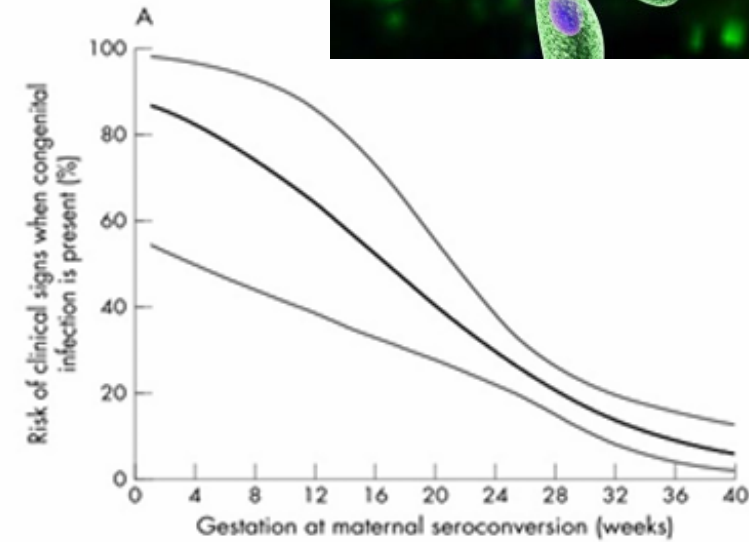
Screening?

- Lage prevalentie
- Lage incidentie maternale infectie
 - Seroconversie tijdens zwangerschap circa 0.1%
- Organisatorisch: start behandeling < 3 weken na besmetting
- Echter, met behandeling wel reductie ernstige neurologische sequellen
- Bijv. Frankrijk:
 - Maandelijkse screening bij IgG negatief in 1e trimester

Toxoplasmose



Transmissie to the fetus



Transmission to the fetus and sequelae

Toxoplasmose



- Pre-conceptioneel:
 - Geen risico congenitale toxoplasmose
- Peri-conceptioneel:
 - Zeer laag risico
- 1^e trimester:
 - 10-15% congenitale infectie, maar vaker ernstig
- 2^e en 3^e trimester:
 - 25% oplopend tot 60% in 3^e trimester
 - Vaak minder ernstig

