

Gebelikte Sıtma ve Diğer Paraziter Enfeksiyonlar

Dr. Öğr. Üyesi Bekir Tunca

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

KLİMIK
TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE İNFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

AGUH
KLİMİK DERNEĞİ ASİSTAN VE GENÇ UZMAN HEKİMLER KOMİSYONU

Dünyada Sıtma: Güncel Durum

282 milyon

Sıtma olgusu

80 endemik ülkede, 2024

610.000

Sıtmaya bağlı ölüm

2023: 598.000

%94 / %95

Afrika Bölgesi

Olguların %94'ü • ölümlerin %95'i

+9 milyon 2023'e göre yaklaşık %3 daha fazla olgu

Küresel insidans: 64 / 1000 risk altındaki nüfus

%75 Afrika Bölgesi'ndeki ölümlerin 5 yaş altı çocuklarda

Sıtma önlenebilir ve tedavi edilebilir olmasına rağmen, küresel hastalık yükü hâlen son derece yüksektir.

Kaynak: World Health Organization. World malaria report 2025. Geneva: WHO; 2025.

2024 verileri

Gebelikte Sıtma: Güncel Sayılar

36 milyon
gebelik
WHO Afrika Bölgesi
Orta-yüksek bulaşlı 33 ülkede, 2024

13 milyon
sıtma ile enfekte gebelik
Yaklaşık %36

411.000
sıtmaya atfedilen düşük doğum ağırlıklı yenidoğan
WHO tahmini

941.000
Koruyucu müdahaleler olmasaydı beklenen düşük doğum ağırlıklı yenidoğan sayısı

Veriler WHO Afrika Bölgesi'nde orta-yüksek sıtma bulaşı olan 33 ülkeye aittir.

Kaynak: WHO. World malaria report 2025; Executive Summary (2024 verileri).

Gebelikte Sıtma

Gebelikte Sıtma: Üç Klinik Boyut

- **Gestasyonel sıtma**
  Gebelik sırasında gelişen maternal sıtma enfeksiyonu
- **Plasental sıtma**
  Parazitlerin veya enfekte eritrositlerin plasentada birikimi / sekestrasyonu
- **Konjenital sıtma**
  Yenidoğanda, postnatal sivrisinek temasıyla açıklanamayan sıtma enfeksiyonu

Gebelikte Sıtma Neden Önemli?

Anne açısından

Anemi
Hipoglisemi
Ağır sıtma ve organ yetmezliği
Maternal mortalite riskinde artış

Fetüs / yenidoğan açısından

Fetal büyüme kısıtlılığı
Düşük doğum ağırlığı
Prematür doğum
Abortus / ölü doğum
Perinatal ve neonatal mortalitede artış
Yenidoğanda enfeksiyon riski

Gebelikte sıtma; anne, plasenta ve fetüsü birlikte etkileyen çok boyutlu bir enfeksiyondur.

Plasental Sıtmanın Patofizyolojisi

1

1. Enfekte eritrosit

P. falciparum ile enfekte eritrosit
Eritrosit yüzeyinde VAR2CSA ekspresyonu

2

2. Plasentaya bağlanma

VAR2CSA, plasental chondroitin sulfate A (CSA) yapılarına bağlanır
Enfekte eritrositler intervillöz alanda tutulur

3

3. Sekestrasyon ve inflamasyon

Monosit / makrofaj birikimi
Proinflamatuvar sitokin artışı
Plasental yapı ve dolaşımda bozulma

4

4. Maternal–fetal sonuçlar

Maternal anemi
Fetüse oksijen ve besin geçişinde azalma
Fetal büyüme kısıtlılığı
Düşük doğum ağırlığı

Plasental sekestrasyon, P. falciparum sıtmasında maternal ve fetal komplikasyonların temel mekanizmasıdır.

Kaynak: Minwuyelet A, et al. Trop Dis Travel Med Vaccines. 2025;11:14; VAR2CSA placental malaria literature.

