



Gravidanza fisiologica

PRIMA PARTE

Sezione 1 - Informazioni alle donne in gravidanza

Sezione 2 - Screening delle infezioni in gravidanza

Dott.ssa Antonella Liguori
Medico Specialista in Ginecologia e Ostetricia



Sezione 2

Screening delle infezioni in gravidanza

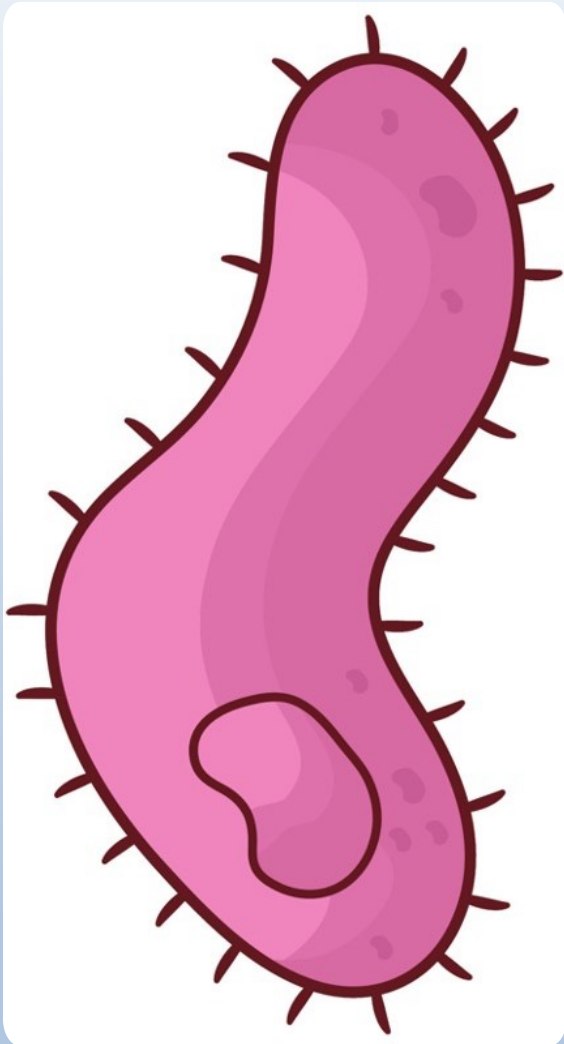
Screening delle infezioni in gravidanza:

NOVITA'

	<i>LG 2011</i>	<i>LG 2023</i>
BATTERIURIA	SI	NO
CHLAMYDIA	FdR	FdR
CMV	NO	SI (<24 wks)
HBV	SI (solo 1 trimestre)	SI (1 e 3 trimestre)
HCV	Solo FdR	SI
GONORREA	FdR	FdR
HSV	//	NEW

	<i>LG 2011</i>	<i>LG 2023</i>
HIV	SI	SI
CHAGAS	//	NEW
RUBEO	SI	NO
SIFILIDE	SI	SI
GBS	SI	SI
TOXO	SI	SI
TBC	//	NEW
VAGINOSI B	//	NEW

Batteriuria Asintomatica



- Colonizzazione del tratto urinario da parte di batteri non commensali (carica 10^5 UFC) che non dà segni o sintomi tipici di infezione delle vie urinarie inferiori (cistite acuta) o superiori (pielonefrite)

E. Coli (63-85%)

- K. Pneumoniae (8-9%)
- Streptococco gruppo B (2-10%)
- P mirabilis (3%)
- E. Faecalis (2%)
- S. aureus. P. Aeurginosa

Batteriuria Asintomatica

2.1. Batteriuria asintomatica (*Asymptomatic Bacteriuria, ASB*)

QUESITI

- Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening per batteriuria asintomatica?
- Nelle donne in gravidanza asintomatiche lo screening della batteriuria dovrebbe essere eseguito tramite urinocoltura oppure tramite esame delle urine standard?
- Nelle donne in gravidanza lo screening della batteriuria asintomatica tramite urinocoltura dovrebbe essere eseguito su un solo campione oppure su due campioni successivi?
- Nelle donne in gravidanza lo screening della batteriuria asintomatica dovrebbe essere offerto soltanto alla prima visita oppure ripetuto anche nei trimestri successivi?