AD 6 weken: 2,2%
AD 18 weken: 23%
AD 30 weken: 56%

Toxoplasmose

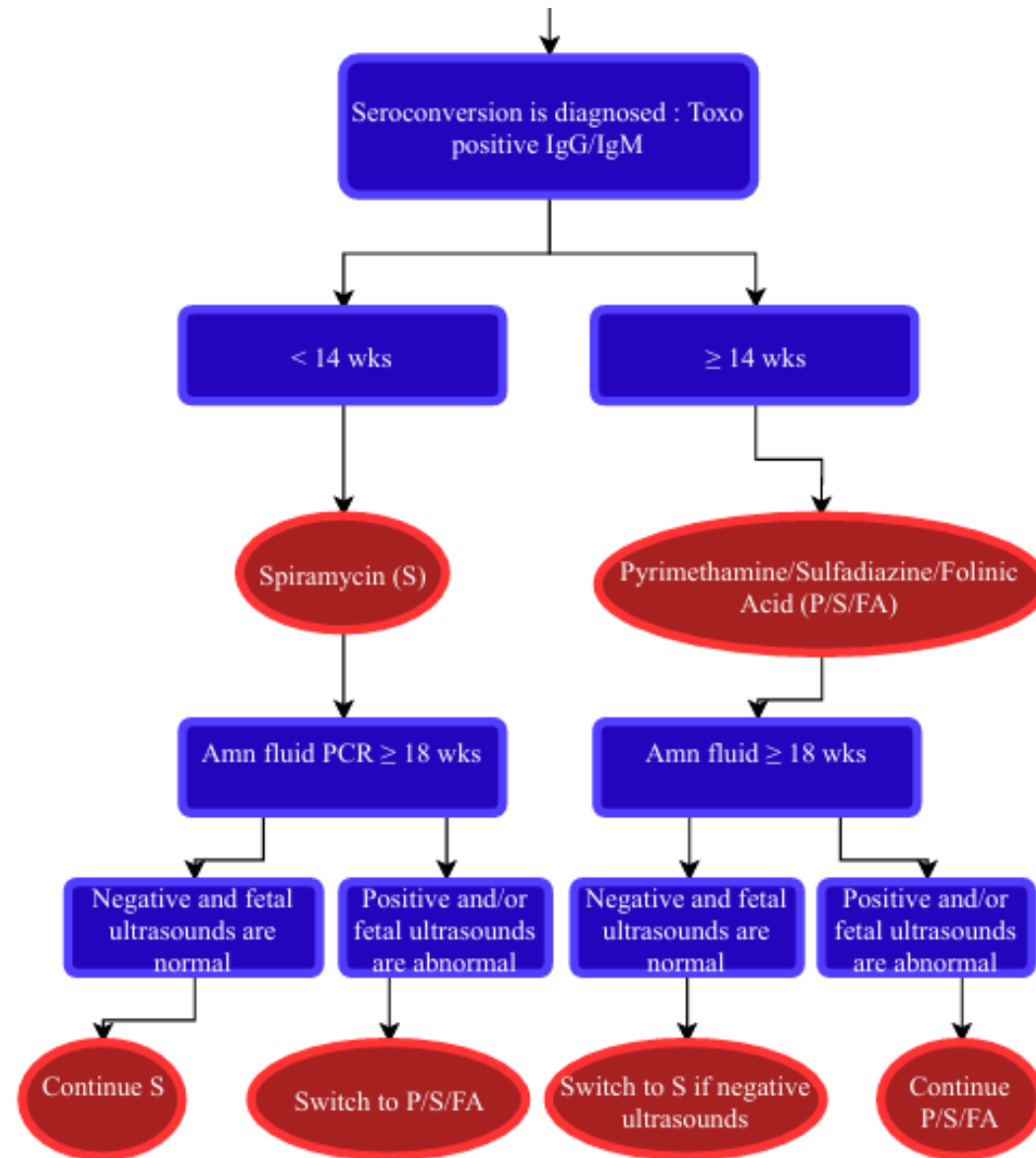


Primaire preventie



Toxoplasmose

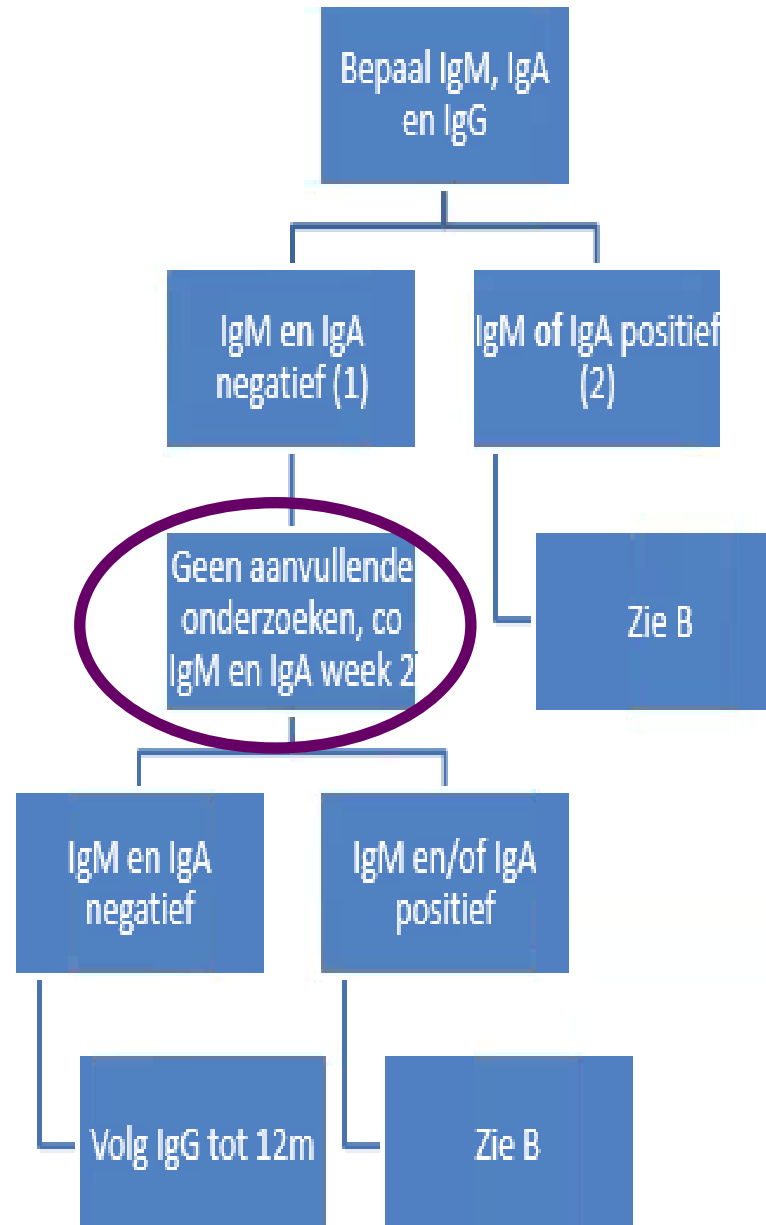
Secundaire preventie



Toxo-exposed neonaat

- 80% **asymptotisch** bij geboorte, maar tot **19% hiervan klinische manifestatie op 1j** [late-onset chorioretinitis, intracran. letsels met PMR of doofheid...]
- Bovendien: **16.5 à 18% late-onset chorioretinitis op 4j**

A. Seroconversie in 1^{ste} of 2^{de} trimester én negatieve PCR op amniosvocht



Probabiliteit op congenitale toxoplasmose:
 (1) < 1% bij virage 1^{ste} trimester, 5% bij virage 2^{de}
 (2) 40-90%

B. Alle andere pasgeborenen:
(geen PCR op amnion; PCR+ op amnion; seroconversie 3de trim):

- T. gondii serologie (IgG/IgM/IgA)
- routine labo (bloedbeeld + leverfunctie)
- echo hersenen
- oogfundus
- echo abdomen (intrahep. calcificaties, splenomegalie?)
- gehoorscreening
- **+ als geen amnios-PCR gebeurd: PCR placenta ***