Sıtmanın Klinik Özellikleri

Tipik semptomlar

- Ateş
- Titreme
- Baş ağrısı
- Halsizlik
- Miyalji / artralji
- Bulantı-kusma

Ağır sıtma bulguları

- Bilinç değişikliği / koma
- Ağır anemi
- Hipoglisemi
- Akut böbrek hasarı
- Solunum sıkıntısı / pulmoner ödem
- Şok
- Sarılık
- Yüksek parazitemi

Sık laboratuvar bulguları

- Anemi
- Trombositopeni
- Lökosit normal veya düşük olabilir
- Bilirubin yüksekliği
- Transaminaz yüksekliği

Asemptomatik enfeksiyon → Komplike olmayan sıtma → Ağır sıtma

Sıtma, özgül olmayan ateşli hastalıktan çoklu organ yetmezliğine kadar geniş bir klinik spektrum gösterebilir.

Gebelikte Sıtma: Kim Daha Riskli?

Gebeliğe Bağlı Risk Belirleyicileri

İlk gebelik / düşük parite
- Plasental sıtma riski daha yüksektir
- Anti-VAR2CSA antikoları sonraki gebeliklerde artar

- **Genç maternal yaş**
  Özellikle endemik bölgelerde artmış riskle ilişkilidir.

- **Önceden kazanılmış kısmi bağışıklığın olmaması**
  Düşük endemisite bölgelerinden gelen veya seyahat eden gebelerde klinik hastalık daha ağır seyredebilir.

Riski Artıran Eşlik Eden Durumlar

- **HIV koinfeksiyonu**
  Plasental enfeksiyon ve maternal parazitemi riskini artırabilir.

- **Tekrarlayan enfeksiyonlar**
  Gebelik boyunca tekrarlayan sıtma atakları plasental sıtma olasılığını artırır.

Enfeksiyon zamanlaması ve parite
- Primigravidalarda erken asemptomatik enfeksiyon → daha yüksek plasental sıtma riski
- Multigravidalarda geç gebelikte parazitemi → plasental sıtmayla daha güçlü ilişki

Risk; parite, yaş, kazanılmış bağışıklık, enfeksiyon zamanlaması ve eşlik eden konak faktörleriyle şekillenir.

Kaynaklar: Zakama AK, Ozarslan N, Gaw SL. Placental Malaria. Curr Trop Med Rep. 2020;7:162–171. | Menon S, et al. J Glob Health. 2025;15:04355.

Gebelikte Sıtma: Maternal Klinik Özellikler

Gebelikte klinik seyir

- **Ağır sıtma gelişme riski artar**
- **Sıtma tanısı alan gebelerin hastanede yakın izlenmesi önerilir**
- Endemik bölgelerde enfeksiyon az semptomlu veya asemptomatik olabilir
- Hafif maternal semptomlar plasental enfeksiyonu dışlamaz

Gebelikte öne çıkan maternal komplikasyonlar

Anemi
Daha sık ve daha belirgin olabilir

Hipoglisemi
Gebelik ve ağır sıtma ile risk artar

Pulmoner ödem / ARDS
Özellikle ağır hastalıkta önemli

Ağır sıtma / mortalite
Maternal risk belirgin olarak artar

Preeklampsi / eklampsi ile olası ilişki *(kanıt daha sınırlı)*

Etken: en belirgin risk P. falciparum ile;
P. vivax da önemli gebelik sonuçlarına yol açabilir.

Gebelikte özellikle anemi, hipoglisemi ve pulmoner ödem açısından yakın izlem önemlidir.

Kaynaklar: CDC – Malaria in Pregnancy; Rogerson SJ, et al. Malaria in pregnancy: pathogenesis and immunity. Lancet Infect Dis. 2007/PMC3552837; WHO Guidelines for malaria.

