

Listeria tijdens de zwangerschap

Verwekker

Listeria monocytogenes is een bacteriële pathogeen die invasieve infecties (inclusief infecties van het centraal zenuwstelsel) of bacteriëmie kan veroorzaken bij neonaten, patiënten met immuun-suppressie, ouderen, en zwangeren. Daarnaast is het ook een oorzaak van zelf-limiterende febrile gastro-enteritis bij immunocompetente personen (1-2). *L. monocytogenes* is wijdverspreid aanwezig in de omgeving en kan worden gevonden in de aarde, oppervlaktewater en vegetatie en bij verschillende dieren. Besmetting van mensen vindt meestal indirect plaats via het eten van besmet voedsel. Voorbeelden van risicoproducten zijn zachte kazen (zoals brie en camembert) die met ongepasteuriseerde melk zijn bereid; rauwe vleeswaren; rauwe, gerookte of gemarineerde vis; gerookte mosselen; ongepasteuriseerde melk; kant-en-klare pannenkoeken en voorverpakte salades. Doordat *L. monocytogenes* ook bij lage temperatuur (vanaf 3°C) groeit, is het langdurig bewaren van gekoelde consumptieartikelen risicovol. Directe transmissie kan plaatsvinden via direct dierlijk contact of via het milieu. Verder kan er verticale transmissie optreden van moeder naar kind tijdens de zwangerschap of bij de geboorte (2). De incubatieperiode voor *Listeria* gastro-enteritis bedraagt gemiddeld 24 uur (range 6 uur tot 10 dagen); voor invasieve infecties daarentegen bedraagt de mediane incubatieduur 11 dagen waarbij 90% van de gevallen voorkomen binnen de 28 dagen (1).

Infecties tijdens de zwangerschap

Tijdens de zwangerschap is er een lichte daling van de cel-gemedieerde immuniteit waardoor zwangeren vatbaarder zijn om een bacteriëmie door *Listeria* te ontwikkelen (6). *Listeria*-infecties komen het meest frequent voor tijdens het derde trimester van de zwangerschap (1,6). Bacteriëmie presenteert zich klinisch als een niet specifiek griepaal syndroom met koorts, myalgie, hoofd- en rugpijn vaak voorafgegaan door diarree of andere gastro-intestinale symptomen (3,6). Onbehandelde bacteriëmie is meestal zelflimiterend waardoor de diagnose gemist kan worden. Foetale en neonatale infecties kunnen zeer ernstig zijn, resulterend in foetaal verlies, preterm arbeid, neonatale sepsis, meningitis en dood. Een review-artikel toonde aan dat ongeveer 1 op 5 zwangerschappen gecompliceerd door listeriose, resulteert in spontane abortus of doodgeboorte; ongeveer twee derde van de overlevende kinderen, ontwikkelde klinische neonatale listeriose (3).

Diagnose en behandeling

Snelle diagnose en behandeling van een geïnfecteerde vrouw kan resulteren in de geboorte van een gezond kind (6). Er zijn geen specifieke klinische indicatoren voor *Listeria* bacteriëmie in zwangere vrouwen. Hemocultuur is de beste methode om de diagnose te stellen. Faecesculturen worden niet aanbevolen. Intermittent faecaal dragerschap en shedding gebeurt frequent door de verspreide aanwezigheid van de bacterie in de omgeving en is zelden indicatief voor een infectie. Daarenboven

heeft faecescultuur een lage gevoeligheid en zijn selectieve media in de meeste laboratoria niet beschikbaar (3). Ook serologie is niet geschikt voor acute diagnosestelling van invasieve ziekte (1-7).

Voor asymptomatische vrouwen die consumptie vermelden van een product dat werd teruggeroepen omwille van *Listeria* besmetting, is het niet aangewezen om testen uit te voeren. Aan deze vrouwen moet gevraagd worden om terug contact op te nemen indien ze symptomen van listeriose ontwikkelen binnen de 2 maanden nadat ze het betrokken product geconsumeerd hebben (3). Een blootgestelde vrouw met koorts >38.1°C en met symptomen compatibel met listeriose waarvoor geen andere verklaring is, moet gelijktijdig getest en presumptief behandeld worden (3). De voorkeurstherapie voor listeriose bestaat uit hoge dosis intraveneus ampicilline gedurende minstens 14 dagen (3). Er bestaan geen duidelijke richtlijnen voor blootgestelde patiënten zonder koorts maar met symptomen consistent met een milde gastro-intestinale of griepachtige ziekte. Bij deze patiënten kan men een afwachtende houding aannemen, of zou men toch kunnen overwegen om hemoculturen af te nemen (3). Hemoculturen moeten eveneens overwogen worden bij elke febrile zwangere vrouw zonder gekende blootstelling bij wie men geen alternatieve verklaring heeft voor de koorts (1).

Preventie

Om listeriose te voorkomen gelden volgende preventieve maatregelen:

- vermijd het eten van risicovolle producten (cf. supra)
- was rauwe groenten goed voor consumptie
- scheid rauwe voedingsmiddelen goed van bereide voedingsmiddelen
- was handen en keukenmaterialen na het verwerken van rauwe voedingsproducten
- koel restanten zeer snel en bewaar deze slechts korte tijd
- let altijd op de uiterste consumptiedatum en hanteer de aanbevolen bewaar temperatuur
- verhit kant-en-klare maaltijden (incl. kant-en-klare pannenkoeken) door en door
- vermijd gedurende de hele zwangerschap contact met mogelijk besmette aarde, draag handschoenen en was na afloop de handen met water en zeep
- verhit kip, vlees, vis en schaal-/schelpdieren altijd voldoende

Referenties

1. Uptodate. www.utdol.com
2. RIVM. Listeriose Richtlijn.
3. Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 614: Management of pregnant women with presumptive exposure to *Listeria monocytogenes*. *Obstet Gynecol.* 2014 Dec;124(6):1241-4.
4. <https://www.cdc.gov/listeria/index.html>
5. Jorgensen et al. *Manual of Clinical Microbiology* 11th edition.
6. Mandell et al. *Principles and practice of infectious diseases*.

Britt Van Meensel, Heidi Castryck