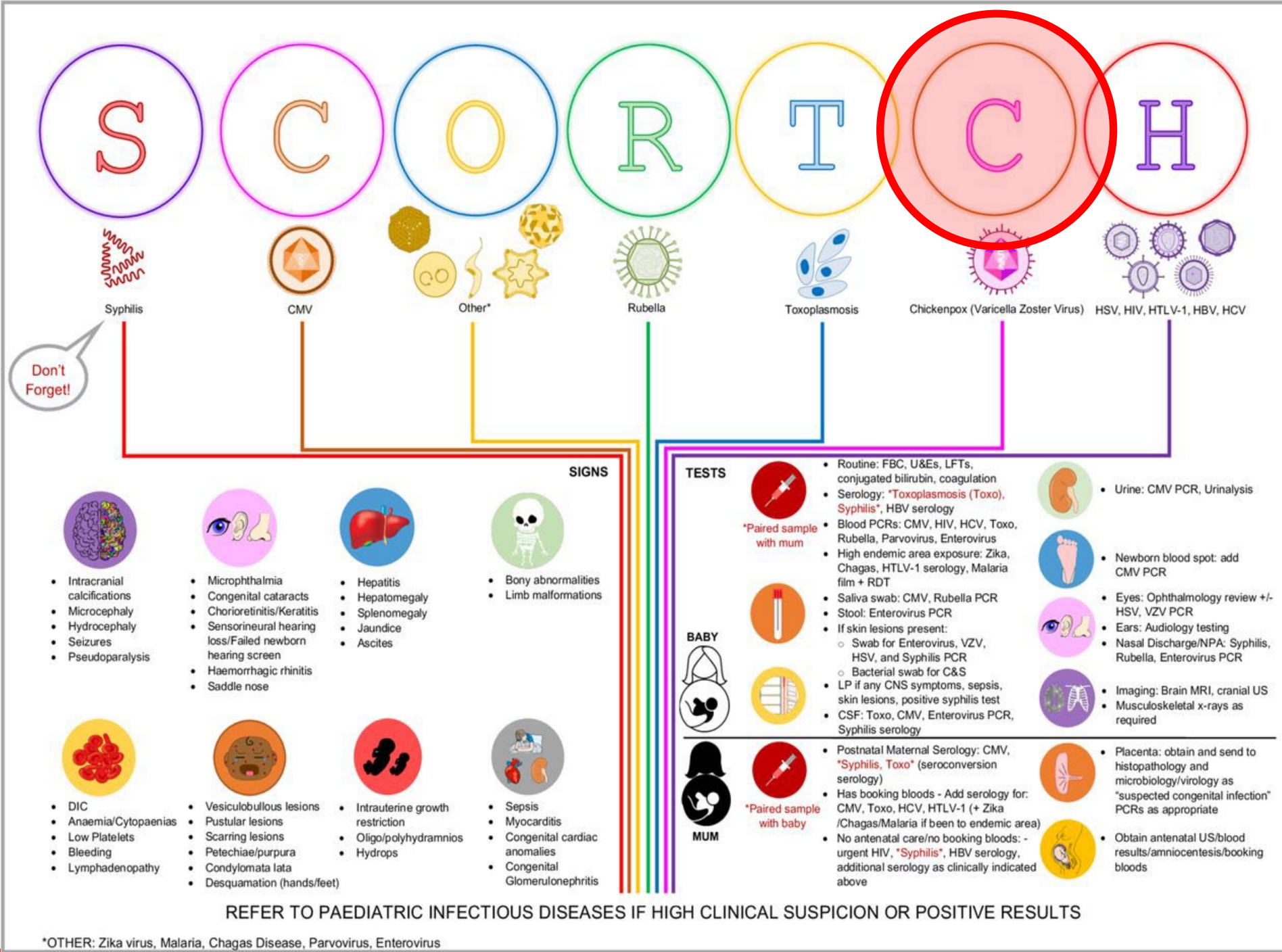
EN DAN VERDER: als IgM negatief in eerste levensweek:

Zoals in situatie A: co IgM in 2e levensweek:
indien opnieuw neg: volg IgG maandelijks TOT 12m tot daling titer**

Behandeling toxo **INFECTIE**

Indien één van de onderzoeken positief:

1. Doe LP*
2. Start antiparasitaire behandeling** ged. 1 jaar
(schema 'Remington en Klein')
3. Associeer prednisonen*** bij oftalmo of CSV EW > 1 g/dL



MENTIMETER VRAAG:

**Een mama heeft varicella
2d voor partus?**

Wat nu ?

Varicella in zwangerschap: beleid moeder

- ALLE seronegatieve zwangeren in contact met varicella:
 - Varicella Zoster Immunoglobulinen (VZIG) asap:
 - Binnen 96h (én zeker binnen 10d)
 - ZAS 2024:Varitect IV
- Indien VZIG niet beschikbaar:
 - Valaciclovir po profylaxe overwegen vanaf 7d na significante expositie, ged. 7d
 - Als moeder symptomatisch is, **ALTIJD** behandelen met aciclovir 10mg/kg 3x/d IV of 800mg 5x/d po (gezien ernstige pneumonie als complicatie in zwangerschap: lage drempel voor IV).
- Near term: inleiden of bij voorkeur partus uitstellen
 Vooral partus in gevaarlijke interval tussen P-5d en P+2d vermijden:
 afhankelijk van situatie (vb. 37w en nog even tijd <> +41w) snel inleiden of partus uitstellen.



Varicella in zwangerschap: beleid neonaat

- **Beleid neonaat bij maternele rash P-5d (à -7d) tot P+2d (à +7d) = verticale infectie verondersteld:**
(= grootste kans op fulminant beeld bij neonaat < hoge viral load & weinig maternele AS meegekregen)

Prematuur op N*/NICU:

°<28w (of <1000g) ongeacht maternele VZV-serologie en op NICU OF °>28w - 35w EN mama VZV-seronegatief:

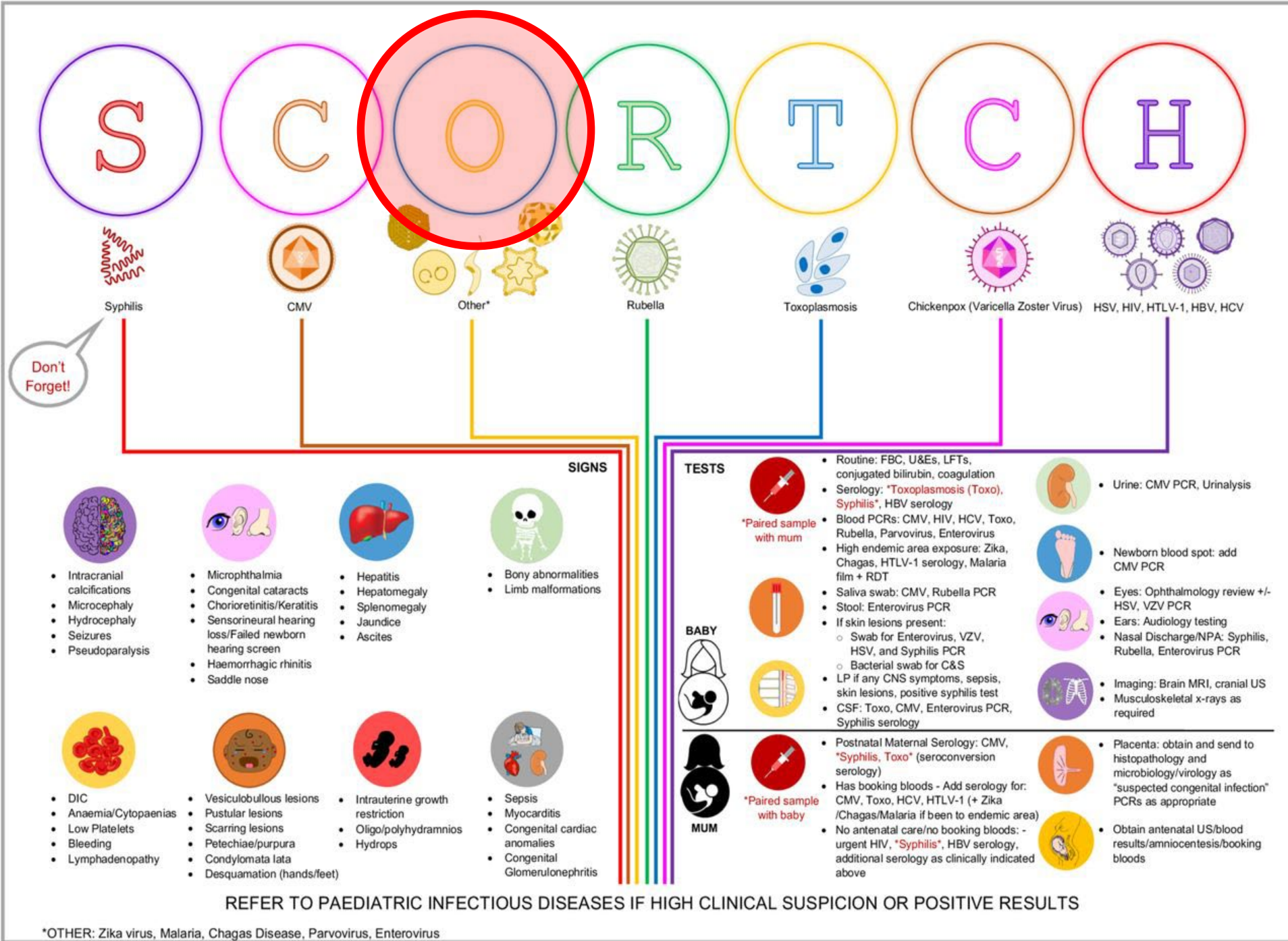
VZIG IV + aciclovir

>36w: binnen 7d na partus:

Ten laatste binnen 10d (maar liefst max. 96h) na maternele rash:

VZIG IV voor zowel voor moeder (als prenataal mogelijk) ALS kind *

- **Beleid neonaat bij maternele rash P-20d tot P-6d:**
>5d voor partus: = goed: niet meer besmettelijk en specifieke Ig's al doorgegeven aan baby:
VZIG / IVIG voor neonaat énkél overwegen bij 'verhoogd risico' (prematuur <35w)
- **Beleid neonaat bij maternele rash P+7d tot P+28d:**
Aciclovir vanaf D7 na maternele rash (en ged. 10d) doet wellicht niets aan transmissie.
Doch watchful waiting en start aciclovir bij neonaat bij minste symptoom.



Parvo B-19



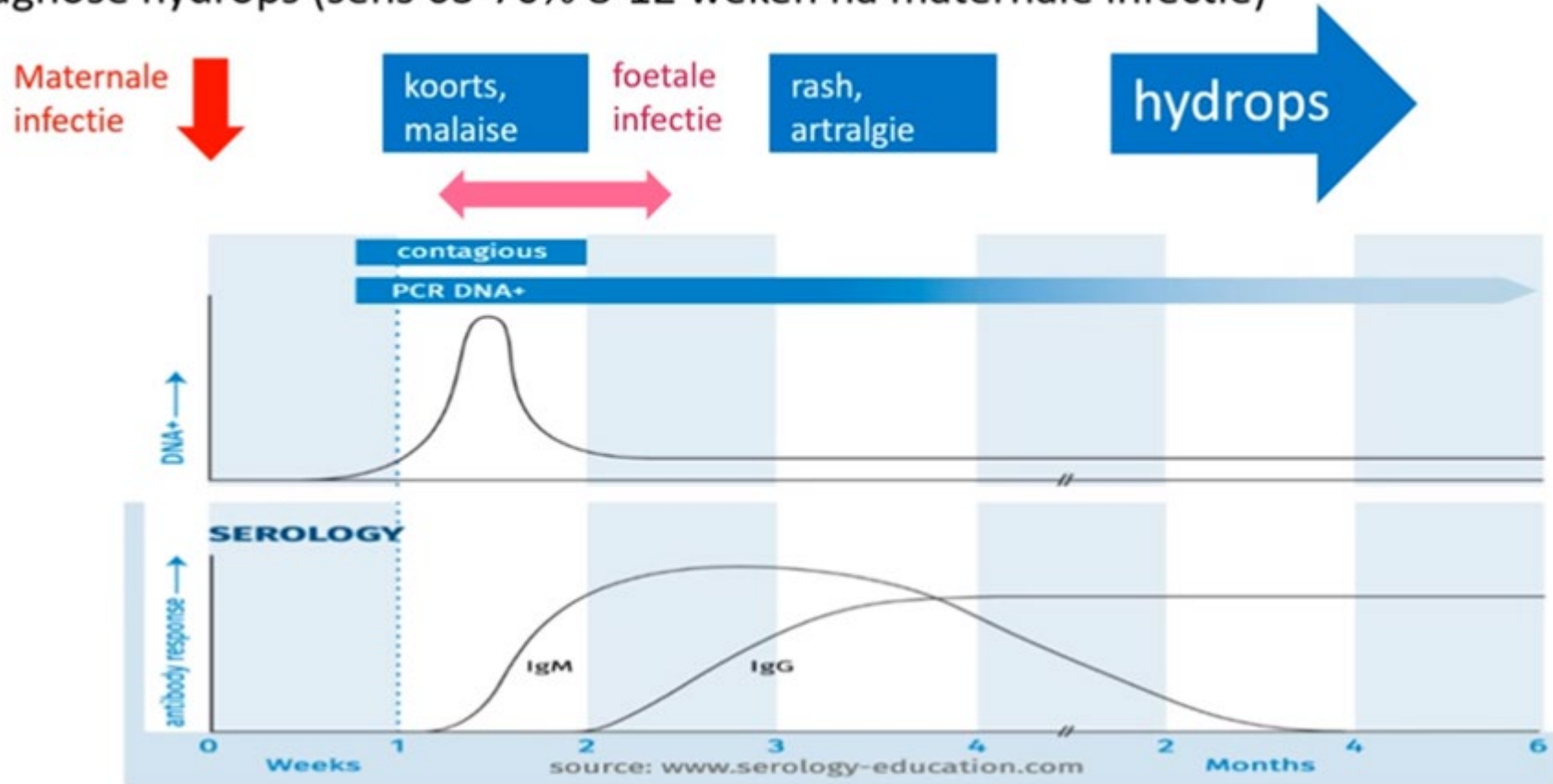
- \pm 40% zwangeren sero-negatief
- Infectie in de zwangerschap:
 - Kans verticale transmissie 40-50%
 - Gehele zwangerschap gelijk
 - < AD 20 weken: hydrops foetalis op basis van foetale anemie
 - > AD 20 weken: immuniteit foetus \rightarrow vrijwel geen ernstig beloop