Gebelikte Sıtma: Obstetrik ve Fetal Sonuçlar

Plasental sekestrasyon → uteroplasental dolaşım bozukluğu → fetal büyüme ve gebelik sonuçlarında bozulma

Obstetrik sonuçlar

- Abortus
- Preterm doğum
- Ölü doğum / intrauterin fetal ölüm
- Perinatal mortalitede artış

Fetal büyüme

- Fetal büyüme kısıtlılığı (FGR)
- Gebelik haftasına göre küçük (SGA)
- Düşük doğum ağırlığı

Yenidoğan sonuçları

- Prematüriteye bağlı neonatal morbidite
  - ✓ solunum sıkıntısı,
  - ✓ beslenme sorunları,
  - ✓ enfeksiyon
  - ✓ YBÜ gereksinimi
- Neonatal mortalitede artış
- Nadiren konjenital sıtma

Gebelikte sıtmanın fetal etkileri çoğunlukla plasental enfeksiyon ve plasental fonksiyon bozukluğu üzerinden gelişir.

Kaynak: Satapathy P, et al. New Microbes New Infect. 2024;62:101474. doi:10.1016/j.nmni.2024.101474

Gebelikte Sıtma Tanısı

Temel tanı yaklaşımı

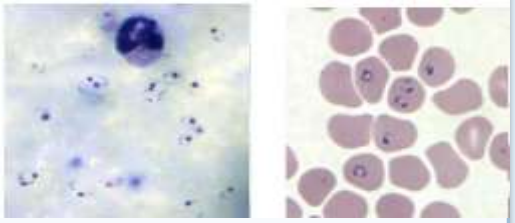
Klinik şüphe

- Ateşli gebede seyahat / endemik bölge öyküsü
- Anemi ve trombositopeni tanıyı destekleyebilir

Mikrobiyolojik tanı

Kalın damla + ince yayma = tanıda altın standart

Kalın damla	Parazit saptamada daha duyarlı
İnce yayma	Tür tayini ve parazitemi
RDT	Hızlı yardımcı test
PCR	Düşük parazitemi ve tür doğrulamada yararlı; rutin ilk basamak değil



İlk test negatifse ve şüphe sürüyorsa tekrar örnekleme gerekir.

Gebeliğe özgü önemli noktalar

- **Plasental sıtma**

  Periferik kanda parazit saptanmasa bile bulunabilir.

- **Plasental histopatoloji**

  Plasental sıtmanın doğum sonrası referans değerlendirme yöntemidir.

- **Plasental kan / doku**

  Yayma veya PCR ile değerlendirilebilir.

- **Rutin kullanım**

  Bu yöntemler akut gebede rutin ilk basamak tanı yöntemi değildir.

Periferik yayma negatifliği plasental enfeksiyonu dışlamaz.

Kaynaklar: CDC Malaria Diagnosis & Testing; Malaria in Pregnancy (PMC3552837); Zakama AK et al., Placental Malaria, 2020.

Gebelikte Komplike Olmayan Sıtma Tedavisi

P. falciparum

Tüm trimesterlerde

- Artemether–lumefantrine (80/480mg) → tercih edilen tedavi (0-8-24-36-48-60. saat)
- Alternatif: kinin + klindamisin

- Meflokin: diğer seçenekler uygun değilse
- Klorokin duyarlı bölgede: klorokin / hidroksiklorokin

P. vivax / P. ovale

Akut kan evresi

- Klorokin duyarlı bölgelerde: klorokin
- Klorokin direncinde: artemether–lumefantrine

Relapsı önleme

- Klorokin 300 mg base haftada 1, doğuma kadar
- Primaquine / tafenoquine gebelikte kontrendike
- Hipnozoit eradikasyonu doğum sonrasına bırakılır

P. malariae / P. knowlesi

Tüm trimesterlerde

- Klorokin
- Hidroksiklorokin
- Artemether–lumefantrine
- Tür ve direnç durumuna göre seçim yapılır

Gebelikte kaçınılmalı: Primaquine • Tafenoquine • Doksisiklin / tetrasiklin | Atovaquone–proguanil: rutin önerilmez

Tedavi geciktirilmemeli; ilaç seçimi etken, direnç durumu ve hastalık şiddetine göre yapılmalıdır.

Kaynak: WHO Guidelines for Malaria (2026); CDC Malaria Treatment Tables (2026).

Gebelikte Ağır Sıtma Tedavisi

Ağır sıtmada, gebeliğin tüm trimesterlerinde IV artesunat gecikmeden başlanmalıdır.