LG gravidanza fisiologica(2011): *Indicato screening nel I trimestre mediante urinocoltura*

Raccomandazione

1. Lo screening della batteriuria asintomatica non dovrebbe essere offerto a tutte le donne in gravidanza

raccomandazione condizionata, qualità delle prove bassa o molto bassa

Chlamydia Trachomatis

Batterio trasmesso sessualmente per contatto diretto delle mucose genitali:

- Parto pre termine, PROM, basso peso alla nascita
- Neonato: patologie oculari e polmonite



Screening:

Tampone endocervicale
Urinocoltura

FR:

Donne età <25 aa
Donne età > 25 aa

Parametro	Fattore di rischio
Età	<21-25 anni
Partner sessuale	Avere un nuovo partner sessuale (negli ultimi 3 mesi) Avere un partner sessuale che ha più di un partner sessuale Avere un partner sessuale che ha una IST
Protezione	Non usare protezioni di barriera in modo corretto in una relazione non reciprocamente monogama
IST	Avere avuto una IST in precedenza
Rapporti sessuali	Offrire rapporti sessuali in cambio di denaro o droghe

Cantor et al 2021, Tziella et al 2022


2.2. INFEZIONE DA *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* (CT)

QUESITI

- Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening della *Chlamydia trachomatis*?
- Lo screening della *Chlamydia trachomatis* dovrebbe essere offerto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?
- Le donne in gravidanza con infezione da *Chlamydia trachomatis* dovrebbero ricevere un trattamento antibiotico?

LG gravidanza fisiologica(2011): Indicato screening nelle gravide con fattori di rischio alla prima visita prenatale e se persistono fattori di rischio nel terzo trimestre.

Raccomandazioni

- 
1. Lo screening della *Chlamydia trachomatis*, effettuato con tecnica molecolare mediante tampone (endocervicale o vaginale o uretrale) o sulle urine, deve essere offerto alle donne in gravidanza con fattori di rischio riconosciuti, alla prima visita prenatale e durante il terzo trimestre
 2. Alle donne in gravidanza con infezione da *Chlamydia trachomatis* deve essere offerto il trattamento antibiotico

raccomandazioni forti, qualità delle prove molto bassa

Chlamydia Tracomatis : Trattamenti o farmacologico



Azitromicina 1 gr (monosomministrazione)

Amoxicillina sicura ma meno efficace



-Trattare anche i partner dei 60 gg
antecedenti la diagnosi

- In caso di terapia in gravidanza è indicata la ripetizione del test diagnostico 4 settimane dopo il termine della terapia.
- **Tutte le donne in gravidanza dovrebbero ripetere il test diagnostico 3 mesi dopo il termine del trattamento.**

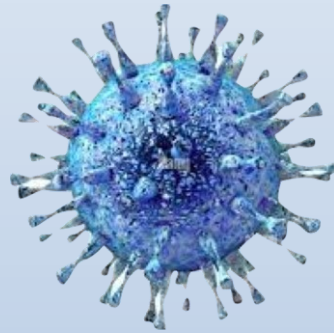
Citomegalovirus

Virus a DNA (famiglia Herpesvirus): febbre, malessere, dolori muscolari

Infezione materna primaria o non primaria (virus rimane latente nei monociti)

Fonti di infezione:

- secrezioni oro-faringee, urina, secrezioni cervicali sangue.



Fonte di infezione
maggiore: Saliva e urine
bambini < 3 aa

Trasmissione:

- orizzontale, per contatto diretto o indiretto da persona a persona
- verticale, in gravidanza, al parto, o durante l'allattamento

Infezione fetale →

- Causa principale di sordità neurosensoriale non genetica
- Anomalie sviluppo neurologico e psicomotorio
- Microcefalia
- Basso peso alla nascita
- Epatosplenomegalia
- Reninite



Periodo periconcezionale /I trimestre

Citomegalovirus: Diagnosi

Diagnosi infezione materna primaria da CMV :

Comparsa di IgG virus-specifiche nel siero di una donna precedentemente sieronegativa (sieroconversione) o sulla rilevazione di anticorpi IgM virus-specifici associati con IgG a bassa avidità (avvenute entro 12-16 settimane dal momento del test sierologico)

Diagnosi di infezione materna non primaria da CMV:

Aumento significativo, di circa quattro volte, del titolo anticorpale IgG con o senza la presenza di anticorpi IgM su una transitoria riduzione dell'avidità degli anticorpi IgG

Diagnosi prenatale di infezione fetale da CMV:

identificazione di CMV DNA mediante PCR su liquido amniotico (6-7 settimane dal momento presunto dell'infezione materna e non prima della 20^a settimana di gestazione)



**Sierologia
Materna
+
PCR su
liquido
amniotico**


2.3. INFEZIONE DA *CYTOMEGALOVIRUS* (CMV)

QUESITO

Lo screening dell'infezione da *Cytomegalovirus* (CMV) dovrebbe essere offerto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?