Timing infectie	IUVD	Foetale hydrops
1e trimester	14%	2.1%
2e trimester	5.6%	5.0%
overall	7.6%	9.3%

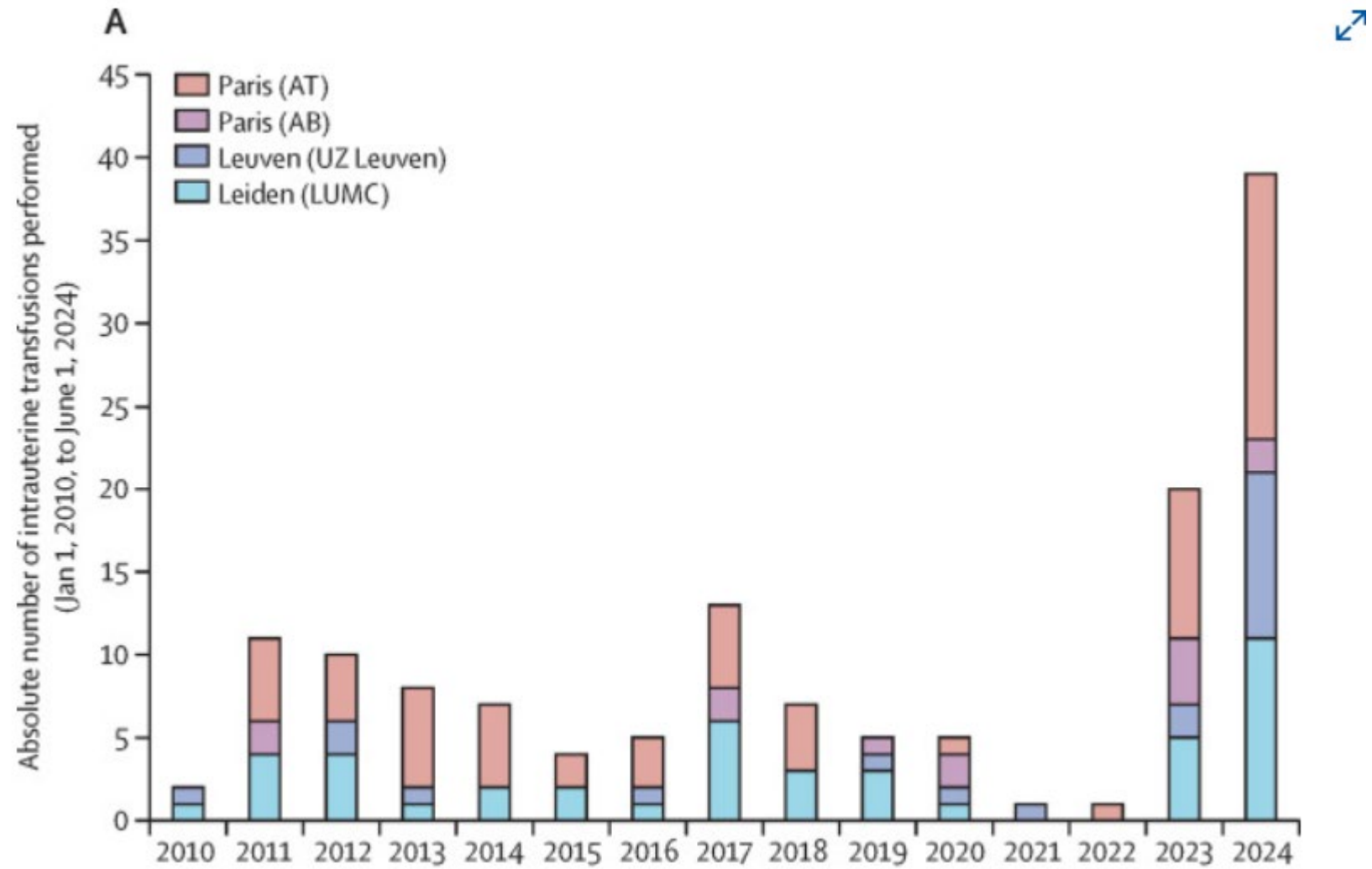
Xiong 2019

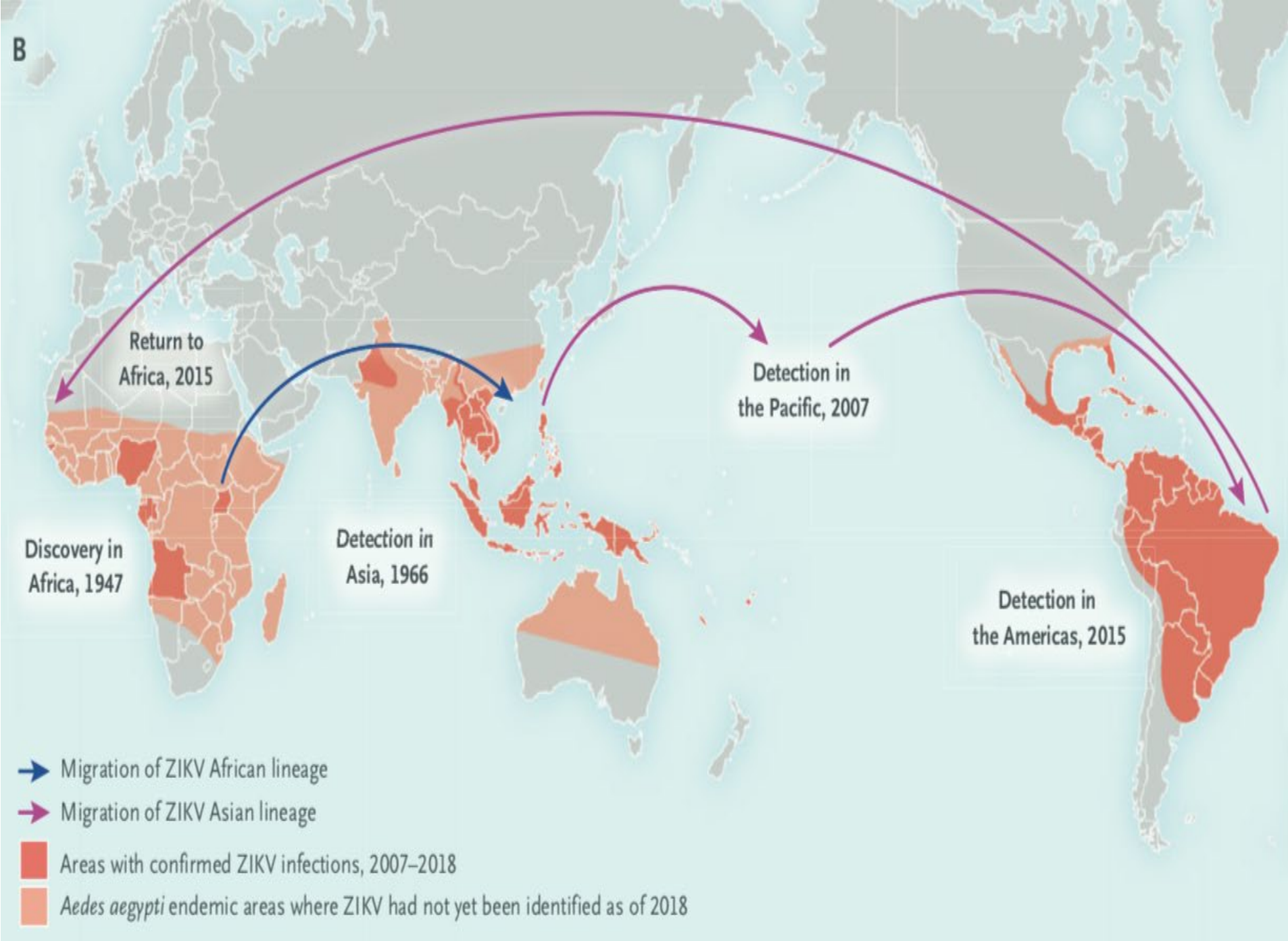
Meta-analyse

Maternaal IgM kan verdwenen zijn op moment van ontwikkelen/