Temel yaklaşım

- IV artesunat: 2,4 mg/kg IV
- 0., 12. ve 24. saatlerde, ardından parazitemi ve oral toleransa göre günlük IV devam veya oral tedavi.
- Tedavi geciktirilmemeli
- Maternal stabilizasyon öncelikli
- Yoğun bakım gereksinimi açısından değerlendir

Yakın izlem

- Hipoglisemi
- Ağır anemi
- Pulmoner ödem / ARDS
- Böbrek fonksiyonları
- Bilinç durumu
- Parazitemi düzeyi

Obstetrik yaklaşım

- Fetal iyilik hali değerlendirilir
- Preterm eylem / fetal distres açısından izlem
- Doğum kararı yalnız sıtma tanısına göre verilmez
- Maternal ve fetal durum birlikte değerlendirilir

Ağır sıtma, gebelikte maternal acil durumdur: IV artesunat tedavisi geciktirilmemelidir.

Kaynak: WHO. Guidelines for malaria, 10 Sep 2026; CDC. Treatment of Severe Malaria, updated 17 Aug 2026.

Gebelikte Sıtmadan Korunma ve Seyahat Profilaksisi

Temel Korunma

- Endemik bölge seyahatinden mümkünse kaçınma
- İnsektisitli cibinlik kullanımı
- Uygun repellent kullanımı
- Uzun kollu giysi / açıkta kalan cildi azaltma
- Konaklama alanında vektör kontrolü

Kemoprofilaksi

Klorokin duyarlı bölge

Klorokin

Klorokin dirençli / P. falciparum bölgesi

Meflokin

P. vivax / P. ovale sonrası relaps baskılama

Doğuma kadar haftalık klorokin düşünülebilir

Gebelikte Kullanılmamalı

- Doksisiklin / tetrasiklin
- Primaquine
- Tafenoquine

Atovaquone–proguanil:
rutin önerilmez; yalnız uygun alternatif yoksa yarar–risk değerlendirmesiyle düşünülebilir.

Gebelikte en güvenli yaklaşım: mümkünse seyahatten kaçınma + etkili vektör korunması + bölgeye uygun kemoprofilaksi.

Kaynak: CDC – Malaria in Pregnancy (2026); WHO – Guidelines for Malaria (2026).

Gebelikte Aralıklı Koruyucu Tedavi (IPTp)

Kimlere ve ne zaman?

- **Kimlere?**
  Orta-yüksek P. falciparum bulaşı olan endemik bölgelerde tüm gebelere
- **Başlangıç**
  2. trimesterde, 13. gebelik haftasından sonra
- **Aralık**
  Dozlar en az 1 ay arayla
- **Hedef**
  Gebelik boyunca mümkün olduğunca çok doz; en az 3 doz

Ne verilir?

Sulfadoksin–pirimetamin

(SP)

Koruyucu amaçla, sıtma tanısı konmasını beklemeden uygulanır

Neyi azaltır?

- Maternal parazitemi
- Plasental parazitemi
- Maternal anemi
- Düşük doğum ağırlığı

Önemli: SP, kotrimoksazol kullanan HIV pozitif gebelerde birlikte verilmez.

IPTp tedavi değil; endemik bölgelerde gebelik sırasında belirli aralıklarla uygulanan koruyucu antimalaryal yaklaşımdır.

Kaynak: WHO. Guidelines for malaria, 2026.

Konjenital Sıtma

Bebeğe geçer mi?

- Evet, vertikal bulaş mümkündür.
- Ancak konjenital sıtma nadirdir.
- Plasental enfeksiyon, mutlaka fetal enfeksiyon gelişeceği anlamına gelmez.

Geçiş yolu ve zamanı

- Transplasental geçiş olabilir.
- Peripartum maternal–fetal kan teması ile de bulaşabilir.
- Belirli bir trimester için artmış geçiş riski net gösterilmemiştir.

Yenidoğanda klinik

- Ateş
- Anemi / trombositopeni
- Hepatosplenomegali, sarılık
- Beslenme güçlüğü / irritabilite

Ne zaman düşünülmeli?

