

AOGOI
ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECCOLOGHI
OSPEDALIERI ITALIANI



10° Corso A.O.G.O.I.
9° Turin IAN DONALD Course

**TEST DI SCREENING
E DI DIAGNOSI PRENATALE
FRA PASSATO E FUTURO**

*PRENATAL SCREENING
AND DIAGNOSTIC TESTS BETWEEN
THE PAST AND THE FUTURE*

Torino, 15-16 marzo 2024
Hotel NH S. Stefano

10°

DIRETTORE DEL CORSO
Elsa Viora - Torino

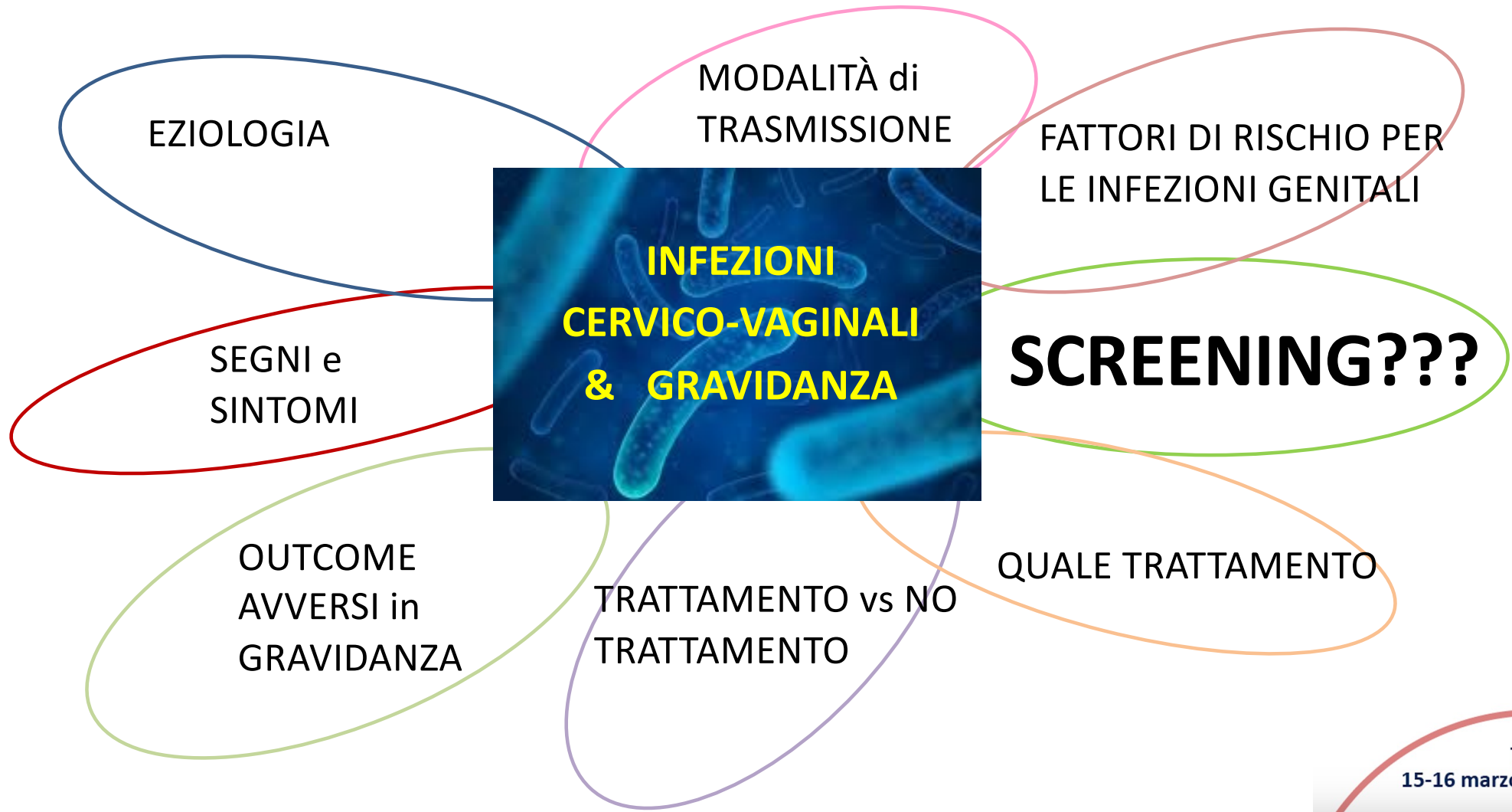
INFEZIONI CERVICO-VAGINALI

Giulia Mortara

S.S.D. Consultori Familiari e Pediatrici Nord

S.S.D. Consultori Familiari e Pediatrici Sud

ASL Città di Torino





MICROBIOTA VAGINALE & GRAVIDANZA

Le alterazioni ormonali **determinano** un sostanziale **cambiamento** nella composizione **del microbiota vaginale**: riduzione della variabilità microbica, prevalenza di lattobacilli, maggior tendenza alla stabilità