LG gravidanza fisiologica (2011): Non raccomandato screening

Raccomandazioni

- 
1. Lo screening sierologico dell'infezione da CMV deve essere offerto a tutte le donne in gravidanza con stato sierologico non noto o negativo (anticorpi IgG e IgM negativi) alla prima visita e comunque entro il primo trimestre e ripetuto ogni 4-6 settimane, se il primo esame risulta negativo (anticorpi IgG e IgM negativi) sino a 24 settimane di gravidanza.
 2. Lo screening sierologico dell'infezione da CMV deve essere offerto in presenza di segni suggestivi di infezione fetale all'ecografia ostetrica e/o di sintomi materni suggestivi di infezione sintomatica da CMV, come sindrome simil-mononucleosica, malattia simil-influenzale oppure epatite indifferenziata.
 3. Informazioni sull'infezione da CMV e sulle misure igieniche e i comportamenti in grado di ridurre il rischio di acquisizione dell'infezione devono essere offerte a tutte le donne in gravidanza, a quelle che intendono pianificarla e alle persone di loro fiducia, indipendentemente dallo stato sierologico e rischio di esposizione

raccomandazioni forti, qualità delle prove moderata-forte

Terapia: Valaciclovir e Immunoglobuline Iperimmuni

Epatite B (HBV)

Virus a DNA (famiglia Hepadnaviridae)

Trasmissione:

- Trasfusioni di sangue/emoderivati
- Puntura aghi e siringhe infette

Infezione asintomatica oppure nausea vomito con segni di ittero

Trasmissione verticale:

- in utero
- al parto



Ridotta 30%→1%:

- 1991 vaccinazione obbligatoria a 12 aa
- 2004 chiuso programma vaccinale
- Vaccinazione + Ig al neonato (entro 12-24h dal parto)



Sierologia Materna

Epatite B (HBV)

QUESITI

- Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening del virus dell'epatite B (HBV) soltanto nel primo trimestre, soltanto nel terzo trimestre oppure sia nel primo trimestre sia nel terzo trimestre?
- Alle donne in gravidanza sieronegative per HBV dovrebbe essere offerta la vaccinazione anti HBV?

Raccomandazione

1. Lo screening sierologico dell'epatite B mediante HBsAg + Ac anti-HBsAg + Ac anti-HBcAg o esame HBV-*reflex**, ove disponibile, deve essere offerto al primo contatto in gravidanza e nel terzo trimestre a tutte le donne non vaccinate contro HBV. Al momento del parto, il medesimo screening sierologico deve essere offerto a tutte le donne non vaccinate o che non abbiano eseguito l'esame in gravidanza.

raccomandazione forte, qualità delle prove bassa

2. La vaccinazione anti-HBV dovrebbe essere offerta alle donne in gravidanza non vaccinate in precedenza con *marker* di infezione da HBV negativi (HBsAg, Ac anti-HBsAg, Ac anti-HBcAg) e con fattori di rischio e/o conviventi con persona positiva a HBV.

raccomandazione condizionata, qualità delle prove molto bassa

Il vaccino attualmente in uso (tre dosi da somministrare nell'arco di sei mesi) è un vaccino ricombinante

Epatite B (HBV)

Trattamenti di provata efficacia

- Trattamento antivirale con Tenofovir nelle donne con carica virale >200000 UI/mL, da somministrare a partire da 28-32 wks fino al parto.
Non si conoscono gli effetti su I trimestre
- il Tenofovir è ritenuto sicuro in gravidanza, sebbene alcuni studi descrivano una riduzione della concentrazione di minerali nella matrice ossea del neonato.
- Controindicato in allattamento

Epatite C (HCV)

Virus a RNA (famiglia Flaviviridae) : febbre, nausea, affaticamento, dolori addominali

- Trasmissione per via parenterale
- Trasmissione verticale

HCV in gravidanza {

- Parto pre termine,
- Colestasi gravidica intraepatica
- Restrizione di crescita fetale
- Basso peso alla nascita



**Sierologia
Materna**

2.5 EPATITE C (HCV)

QUESITI

- Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening del virus dell'epatite C (HCV)?
- Lo screening dell'HCV dovrebbe essere offerto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?

- Terapia NON sicura in gravidanza

- No vaccino

- **Fondamentale prevenire la trasmissione**

LG 2011: Raccomandato screening solo se FR

Raccomandazione

1. Lo screening sierologico dell'epatite C (HCV) deve essere offerto a tutte le donne nel terzo trimestre di gravidanza, indipendentemente dai fattori di rischio.

raccomandazione forte, qualità delle prove bassa

Raccomandazione

2. In caso di positività al test di screening, la donna in gravidanza deve essere inviata a un centro specialistico per la presa in carico.

raccomandazione di buona pratica clinica

Neisseria Gonorrhoeae

Batterio trasmesso sessualmente per contatto diretto delle mucose genitali

Asintomatica → PID

> R di Parto pretermine

Trasmissione
verticale (30-47%, al
parto)

- Oftalmite con congiuntivite
- Ulcere, ascessi corneali → cecità
- Sepsi → artrite e meningite



Tampone endovaginale
o cervicale

Parametro	Fattore di rischio
Età	<21-25 anni
Partner sessuale	Avere un nuovo partner sessuale (negli ultimi 3 mesi) Avere un partner sessuale che ha più di un partner sessuale Avere un partner sessuale che ha una IST
Protezione	Non usare protezioni di barriera in modo corretto in una relazione non reciprocamente monogama
IST	Avere avuto una IST in precedenza
Rapporti sessuali	Offrire rapporti sessuali in cambio di denaro o droghe

Neisseria Gonorrhoeae

2.6. GONORREA

QUESITI

- Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening per la gonorrea?
- Lo screening della gonorrea dovrebbe essere offerto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?