diagnose hydrops (sens 63-70% 8-12 weken na maternale infectie)



Bij twijfel: PCR op maternaal bloed!





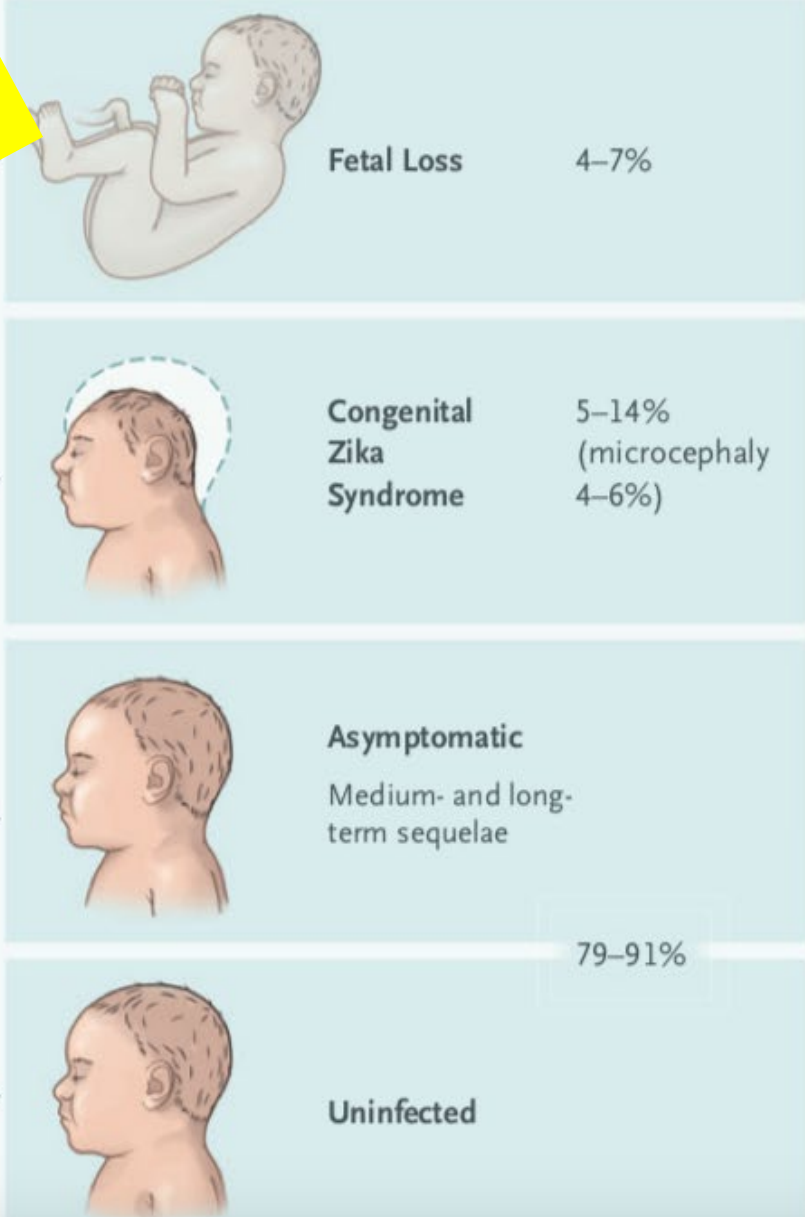


Prevention of congenital Zika syndrome:
avoidance of infection during pregnancy
or
postponement of pregnancy