Gli alti livelli di estrogeni **stimolano** una maggior **produzione di glicogeno** da parte delle cellule epiteliali cervico-vaginali, **facilitando** la **crescita dei lattobacilli**

Non tutte le donne mostrano uno shift del proprio microbioma vaginale verso uno stato di maggior stabilità e minor variabilità

Contemporaneamente il **sistema immunitario materno attiva dei meccanismi di tolleranza** per consentire il processo di invasione del tessuto embrionale, questo può determinare una maggior suscettibilità alle infezioni



INFEZIONI & GRAVIDANZA

Squilibrio dell'ecosistema vaginale fisiologico,
con riduzione delle specie lattobacillari a
vantaggio di batteri, miceti e lieviti



disbiosi vaginale



Stato di irritazione e
infiammazione che
favorisce **instaurarsi di
infezioni e aumenta la
probabilità di esiti ostetrici
avversi**

- The underlying theme is that **maternal conditions during pregnancy, particularly those causing inflammation, have long-term effects** on the mother, the neonate, and the adult born of that pregnancy
 - ***Thus, care givers of pregnant patients have an immense responsibility to insure the best possible maternal pregnancy care and an optimal fetal environment***



10° Corso A.O.G.O.I.
9° Turin IAN DONALD Course

TEST DI SCREENING E DI DIAGNOSI PRENATALE FRA PASSATO E FUTURO PRENATAL SCREENING AND DIAGNOSTIC TESTS BETWEEN THE PAST AND THE FUTURE



Alla **prima visita** verranno inoltre eseguiti:

- l'esplorazione vaginale con eventuale **pap-test** se il precedente risale a più di 3 anni
- il controllo del seno
- la misurazione dell'altezza e del peso per calcolare l'indice di massa corporea (pag. 17) che definisce con maggior accuratezza la costituzione corporea

Nelle visite successive, ma solo su specifiche **indicazioni cliniche**, potrebbero essere necessarie:

- l'esplorazione vaginale in presenza di contrazioni o altri disturbi vaginali



- La **presenza di perdite vaginali** è presente fino al **93%** e aumenta nel II e III trimestre
- Il **prurito** interessa fino al **43%** delle donne (maggiormente dopo il I trimestre)
- Il **bruciore vaginale** si presenta **fino al 20%** delle donne nell'ultimo trimestre

Kennedy CM, Turcea AM, Bradley CS. Prevalence of vulvar and vaginal symptoms during pregnancy and the puerperium. Int J Gynaecol Obstet 2009; 105 (3): 236-239.

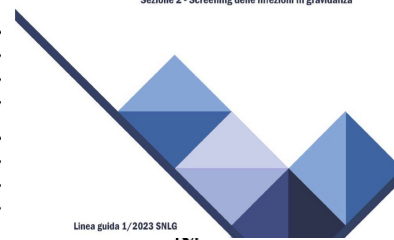
Torino
15-16 marzo 2024



Gravidanza fisiologica

PRIMA PARTE

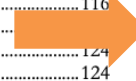
Sezione 1 - Informazioni alle donne in gravidanza
Sezione 2 - Screening delle infezioni in gravidanza