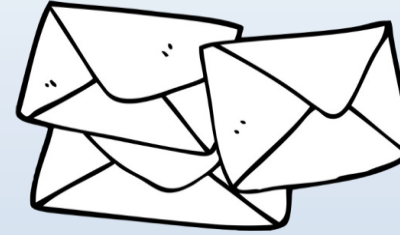
LG 2011: Raccomandato se FR

Raccomandazione

1. Lo screening della *Neisseria gonorrhoeae*, mediante tampone vaginale o endocervicale, deve essere offerto alle donne in gravidanza con fattori di rischio riconosciuti, alla prima visita prenatale e nel terzo trimestre.

raccomandazione forte, qualità delle prove molto bassa

Neisseria Gonorrhoeae: Trattamento farmacologico



Notifica
obbligatoria (classe II)



Ceftriaxone 500 mg IM
(monosomministrazione)



- Trattare anche i partner dei 60 gg antecedenti la diagnosi
- Ricontrollo a 3 mesi da fine terapia o nel III trimestre

Herpes Simplex Virus

Virus a DNA (famiglia Herpesviridae): infezione primaria → latenza nei gangli nervosi → riattivazione

Infezione: prurito, bruciore, dolore e successivamente vescicole → ulcere

-Trasmissione verticale (5% transplacentare, 85% al parto o 5% successivamente)

HSV 1 e 2

- Transplacentare: FGR, epatosplenomegalia, microcefalia, MEF
- Neonato:
 - > localizzata 45% (occhi, pelle, bocca)
 - > SNC 30% (encefalite, meningite asettica)
 - > disseminata (25%)



Isolamento del virus in Colture cellulari
IgG e IgM

2.7. INFEZIONE DA *HERPES SIMPLEX VIRUS* (HSV)

QUESITI

- Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening per l'*Herpes Simplex Virus*?
- Lo screening dell'*Herpes Simplex Virus* dovrebbe essere offerto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?
- Alle donne in gravidanza con infezione da l'*Herpes Simplex Virus* dovrebbe essere offerto un trattamento antivirale?

Raccomandazione

1. Lo screening dell'infezione da HSV-1 e HSV-2 non deve essere offerto alle donne in gravidanza

raccomandazione forte, qualità delle prove moderata

2. La terapia antivirale dovrebbe essere offerta alle donne in gravidanza con primo episodio di herpes genitale

raccomandazione condizionata, qualità delle prove bassa

La Raccomandazione 2 si basa sulla disponibilità di una terapia efficace e sicura nel ridurre l'entità e la durata dei sintomi e ridurre la frequenza delle ricorrenze in prossimità del termine di gravidanza e il periodo di eliminazione del virus, anche se tale trattamento potrebbe non essere efficace nel prevenire la trasmissione verticale.

Herpes Simplex Virus



Aciclovir 400 mg/3 vv die per 7-10 giorni
Famciclovir 250 mg/ 3 vv die per 7-10 giorni
Valaciclovir 1 g /2 vv die per 7-10 giorni.



Ridurre entità e durata dei sintomi e periodo di eliminazione del virus

Profilassi (Aciclovir 400 mg/3vv die, Valaciclovir 500 mg 2vv/die) da 36 sg→parto: donne con episodio primario nella prima metà della gravidanza



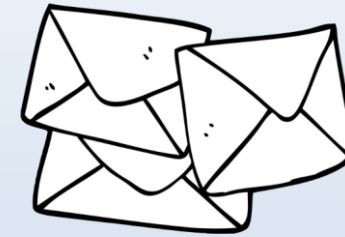
Partner solo se sintomatici

Human Immunodeficiency Virus

Virus a RNA (famiglia Retrovirus) infetta cellule del sistema immunitario (linfociti T helper CD4+)

→ **Trasmissione orizzontale**: comportamenti sessuali a rischio e droghe per via endovenosa

→ **Trasmissione verticale** durante gravidanza parto e allattamento



Notifica obbligatoria (classe II)

HIV in gravidanza

- FGR
- Preeclampsia
- Parto pretermine
- Basso peso alla nascita
- Natimortalità



Sierologia Materna (test di screening + test di conferma Western blotting)

2.8. INFEZIONE DA *HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS* (HIV)

QUESITI

- Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening dell'infezione da *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) soltanto nel primo trimestre oppure sia nel primo trimestre sia nel terzo trimestre?
- Lo screening dell'HIV dovrebbe essere offerto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?