20–30%
Fetuses and Neonates
with Infection

70–80%
Fetuses and Neonates
without Infection

Fetuses and Newborns of
Women Infected during Pregnancy



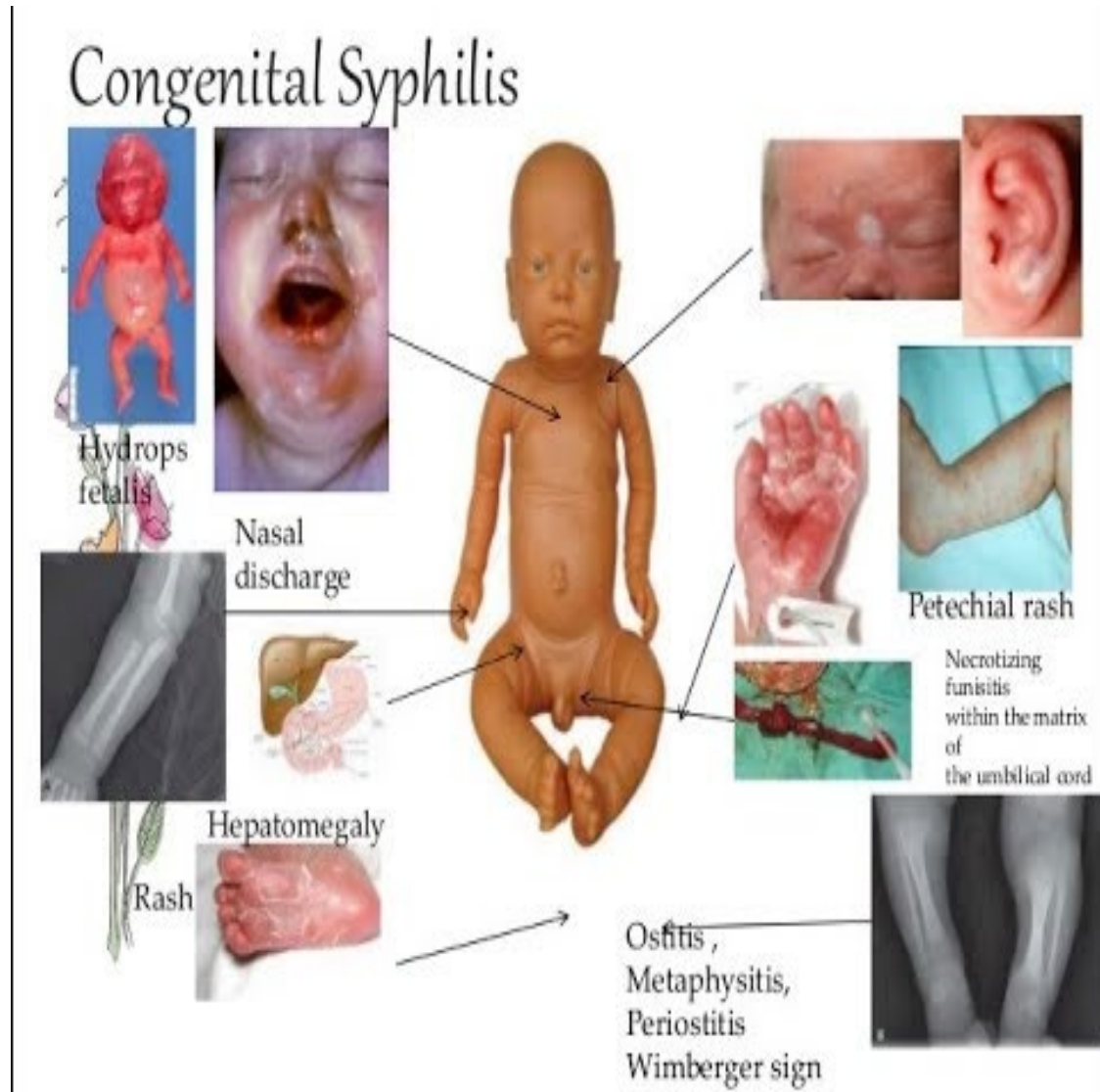
EXTRA



Congenitale syphilis



(S ?) TORCH



Diagnose:

Bloedbeeld

(incl. BPL & VDRL/RPR)

+ 'proven syphilis / doubt':

- LP

- **long bone radiographs**

(periostale reactie metafyse?)

Syphilis CDC scenarios

- **Scenario 1: Proven congenital syphilis:**
D/ abnormaal klinisch OF VDRL/RPR 4x hoger dan moeder (LP nodig)

R/ peni 10d IV (+ If CSF afwijkend: herhaal na 6m)
- **Scenario 2: Probable congenital syphilis:**
D/ Mother not treated or only in last 4 weeks
R/ peni 10d IV als afwijkende onderzoeken (hier dus sowieso LP + RXen)
<> anders 'just EXPOSED': 1 x BENZATHINE peni IM 50.000 IU/kg
- **Scenario 3 & 4: Congenital syphilis less likely:**
D/ Mother treated well (>4w before delivery) + VDRL/RPR low & stable.
R/ 'just EXPOSED': 1 x BENZATHINE peni IM 50.000 IU/kg

FU congen. syph:

- RPR/VDRL na 3m (moet zakken)
- RPR/VDRL na 6m (moet weg zijn*)

**Een moeder is HCV RNA positief?
Wat is belangrijk voor de neonat ?**

Wat als Hepatitis C materneel ?

Enkel kans op overdracht (4 à 8% transmissie per ZS)
als moeder HCV-**RNA** positief (niet als enkel anti-HCV)

Beleid:

- **PCR (HCV RNA) rond 3m + anti-HCV + TA:**
 - Zo PCR-neg & anti-HCV neg: geen opvolging
 - Zo PCR-neg & anti-HCV pos: opnieuw serologie na 18m*
- **GEEN CI voor borstvoeding**
(in principe géén overdracht tijdens BV)
- **ESPGHAN 2020:**
'Fetal scalp monitoring' & episiotomy vermijden!