- Annede gebelikte sıtma öyküsü
- Endemik bölge / seyahat öyküsü
- Yenidoğanda açıklanamayan ateş + anemi / trombositopeni

Maternal veya plasental sıtma, konjenital enfeksiyon açısından yenidoğanda klinik farkındalık gerektirir.

Kaynaklar: Minwuyelet A, et al. Trop Dis Travel Med Vaccines. 2025;11:14. | Zakama AK, Ozarslan N, Gaw SL. Curr Trop Med Rep. 2020;7:162–171.

Fetüse Vertikal Geçiş Yapabilen Başlıca Parazitler

Toxoplasma gondii
→ Konjenital toksoplazmoz

Leishmania spp.
→ Nadir konjenital leishmaniasis

Trypanosoma cruzi
→ Konjenital Chagas hastalığı

Babesia spp.
→ Çok nadir konjenital babesiosis

Vertikal geçiş tüm paraziter enfeksiyonlarda görülmez; bazı protozoal enfeksiyonlarda plasental bariyer aşılabilir ve fetal enfeksiyon gelişebilir.

Kaynaklar: CDC (Chagas, Babesiosis); WHO/derlemeler (Leishmaniasis, congenital parasitic infections).

Gebelikte Chagas Hastalığı: Genel Bakış

Etken ve bulaş

Trypanosoma cruzi

- Triatomin vektör
- Kan / transfüzyon
- Oral bulaş
- Vertikal bulaş



Gebelikte vertikal geçiş

%1–5
yaklaşık vertikal geçiş riski

- Gebelik sırasında veya doğumda bulaşabilir
- Belirli bir trimester için en yüksek risk net değildir
- Gebeliğin herhangi bir döneminde geçiş mümkündür

Maternal enfeksiyonun özelliği

- Maternal enfeksiyonların çoğu kronik ve asemptomatiktir
- Yüksek maternal parazitemi ve plasental/konak faktörleri geçiş riskini etkileyebilir
- Maternal enfeksiyonun tanınması konjenital olguları yakalamanın ilk basamağıdır



Chagas, gebelikte gerçek vertikal geçiş yapabilen önemli protozoal enfeksiyonlardan biridir.

Kaynaklar: WHO Chagas disease fact sheet / Q&A; CDC Chagas Disease – Congenital Considerations.

Gebelikte Chagas: Tanı

Anne tanısı

• Riskli gebeler taranmalı: endemik bölgede doğmuş/yaşamış veya anlamlı maruziyet öyküsü olanlar

Kronik / asemptomatik enfeksiyon
2 farklı serolojik test ile doğrulama
(örn. ELISA + IFA / IHA)

Akut enfeksiyon şüphesi
Direkt parazitolojik inceleme ± PCR

Yenidoğan tanısı

• Doğumda / erken neonatal dönemde direkt parazitolojik inceleme ve/veya PCR
• Maternal IgG nedeniyle erken neonatal seroloji tanıda güvenilir değildir

Takip serolojisi
Maternal antikorların kaybolmasının beklendiği 9–12. ayda kullanılabilir.

Maternal enfeksiyonun tanınması, konjenital Chagas'ın saptanmasının ilk basamağıdır.

Kaynaklar: CDC Chagas Disease – Diagnosis & Testing / Congenital Considerations; WHO Chagas disease Q&A.

Gebelikte Chagas: Tedavi ve Yenidoğan Yönetimi

Gebede yaklaşım

- Benznidazol ve nifurtimoks gebelik sırasında genellikle önerilmez (genotoksik)
- Tedavi gebelik öncesi veya doğum sonrası planlanır
- Maternal tanı, yenidoğan takibini yönlendirir

Konjenital enfeksiyonda tedavi

Benznidazol
veya
Nifurtimoks

- Erken tedavide kür oranı çok yüksektir
- Riskli annelerin bebekleri aktif olarak değerlendirilmelidir

Semptomatik yenidoğanda

- Prematürite / düşük doğum ağırlığı
- Anemi, trombositopeni
- Sarılık, hepatosplenomegali
- Ağır olguda miyokardit / meningoensefalit

Benznidazol ve nifurtimoks gebelikte fetal güvenlilik verilerinin yetersizliği ve olası genotoksik/teratojenik risk nedeniyle önerilmez; maternal tedavi doğum sonrasına ertelenir.