Linea guida 1/2023 SINLG

Sezione 2 Screening delle infezioni in gravidanza

Esperti e revisori esterni.....	77
Revisori esterni.....	77
Fattori di rischio per le infezioni sessualmente trasmesse.....	78
Bibliografia di riferimento.....	78
2.1. Batteriuria asintomatica (ASB).....	79
QUESITI.....	79
Raccomandazione.....	86
Bibliografia.....	87
2.2. Infezione da <i>Chlamydia trachomatis</i> (CT).....	89
QUESITI.....	89
Raccomandazioni.....	94
Bibliografia.....	95
2.3. Infezione da <i>Cytomegalovirus</i> (CMV).....	97
QUESITO.....	97
Raccomandazioni.....	107
Raccomandazione di ricerca.....	107
Bibliografia.....	108
2.4. Epatite B (HBV).....	116
QUESITI.....	116
Raccomandazione.....	124
Raccomandazione.....	124
Raccomandazioni.....	124
Bibliografia.....	125
2.5 Epatite C (HCV).....	128
QUESITI.....	128
Raccomandazione.....	132
Raccomandazione.....	132
Bibliografia.....	132
2.6. Gonorrea.....	135
QUESITI.....	135
Raccomandazione.....	139
Bibliografia.....	139
2.7. Infezione da <i>Herpes Simplex Virus</i> (HSV).....	141
QUESITI.....	141
Raccomandazione.....	153
Raccomandazione.....	153
Bibliografia.....	153



2.8. Infezione da <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (HIV).....	184
QUESITI.....	184
Raccomandazione.....	193
Bibliografia.....	193
2.9. Malattia di Chagas.....	196
QUESITI.....	196
Raccomandazioni.....	203
Bibliografia.....	203
2.10. Rosolia.....	193
QUESITO.....	184
Raccomandazioni.....	193
Bibliografia.....	193
2.11. Sifilide.....	196
QUESITI.....	196
Raccomandazione.....	203
Bibliografia.....	203
2.12. Infezione da <i>Streptococco di gruppo B</i> (SGB).....	206
QUESITI.....	206
Raccomandazioni.....	215
Bibliografia.....	215
2.13. Toxoplasmosi.....	219
QUESITI.....	219
Raccomandazioni.....	226
Bibliografia.....	226
2.14. Tubercolosi (TB).....	230
QUESITO.....	230
Raccomandazione.....	238
Raccomandazione.....	238
Bibliografia.....	240
2.15. Vaginosi batterica asintomatica (VB).....	240
QUESITI.....	240
Raccomandazione.....	240
Bibliografia.....	240



DATI IN BREVE

- È in continuo aumento, dal 2000, il numero delle persone con una IST confermata
- È triplicato il numero di MSM con una IST in atto tra il 2000 e il 2018
- I casi di infezione da *Chlamydia trachomatis* nel 2018 sono 30% più alti rispetto all'anno precedente
- I giovani tra i 15 e i 24 anni mostrano una prevalenza di infezione da *Chlamydia trachomatis* tripla rispetto ai soggetti di età superiore
- Negli ultimi tre anni i casi di gonorrea sono raddoppiati
- Gli MSM costituiscono il 70% dei casi di sifilide primaria e secondaria segnalati nel 2018
- Negli ultimi quattro anni si osserva una stabilizzazione del numero di casi di condilomi ano-genitali, forse attribuibile alle campagne vaccinali anti-HPV
- La prevalenza HIV appare in diminuzione dopo il picco del 2016
- La prevalenza di infezione da HIV tra le persone con una IST confermata nel 2018 è circa cinquantacinque volte più alta di quella stimata nella popolazione generale italiana

2020

DATI IN BREVE

2022

Si sottolinea che i dati relativi al 2020 hanno risentito dell'emergenza COVID-19 in modalità e misure che potranno essere correttamente valutate solo verificando i dati dei prossimi anni.

- Nel 2020 il numero totale di segnalazioni di IST è diminuito del 23% rispetto al 2019



Tabella 3. Fattori di rischio per le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) nelle donne in gravidanza

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

CONCETTO DI RISCHIO

- ✓ La definizione di rischio è indispensabile per valutare le infezioni asintomatiche o con sintomi aspecifici
- ✓ Il rischio è definito soprattutto dal **comportamento** e non dall'appartenenza ad una ~~categoria~~
- ✓ L'identificazione del rischio favorisce la diagnosi precoce



Appendice X. Fattori di rischio per le infezioni nelle donne in gravidanza.

	Vaginosi batterica 1	Batteruria asintomatica 2,3	Gonorrea 3,4,5	Chlamydia trachomatis 4,5	Sifilide 4,6,7,8	Epatite B 9,10,10	HIV 11,12,13	Herpes simplex 14	Epatite C 15	Streptococco β-emolitico gruppo B 16	Cytomegalovirus 17,18	Toxoplasmosi 19,20,21	Resolia 22	Tubercolosi 23,24	Malattia di Chagas 25,26,27
Condizioni socio-demografiche															
Etnia afroamericana/nera															
Etnia non bianca															
Minoranza etnica															
Età: 15-24 anni															
Età: 25-34 anni															
Età: 25-44 anni															
Età: ≥45 anni															
Condizione sociale															
Basso livello di istruzione															
Basso livello socio-economico															
Detenzione carceraria propria o del partner															
Essere immigrata o rifugiata															
Instabilità abitativa, difficile accesso ai servizi															
Multiparità															
Sostanze d'abuso															
Fumo															
Alcool															
Droghe															
Uso di aghi endovenosi (condivisione di aghi)															
Abitudini sessuali															
Mancato/non corretto utilizzo di contraccettivi di barriera															
Nuovo partner															
Partner multipli															
Partner che ha partner multipli															