Raccomandazione

1. Lo screening sierologico dell'infezione da HIV deve essere offerto a tutte le donne in gravidanza alla prima visita prenatale e, in presenza di fattori di rischio, anche nel terzo trimestre

raccomandazione forte, qualità delle prove bassa

L'obiettivo dell' ART (due inibitori della trascrittasi inversa (NRTI) e un inibitore delle proteasi) è ottenere una viremia non rilevabile o inferiore alle 50 copie/ml il più rapidamente possibile nel caso in cui si inizi il trattamento in gravidanza, oppure mantenere una viremia non determinabile se la terapia anti- HIV è stata intrapresa precocemente

Malattia di Chagas

Protozoo Trypanosoma Cruzi (vettori cimici Triatomine) → Vettoriale, trasfusionale, verticale

Endemica in America Latina: Bolivia

Fase acuta : replicazione del protozoo nel sangue (febbre, malessere, lesione cutanea sito di inoculo)

Fase cronica: cardiomiopatie, meningiti, neuropatie periferiche

Trasmissione:

- Transplacentare e al parto;
- NON attraverso il latte materno (eccezioni: fase acuta, riattivazione in immunodeficienza, lesioni al capezzolo sanguinanti).

Malattia di Chagas
congenita (MF 3,5%)

- Asintomatica (60-90%)
- Morbosità neonatale (basso peso alla nascita, prematurità, epatosplenomegalia, anemia, sindrome da distress respiratorio, anasarca o versamento ascitico, miocardite e meningoencefalite) → Letalità 2-14%
- Cronicizza 20-30% (sequele a 10-30 aa)



Fase acuta: striscio sangue

Fase cronica: anticorpi

Amniocentesi non indicata

Malattia di Chagas

2.9. MALATTIA DI CHAGAS

QUESITI

- Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening dell'infezione da *Trypanosoma cruzi* (malattia di Chagas)?
- Lo screening dell'infezione da *Trypanosoma cruzi* dovrebbe essere offerto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?
- Le donne in gravidanza con infezione da *Trypanosoma cruzi* dovrebbero ricevere un trattamento antiparassitario

*Sono a rischio le donne:

- nate in uno dei 21 Paesi endemici per l'infezione (Argentina, Belize, Bolivia, Brasile, Cile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Guyana francese, Honduras, Messico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Perù, Suriname, Uruguay, Venezuela) o nate da madre proveniente da uno di tali Paesi, e/o
- che hanno ricevuto trasfusioni di sangue in uno dei 21 Paesi endemici, e/o
- che hanno risieduto in uno dei 21 Paesi endemici per più di 6 mesi.

Malattia di Chagas

Raccomandazioni

1. Lo screening sierologico dell'infezione da *Trypanosoma cruzi* deve essere offerto alle donne in gravidanza a rischio* di infezione, nel primo trimestre o comunque alla prima visita prenatale nel caso sia effettuata successivamente.
2. Se non eseguito durante la gravidanza, lo screening deve essere offerto al momento del parto.
3. Lo screening deve essere eseguito con un singolo test sierologico altamente sensibile, preferibilmente in un laboratorio che abbia attivato un controllo di qualità esterno.
4. I test positivi devono essere confermati da un secondo test che utilizzi un antigene diverso.
5. In caso di discordanza tra i due test dovrà essere eseguito un terzo test (es. *Western blot*, WB) per confermare o escludere la diagnosi
6. Al termine della gravidanza e dell'allattamento il trattamento antiparassitario deve essere offerto a tutte le donne risultate positive allo screening al termine della gravidanza e/o dell'attamento, previa valutazione presso un centro di riferimento per la gestione delle malattie infettive.

raccomandazioni forti, qualità delle prove moderata

Malattia di Chagas: Trattamento farmacologico



Benznidazolo o Nifurtimox per 60 giorni → CI in gravidanza e allattamento

Rosolia

Virus a RNA (famiglia dei Togaviridae)

- **Trasmissione interumana** mediante droplets/secrezioni naso-faringee

Sintomi: febbre ,rush eritematoso,linfadenopatie

Rosolia in gravidanza

- Aborto spontaneo, MEF
- **Sindrome da Rosolia Congenita (SRC) : difetti alla vista (cataratta, glaucoma congenito o retinopatia pigmentaria), cecità completa, sordità, malformazioni cardiache e/o ritardo mentale**
Rischio 85% prima delle 12 settimane -50% tra 13-16 settimane – 25% dopo le 26 settimane



**Sierologia materna:
IgG/IgM**

Infezione fetale:

RNA virale mediante
tecniche di biologia molecolare
su campione da villocentesi o
amniocentesi, **dopo minimo 6
settimane dall'infezione e dopo
21 settimane di gestazione**

Morbosità nei neonati	N. (%) casi per epoca gestazionale di infezione da rosolia nelle donne dalla data dell'ultima mestruazione			Totale (% su tutti i casi)
	0-8 settimane	9-16 settimane	17-20 settimane	
Difetti dell'udito (unica condizione)	16 (36%)	28 (62%)	1(2%)	45 (61%)
Difetti cardiaci (unica condizione)	5 (71%)	2 (29%)	0	7 (9%)
Difetti della vista (unica condizione)	1 (100%)	0	0	1 (1%)
Difetti dell'udito + cardiaci	7 (78%)	2 (22%)	0	9 (1.2%)
Difetti dell'udito+ vista	2 (67%)	1 (33%)	0	3 (4%)
Difetti dell'udito+ cardiaci + vista	3 (75%)	2 (40%)	0	5 (7%)
Totale	37 (50%)	1 (25%)	0	4 (5%)

2.10. ROSOLIA

QUESITO

Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening della rosolia?