Kaynaklar: CDC Chagas Disease – Congenital Considerations; WHO Chagas disease fact sheet / Q&A.

Gebelikte Visseral Leishmaniasis: Genel Bakış

Etken ve bulaş

- Etken: Leishmania spp.
- Bulaş: enfekte dişi tatarcık (phlebotomine sandfly)
- Gebelikte visseral leishmaniasis nadir, ancak ciddi seyredebilir



Maternal etkiler

- Uzamış ateş ve kilo kaybı
- Hepatosplenomegali
- Pansitopeni / anemi
- Tedavisiz olgularda ağır hastalık ve ölüm riski

Gebelik ve fetüs

- Abortus / fetal kayıp
- Prematürite
- Düşük doğum ağırlığı
- Nadir de olsa vertikal geçiş mümkündür
- Konjenital olgular doğumda sessiz olabilir; aylar sonra ortaya çıkabilir

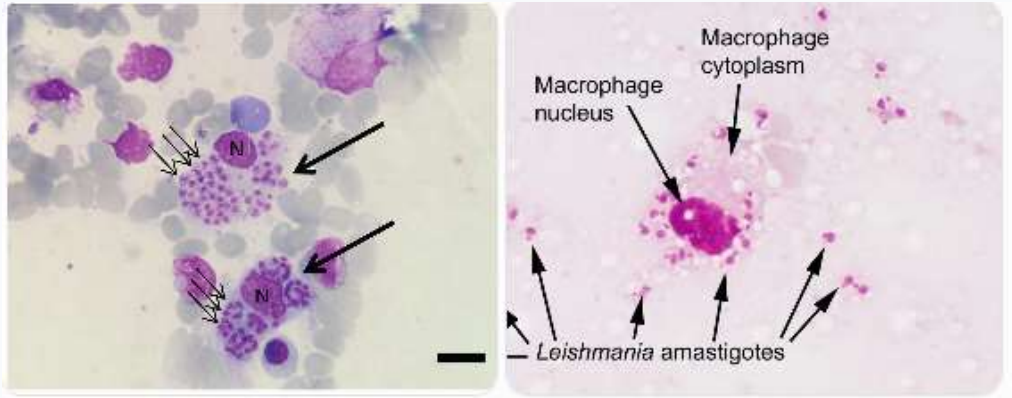
2021 sistematik derleme: 451 gebelikte VL olgusu; 26 doğrulanmış / olası / şüpheli vertikal geçiş olgusu.

Kaynaklar: WHO – Leishmaniasis fact sheet; Systematic review on visceral leishmaniasis in pregnancy, 2021 (PMC8425569).

Gebelikte Visseral Leishmaniasis: Tanı

Annede tanı

- Klinik şüphe: uzamış ateş + splenomegali + sitopeniler + epidemiyolojik öykü
- Parazitolojik tanı: uygun doku örneklerinde amastigotların gösterilmesi
- Serolojik testler / hızlı tanı testleri: destekleyici
- PCR: seçilmiş olgularda ve referans laboratuvarlarda yardımcı



Yenidoğan / vertikal bulaş şüphesi

- Maternal VL öyküsü varsa bebek değerlendirilmelidir
- Parazitolojik inceleme ± PCR kullanılabilir
- Doğumda normal değerlendirme konjenital VL'yi dışlamaz
- Konjenital olgular aylar sonra semptomatik hale gelebilir; uzun dönem takip önemlidir

Maternal VL öyküsü olan bebekte doğumda normal bulgular, daha sonra gelişebilecek konjenital leishmaniasisi dışlamaz.

Kaynaklar: WHO – Leishmaniasis; Systematic review on visceral leishmaniasis in pregnancy, 2021 (PMC8425569).