Utilizzo di network per la ricerca di partner															
Assunzione di PrEP ^a															
Scambiare sesso per denaro/droga															
Essere MSM ^b															
Essere FSF ^d															
Rapporti anali															
Rapporti sessuali non protetti in presenza di lesioni nelle aree genitali															
Avere rapporti sessuali															
Uso di dispositivi anticoncezionali non interni															
Comorbidità															
Concomitanti/coinfessioni IST															
Contatto stretto/convivente affetto da															
HIV sieropositività															
HSV2 sieropositività															
Immunodepressione															
Diabete															
Anemia falciforme															
IVU ricorrenti															
Anomale anatomiche del tratto urinario															
Alto BMI															
Pratiche mediche															
Dispositivi medici non sterili															
Emotrasfusioni tra il 1978 e il 1985															
Emotrasfusioni o trapianto d'organo prima del 1992															
Trasfusione di fattori della coagulazione prima del 1987															
Trasfusione di emocomponenti non testati															
Trasfusioni in aree endemiche per malattia di Chagas ^e															
Emotrasfusione o trapianto d'organo															
Emodialisi prolungata															
Abitudini alimentari															

Consumo di carni crude o poco cotte (Inclusi affettati, carne secca, etc.) o di frutta a verdura mal lavata															
Consumo di carne poco cotta di animali selvatici o di succo di canna da zucchero															
Altro															
Provenienza da / soggiorno > 6 mesi in / permanenza in aree rurali in / avere la madre proveniente da Paesi endemici per malattia di Chagas															
Lavande vaginali															
Utilizzo di strumenti non sterili per trattamenti estetici, piercing, tatuaggi, altre esposizioni percutanee															
Contatto con feci di gatto o di altro animale contaminato (terra, acqua)															
Contatto con bambini di età < 3 anni															



L'assistenza offerta in gravidanza rappresenta un'opportunità per identificare le donne a rischio



↳ Anamnesi personale

Per saperne di più: pag.110

Iperensione	Epilessia
Cardiopatie	Emicrania
Diabete	Malattie mentali
Malattie della tiroide	Crisi depressive
Variazioni significative di peso	Patologie psichiatriche
Emoglobinopatie	Problemi dell'apparato muscolo-scheletrico
Trombosi	Esposizione alla tubercolosi
Malattie del fegato	Asma o problemi respiratori
Malattie renali o dell'apparato urinario	Interventi chirurgici
Incontinenza urinaria	
Allergie	
Fattori di rischio IST	Altro



BILANCI DI SALUTE

↳ Anamnesi ostetrica

Per saperne di più: pag.111

Precedente infertilità/subfertilità	Precedenti interventi ginecologici
Trattamento per l'infertilità nella gravidanza attuale	Mutilazioni genitali femminili
Infezioni dell'apparato genitale (IST)	Fratture pelviche o agli arti inferiori
Precedenti citologici vaginali positivi	Depressione post partum in gravidanze precedenti
Patologie psichiatriche	Altro

Ultimo pap-test/HPV test in data _____
esito _____

Se sono passati più di 3 anni dall'ultimo pap-test invitare la donna a rivolgersi a Prevenzione Serena per poter effettuare gratuitamente l'esame.

Anticoncezionali Quale _____ tipo _____ sospeso il _____

Esenzione M OO

HIV, Sifilide

Se il risultato è **negativo**, il colloquio ha finalità preventive che devono vertere sui fattori di rischio.

Se è **positivo** è mirato a supportare e a prendere in carico la donna seguendo gli algoritmi diagnostico-terapeutici specifici.