LG 2011: Raccomandato lo screening I visita e a 17 sg

Raccomandazioni

1. Lo screening della rosolia non deve essere offerto alle donne in gravidanza
2. La vaccinazione anti-rosolia deve essere offerta nel post partum a tutte le donne che non abbiano documentazione di avvenuta vaccinazione con due dosi di vaccino o di pregressa infezione (donne suscettibili)
3. Informazioni su strategie di prevenzione della diffusione di rosolia nella popolazione, sulla esposizione in gravidanza, sulla gratuità dei test per verificare la suscettibilità e sulla vaccinazione in periodo preconcezionale devono essere offerte a tutte le donne in gravidanza.

raccomandazioni forti, qualità delle prove molto bassa

2.10. ROSOLIA

Le Raccomandazioni 1-3 sono sostenute da:

- il mutamento del quadro epidemiologico italiano, conseguente all'eliminazione della trasmissione endemica della rosolia in Italia dal 2021
- l'assenza di un trattamento che prevenga o riduca la trasmissione verticale in caso di infezione materna da rosolia in gravidanza
- la controindicazione alla vaccinazione in gravidanza e la sua indicazione in epoca preconcezionale

Per questa condizione, il CTS effettuerà un monitoraggio costante dei dati epidemiologici e della letteratura; le raccomandazioni potranno essere modificate, coerentemente con nuove conoscenze e nuovi dati di popolazione eventualmente resi disponibili dal sistema di sorveglianza nazionale.


Vaccino: virus attenuato (attendere 1 mese prima del concepimento)


Sifilide

Batterio T. Pallidum trasmesso per contatto diretto delle mucose genitali o attraverso il sangue.

Stadi: Primario, secondario e terziario

Trasmissione verticale (transplacentare, parto)

-Trasmissione aumenta 
con l'epoca gestazionale

-Manifestazioni feto-neonatali:
più gravi  epoca gestazionale

- MEF, aborto spontaneo
- Parto pretermine
- Lesioni cutanee, epatosplenomegalia, alterazione dell'ossificazione, alterazione del SNC, oculari e dentarie
- Basso peso alla nascita



Sierologia materna: test non treponemici (VDRL RPR) e treponemici (TPHA)

2.11. SIFILIDE

QUESITI

- Lo screening della sifilide dovrebbe essere offerto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?
- Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening della sifilide soltanto nel primo trimestre oppure sia nel primo che nel terzo trimestre?

Raccomandazione

1. Lo screening sierologico della sifilide con test treponemici immunometrici/immunoenzimatici per la ricerca degli anticorpi (ELISA o EIA o CLIA o CMIA) deve essere offerto a tutte le donne in gravidanza alla prima visita prenatale e nel terzo trimestre. In caso di positività del test immunometrico/immunoenzimatico devono essere sempre offerti come *reflex* un test treponemico (TPHA) e successivamente un test non treponemico quantitativo (RPR o VDRL), al fine di confermare la diagnosi e definire lo stato di attività della malattia.

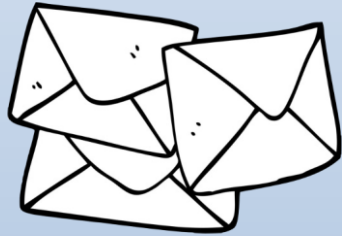
(raccomandazione forte, qualità delle prove molto bassa).

LG 2011: Raccomandato lo screening I visita e a fine gravidanza

Sifilide: Trattamento farmacologico



Penicillina G 2,4 milioni di UI 2 somministrazioni a distanza di 7gg



Notifica
obbligatoria
(Classe II)

Tubercolosi

Mycobacterium Tuberculosis → trasmesso via droplets

Tosse, sudorazione notturna, febbre e perdita di peso , in assenza di questi quattro sintomi è improbabile la diagnosi di malattia attiva

Tubercolosi in gravidanza

Aborto spontaneo,
Preeclampsia
Parto pretermine
Emorragia post-partum
Neonatale: basso peso alla nascita e aumentata mortalità



Mantoux (TST) → Confermato clinicamente o da altri test

2.14 TUBERCOLOSI (TB)

QUESITO

Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening della tubercolosi?