Gebelikte Visseral Leishmaniasis: Tedavi

Tercih edilen tedavi

Liposomal Amfoterisin B (L-AmB)

Gebelikte en güvenilir tedavi seçeneği

Kaçınılması gereken / sorunlu ilaçlar

Miltefosin: gebelikte kontrendike / teratojenik risk

Pentavalan antimonlar: gebelikte toksisite nedeniyle tercih edilmez

Tedavi yaklaşımı

Maternal tedavi geciktirilmemelidir

Tür, coğrafi bölge ve klinik durum dikkate alınarak uzman merkezde planlanır

Yenidoğan takibi

Vertikal geçiş açısından klinik ve parazitolojik izlem

Doğumda normal olsa bile sonraki aylarda takip sürdürülmelidir

Gebelikte VL tedavisinde en güvenilir seçenek liposomal amfoterisin B'dir; maternal tedavi geciktirilmemelidir.

Kaynaklar: WHO – VL treatment guidance (2026); CDC – Leishmaniasis Clinical Care; Systematic review 2021 (PMC8425569).

Gebelikte Babesiosis: Genel Bakış ve Vertikal Geçiş

Etken ve bulaş

- Babesia spp.; eritrositleri enfekte eden intraeritrositer protozoon
- En sık insan etkenlerinden biri: B. microti
- Başlıca bulaş Ixodes türü kenelerle
- Transfüzyonla bulaş mümkündür
- Gebelik sırasında veya doğumda çok nadir vertikal bulaş olabilir

Annede klinik

- Ateş, titreme, halsizlik
- İntravasküler hemoliz ve hemolitik anemi
- Trombositopeni
- Sarılık / hemoglobinüri gelişebilir
- Ağır olguda renal, pulmoner veya hepatik disfonksiyon görülebilir

Konjenital babesiosis

- Çok nadir bildirilmiştir
- Maternal enfeksiyon asemptomatik olabilir
- Yenidoğanda ateş, hemolitik anemi ve trombositopeni öne çıkar
- Semptomlar doğumdan haftalar sonra ortaya çıkabilir

Babesiosis, çok nadir de olsa gebelikte vertikal geçiş yapabilen ve anne ile yenidoğanda hemolitik hastalık oluşturabilen bir enfeksiyondur.

Kaynak: CDC. How Babesiosis Spreads; CDC. About Babesiosis; CDC Emerging Infectious Diseases: Vertical Transmission of Babesia microti.

Gebelikte Babesiosis: Tanı ve Tedavi

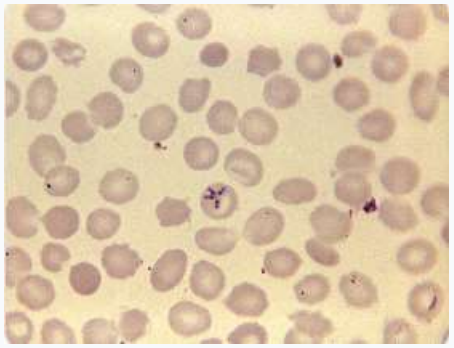
Tanı

Periferik kan yayması: eritrosit içi Babesia parazitlerinin gösterilmesi

PCR: düşük parazitemi veya tanısal belirsizlikte yararlı

Seroloji destekleyici olabilir

Maternal babesiosis öyküsü varsa yenidoğan da aktif değerlendirilmelidir



Gebelikte tedavi

Semptomatik gebede: klindamisin + kinin genellikle önerilir

Atovaquone + azithromycine göre gebelik güvenlilik verisi daha fazladır

Tedavi süresi çoğu immünkompetan hastada 7–10 gündür

Maternal ve fetal durum birlikte izlenmelidir

Ağır hastalık

Yoğun bakım ve destek tedavisi gerekebilir

Yüksek parazitemi veya ciddi hemolizde exchange transfusion düşünülebilir

CDC: tipik eşik >%10 parazitemi veya ağır organ disfonksiyonu ile orta-yüksek parazitemi

Yenidoğanda konjenital enfeksiyon saptanırsa uygun antiparaziter tedavi başlanır

Gebelikte babesiosis tanısı geciktirilmemeli; hem maternal hem neonatal hemoliz açısından yakın izlem gerekir.

Kaynak: CDC. Clinical Care of Babesiosis (2024); IDSA Guideline on Diagnosis and Management of Babesiosis (2020).

Teşekkür ederim