**Een moeder is HBsAg positief ?
Wat is belangrijk voor de neonat ?**

‘HBV exposed’: prenataal beleid?

WHO: Zéker als HBeAg⁺ (*maar best sowieso als HBs Ag⁺*):
HBV DNA aan einde van 2^e trimester

HBV DNA >200.000:

- **Tenofovir profylaxe** (300mg OD): 28w tot partus (*als niet onder therapie*)
- Als ALT verhoogd, cirrose...: verwijzing infectioloog
- Obstetrische maatregelen:
 - **Delay Artificial Rupture of Membranes (ARM)** as long as possible
 - **Avoid using Fetal Scalp Electrodes (FSE)** and Fetal Blood Sampling (FBS)
 - **Avoid difficult operative vaginal delivery** (to minimise fetal/maternal trauma)

Pasgeborene van HBsAg + mama: (onafhankelijk van HBeAg):

- HBV vaccin: Engerix b IM 10 µg
[geen combinatiepreparaat want verminderde immunogeniciteit]
- HBV immunoglobulines 150 IE IM <12 u postnataal
- **GEEN CI voor borstvoeding ***

Controle HBsAg en anti-HBs 1-3 m na vaccinatieschema (= na 9m):
als HBsAg negatief, maar anti-Hbs <10 mIU/ml:
nieuw vaccinatieschema 0, 1, 6 maand

HIV Virale lading moeder op 36 weken	Vaginale bevalling	Electieve Sectio Caesarea op 38 weken	IV Retrovir (ZDV) per partum
< 50cp/ml	AANBEVOLEN	Neen (tenzij omwille van obstetrische redenen)	Neen *
50-400 cp/ml	Voorkeur	Overweeg **	JA
400-1000 cp/ml	Overweeg **	Overweeg **	JA
>1000 cp/ml	Neen	AANBEVOLEN (uitgezonderd bij dreigende geboorte)	JA

* De vrouw moet wel haar orale Hiv medicatie verder innemen

** Overleg met een Hiv expert aangewezen

HIV materneel

- **Gekend en <1000 copies = 4 w AZT (Retrovir):**
 - starten binnen 6 à 8h na geboorte
 - 4mg/kg/dosis po 2x/d
- **Ongekend/ >1000 copies:**
Cfr. pediatriesch infectioloog

	Low risk	Intermediate risk	High risk
DEFINITIE	Volledige onderdrukking van virale lading van de moeder voor en tijdens de ganse zwangerschap	Virale lading van moeder detecteerbaar op een bepaald moment gedurende de zwangerschap maar < 50 kopieën/ml voor de geboorte van baby	Virale lading van de moeder > 50 kopieën/ml bij de geboorte van de baby
NEONATAAL PEP	<p>GEEN Retrovirsiroop (AZT)</p> <p>NB. Retrovirsiroop zou kunnen aangeboden worden op verzoek van ouders vnl./alleen aan hen die al een kind hebben gehad, dat bij de geboorte PEP heeft gekregen.</p>	<p>Retrovirsiroop (AZT) 4mg/kg = 0,4 ml/kg per dosis 2 x per dag om de 12 uur gedurende 4 weken bv. baby van 3kg krijgt 1,2 ml Retrovir per os 2 x per dag</p> <p>Start binnen de 4 uur na geboorte indien mogelijk</p>	<p>Triple therapie AZT+3TC +NVP gedurende 4 weken IN OVERLEG MET HIV arts/pediater</p> <p>Retrovir (AZT) 4mg/Kg per os 2 x per dag dosis voor prematuren aanpassen</p> <p>Epivir (3TC) 2mg/kg 2 x per dag</p> <p>Viramune (NVP) 150mg/m2 1x per dag de eerste 2 weken, nadien 2 x per dag</p>

HIV+ mama, baby nam 4 (à 6) w Retrovir.

Wat nadien?

HIV exposure follow-up?

- **DIAGNOSTIEK:**
binnen 72h: HIV PCR (2ml EDTA; géén navelstrengbloed!)
- **BIJKOMEND:**
 - in principe **GEEN** borstvoeding*
(wel in LRS = 'Low Resource Settings')
 - **Na 4w 2e PCR**

Vrouw met recurrenente herpes vlak voor partus?

Wat nu ?

Herpes simplex neonataal

- **Peripartale overdracht:**
 - **Primo-infectie 50%**
 - **Recurrent I à 3%**
- **Kliniek:**
 - **30% skin-eye-mouth (SEM) disease:**
zonder behandeling evolueert 2/3 naar CNS of DES
 - **CNS-disease** ronde 3^e week
 - **50% 'disseminated':** sepsis-like aan einde 2e week: evolutie naar RDS, pneumonitis, purpura, HSM, 1/4 DIC !, encephalitis bij 2/3 (neurologische sequellen !)
- **Preventie igv actieve letsels:**
Sectio bewezen preventief indien <4h gebroken vliezen
(nog altijd aangeraden <24h!)*

Wat als peripartaal actieve herpes ?

- **Alle neonati:**

- **WISSERS** (cultuur/PCR): *conjunctiva/nasophar/mond/rectum EN WHOLE BLOOD* (en lesie/CSV indien symptomatisch)
tussen **24 (niet eerder) & 48h + labo met AST/ALT.**

- Contactisolatie

- **PRIMO-INFECTIE:**

- Ook LP !

- **Altijd aciclovir** 60mg/kg/d in 3x bij neonaat tot alles negatief.

- **RECURRENTE INFECTIE:**

Start **aciclovir ENKEL als PCR-pos of klinische infectie**
(+ bij ontslag: familie goed educeren op symptomen in volgende weken)

Volg ons op zas.be en





Bevestig via de **QR-code**
je deelname



Practopics

Praktische topics voor de huisarts

Of klik op de link in de Q&A rechtsboven.