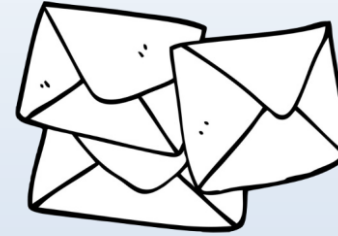
Raccomandazione

1. Lo screening dell'infezione tubercolare attraverso l'intradermoreazione di Mantoux o test IGRA deve essere offerto alle donne in gravidanza a rischio di infezione/riattivazione (donne provenienti da Paesi con incidenza di tubercolosi >100/100.000* e/o con limitato accesso alle cure e/o immunosopresse).

(raccomandazione forte, qualità delle prove bassa).

*Africa: Angola, Botswana, Burundi, Cameroon, Chad, Congo, Costa d'Avorio, eSwatini, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Equatoriale, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mozambico, Namibia, Nigeria, Repubblica Centrafricana, Repubblica Democratica del Congo, Repubblica Unita di Tanzania, São Tomé e Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Sudafrica, Sudan del Sud, Uganda, Zambia, Zimbabwe; Americhe: Bolivia, Haiti, Perù; Europa: Groenlandia, Kyrgyzstan; Mediterraneo Orientale: Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalia; Pacifico Orientale: Cambogia, Filippine, Isole Marshall, Kiribati, Laos, Mongolia, Nauru, Papua Nuova Guinea, Tuvalu, Vietnam; Sud-Est Asiatico: Bangladesh, Bhutan, India, Indonesia, Myanmar, Nepal, Repubblica Popolare Democratica di Corea, Thailandia, Timor Est.

Tubercolosi: Trattamento farmacologico



Notifica al servizio di Igiene Pubblica



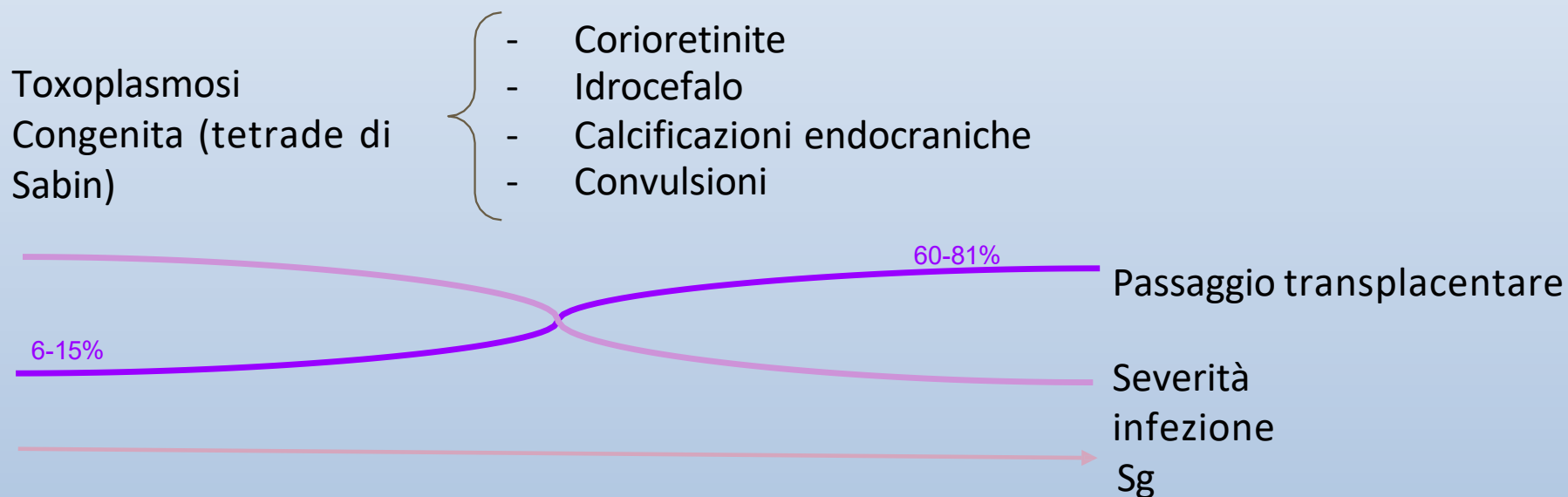
Combinazione di **Isoniazide, Rifampicina, Pirazinamide ed Etambutolo** per 2 mesi → 4 mesi **Rifampicina e Isoniazide**

LG 2011: Non trattata



Toxoplasmosi

Parassita *Toxoplasma Gondii* (ingestione di carni crude o verdure/frutta contaminata)



- Infezione materna: sierologia
- Infezione fetale: rilevazione del DNA del parassita nel liquido amniotico mediante PCR, dopo 4 settimane dall'infezione materna e dopo 18 settimane di gravidanza.

2.13. TOXOPLASMOSSI

QUESITI

- Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening della toxoplasmosi?
- Alla donna che sieroconverte in gravidanza dovrebbe essere offerto un trattamento antiprotozoario?
- Quali sono l'efficacia e la sicurezza delle indagini per diagnosticare l'avvenuta infezione fetale da *Toxoplasma gondii* in una madre che sieroconverte in gravidanza?
- Le donne in gravidanza dovrebbero ricevere informazioni relative alla prevenzione primaria della toxoplasmosi?