Fattori di rischio infezioni sessualmente trasmesse (IST) (LG gravidanza fisiologica)

- Et  ≤ 25 anni in persona sessualmente attiva
- Precedente IST
- Contatto sessuale con persona o persone con riconosciuta IST
- Nuovo partner sessuale o pi  di due partner sessuali nel corso dell'anno precedente
- Abuso di alcol o assunzione di sostanze chimiche (per esempio marijuana, cocaina, ecstasy, metanfetamina), soprattutto se associato a attivit  sessuale
- Vittima di violenza sessuale/abuso
- Nessuna contraccezione o utilizzo di metodi contraccettivi non di barriera
- Pratiche sessuali non sicure



Regione Piemonte
Assessorato Tutela della Salute e Sanit 

Servizio Sanitario Nazionale

03

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA ADESIVA CHE TERMINA CON 03G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11 O DEL PROFESSIONISTA CHE SEQUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISIOLÓGICA (Profilo assistenziale)
Primo trimestre (da 7 a 13 settimane di gravidanza)*

Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)

Numero Tessera TEAM solo per cittadine comunitarie non italiane

Cognome Nome

Data di nascita Cittadinanza

Indirizzo Tel.

COMPIRE

Codice esenzione M aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

Da compilare da parte dell'operatore al termine dell'anamnesi di rischio.

• Prelievo microbiologico (tamponi vaginale) (91.49.3) _____
Test molecolare rapido combinato (90.83.7) _____
(ricerca Chlamydia e Neisseria Gonorrhoeae)*

Ottobre 2019

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

1. Solo in presenza di elementi di rischio (LG gravidanza fisiologica)

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.

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



L'infezione da Chlamydia (*batterio intracellulare obbligato a trasmissione sessuale*)

Prevalenza

- Prevalenza dell'infezione da CT in Italia: 1,23%- 12,28%, maggiormente tra adolescenti e giovani sessualmente attive
- La prevalenza di Chlamydia in gravidanza risulta essere di circa il 3,5%

Sintomatologia

- Sintomi aspecifici: 70-80% infezioni paucisintomatiche
- Il principale quadro clinico è la cervicite (perdite vaginali, sanguinamento vaginale, eritema cervicale e friabilità)

Eventi ostetrici avversi

- Rischio aumentato di: aborto, corioamnionite, parto pretermine, basso peso alla nascita, rottura prematura delle membrane, natimortalità ed endometrite post partum
- Il rischio di trasmissione verticale varia dal 25% al 60%
- Il 30-50% dei nati da madre infetta non trattata sviluppa congiuntivite e il 10-20% polmonite



Sorveglianza materno-fetale

Madre

- La donna positiva alla CT e il partner devono essere **testati per le altre infezioni sessualmente trasmesse**: Neisseria Gonorrhoeae, Treponema pallidum, HIV, HBV
- La donna deve essere sottoposta a **trattamento** secondo il regime raccomandato:
 - Azitromicina 1 g orale in singola somministrazione
 - Se allergia: Amoxicillina 500 mg per os 1 co x 3/die per 7 giorni
- Controllo dopo 4 settimane dal trattamento in quanto in caso di infezione persistente si possono verificare sequele severe nella madre e nel neonato
- Ripetizione del test a 3 mesi dal trattamento in caso di elevata promiscuità sessuale
- Testare il **partner** deve essere testato e se positivo trattarlo. In caso di impossibilità a testarlo deve comunque effettuare la terapia.
- Astensione dai rapporti sessuali fino al controllo dell'esame vaginale





Sorveglianza materno-fetale

Feto

- Il monitoraggio prenatale della gravidanza in caso di Chlamydia non si discosta da quello già previsto per le gravidanze fisiologiche.
- Non indicazione alla diagnosi prenatale invasiva.
- Non indicazione al parto cesareo.
- Segnalare l'avvenuta infezione al neonatologo/a alla nascita.



Continuità assistenziale

- L'allattamento materno è consigliato, come per tutti i neonati, non essendoci alcuna controindicazione legata a questa patologia.
- È importante, nel colloquio con la donna, rafforzare le misure igienico-comportamentali da mettere in atto per ridurre il rischio di re-infezione.



L'infezione da *Neisseria Gonorrhoea* (batterio Gram negativo a trasmissione sessuale)

Prevalenza

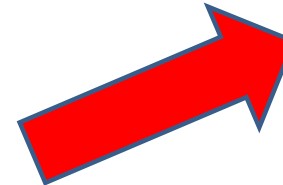
- La prevalenza mondiale di questa infezione è dell'0,8% tra le donne
- La co-infezione con CT si ritrova nel 10% - 40% degli affetti da gonorrea

Madre

- **Azitromicina 1 g in singola dose + ceftriaxone 250 mg im**
- Se allergie a cefalosporine: spectinomicina o contattare un infettivologo

Neonato

Profilassi universale oculare neonatale con collirio antibiotico riduce i casi di cecità da infezione gonococcica nel 90% dei casi.