Raccomandazioni

1. Lo screening sierologico della toxoplasmosi deve essere offerto a tutte le donne in gravidanza alla prima visita e ripetuto ogni 4-6 settimane, se il primo esame risulta negativo, fino al termine della gravidanza
2. Informazioni sulla toxoplasmosi e sulle misure igieniche e i comportamenti in grado di ridurre il rischio di acquisizione dell'infezione devono essere offerte a tutte le donne in gravidanza che risultano negative al test sierologico

raccomandazioni forti, qualità delle prove molto bassa

LG 2011: Raccomandato lo screening I visita e ripetuto ogni 4-6 sett. se negativo

Toxoplasmosi: Trattamento farmacologico



Spiramicina 1g ogni 8 ore (non passa la barriera placentare)

Pirimetamina e Sulfadiazina (se infezione fetale confermata)

Streptococco di gruppo B

Streptococcus agalactiae: Batterio Gram +

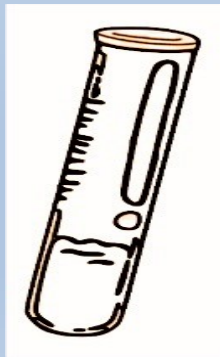
Serbatoio: intestino

Trasmissione al parto o per via ascendente



Colonizzazione

- causa più frequente di sepsi neonatale precoce
- neonatale (meningite, shock settico, polmonite)



- Tampone vaginale e rettale
- **Urinocoltura positiva per SGB eseguita a qualsiasi trimestre di gravidanza e a qualsiasi carica batterica è considerata equivalente a una colonizzazione vagino-rettale ad alta carica batterica**

2.12. INFEZIONE DA STREPTOCOCCO DI GRUPPO B (SGB)

QUESITI

- Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening della colonizzazione da streptococco di gruppo B?
- Alle donne in gravidanza con colonizzazione da streptococco di gruppo B dovrebbe essere offerto un trattamento antibiotico intraparto?
- Alle donne in gravidanza con fattori di rischio per colonizzazione da streptococco di gruppo B che non hanno eseguito lo screening dovrebbe essere offerto un trattamento antibiotico intraparto?

LG 2011: Raccomandato lo screening tra 36-37 settimane

Raccomandazioni

1. Lo screening della colonizzazione da streptococco di gruppo B deve essere offerto a tutte le donne in gravidanza, indipendentemente dalla modalità di parto prevista, tra 36⁺⁰ e 37⁺⁶ settimane di gestazione, mediante l'esecuzione di un tampone vaginale e rettale e la coltura su terreno selettivo.
2. Un trattamento antibiotico intraparto deve essere offerto alle donne in gravidanza risultate positive allo screening.
3. Un trattamento antibiotico intraparto deve essere offerto alle donne in gravidanza che non hanno eseguito lo screening e presentano fattori di rischio per colonizzazione da streptococco di gruppo B.

(raccomandazioni forti, qualità delle prove molto bassa)

Fattori di rischio per infezione neonatale:

-precedente neonato affetto da infezione invasiva da SGB

-batteriuria da SGB riscontrata a qualunque epoca di gestazione

-parto pretermine in caso di colonizzazione da SGB non nota

-colonizzazione da SGB in una precedente gravidanza

Streptococco di gruppo B



Profilassi intrapartum (**Penicillina G o Ampicillina**)

Vaginosi Batterica Asintomatica

Disbiosi dovuta ad una diminuzione della fisiologica presenza, nella flora vaginale, di lattobacilli che vengono sostituiti da batteri anaerobi

- >R {
- parto pretermine
 - aborto spontaneo
 - altra infezione materna



- criteri clinici di Amsel
- analisi nugent su vetrino con striscio vaginale
- NAAT su tampone vaginale



- **Metronidazolo** orale 500 mg per 2 volte al giorno per 7 giorni
- **Metronidazolo** in gel 0,75%: 1 applicazione intravaginale (5 g) al giorno per 5 giorni
- **Clindamicina** crema al 2%: 1 applicazione intravaginale (5 g) al giorno per 7 giorni

LG 2011: Non raccomandato lo screening



2.15 VAGINOSI BATTERICA ASINTOMATICA (VB)

QUESITI

- Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening della vaginosi batterica asintomatica?
- Lo screening della vaginosi batterica asintomatica dovrebbe essere offerto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?
- Le donne in gravidanza con vaginosi batterica asintomatica dovrebbero ricevere un trattamento antibiotico?

Raccomandazione

1. Lo screening della vaginosi batterica non deve essere offerto alle donne in gravidanza asintomatiche e senza fattori di rischio identificati per parto pretermine

raccomandazione forte; qualità delle prove bassa o molto bassa

GRAZIE!