Gonorrhea
should be treated
with a **single**
500 mg injection
of **ceftriaxone***

CDC no longer recommends
a 2-drug approach.

*See updated guidelines for details: <https://bit.ly/6950a6>

CDC.GOV

Alternative Regimens if Ceftriaxone Is Not Available

Gentamicin 240 mg IM in a single dose
plus
Azithromycin 2 g orally in a single dose
or
Cefixime* 800 mg orally in a single dose



10° Corso A.O.G.O.I.
9° Turin IAN DONALD Course

TEST DI SCREENING E DI DIAGNOSI PRENATALE FRA PASSATO E FUTURO
PRENATAL SCREENING AND DIAGNOSTIC TESTS BETWEEN THE PAST AND THE FUTURE

IST

2021

144 gravidanze

14-22 anni

Chlamydia Prevalenza 6.8%

10% tamponi non effettuati

Azioni possibili

- Favorire la diagnosi e il trattamento precoce delle IST facilitando l'accesso ai servizi sanitari
- Favorire la diagnosi precoce di *Chlamydia trachomatis* attraverso l'offerta del test in donne giovani, anche se asintomatiche, in particolare se pluripartner
- Aumentare l'offerta attiva e l'effettuazione del test HIV tra le persone con una IST attraverso un counseling mirato, in accordo con quanto previsto dal Piano Nazionale AIDS 2017-2019
- Migliorare il *contact tracing* delle persone con IST e promuovere la terapia del partner
- Sostenere la prevenzione primaria favorendo la vaccinazione anti-HPV, anti-epatite B, anti-epatite A
- Incrementare le attività di informazione sulle IST (far conoscere sintomi, segni e complicanze delle IST)
- Incrementare nella popolazione generale la consapevolezza del ruolo delle IST nella trasmissione/acquisizione dell'HIV
- Educare alla salute sessuale attraverso le "Regole del Sesso Sicuro" che prevedono un uso corretto del condom, una riduzione del numero dei partner sessuali, un consumo consapevole dell'alcol evitando l'uso di sostanze stupefacenti
- Elaborare un piano nazionale pluriennale per la prevenzione delle IST e attivare programmi di sorveglianza dei comportamenti

ASL
CITTÀ DI TORINO

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

CONSULTORIO
GIOVANI

via Azuni 8 – Torino
Tel. 011/4395320
Per ragazze/i tra i 13 ed i 22 anni
consultorio.giovani@aslciattatorino.it

Torino
15-16 marzo 2024



STI	CDC Recommendation
Insufficient evidence to support universal screening	
Bacterial vaginosis (BV)	Evidence does not support routine screening for BV in asymptomatic pregnant women at high or low risk for preterm delivery
Trichomoniasis	Evidence does not support routine screening for trichomoniasis in asymptomatic pregnant women
Herpes (HSV)	Evidence does not support routine HSV-2 serologic testing among asymptomatic pregnant women
Human papillomavirus (HPV)	There are no screening recommendations for HPV

From Center for Disease Control and Prevention C. STD Facts - STDs & Pregnancy Detailed Fact Sheet. Available at: <https://www.cdc.gov/std/pregnancy/stdfact-pregnancy-detailed.htm>. Published 2016. Accessed January 1, 2020. With permission.

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

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



BV is a polymicrobial clinical syndrome resulting from replacement of the normal hydrogen peroxide producing Lactobacillus sp. in the vagina with high concentrations of anaerobic bacteria (e.g., Prevotella sp. and Mobiluncus sp.), G. vaginalis, Ureaplasma, Mycoplasma, and numerous fastidious or uncultivated anaerobes.

In gravidanza segnalata associazione con:

- aborto spontaneo tardivo
- parto pretermine
- pPROM
- corioamnionite

Vi sono **dati contrastanti sui benefici del trattamento** delle **donne asintomatiche**, anche di quelle a rischio per pregresso parto pretermine.



Numerosi trials hanno valutato il rischio di parto pretermine dopo trattamento farmacologico in donne asintomatiche sia a rischio che a basso rischio
→ alcuni studi non hanno trovato nessun beneficio nell'utilizzo della terapia
→ altri hanno dimostrato riduzione dei parti pretermine



Il trattamento è **sempre indicato nelle donne gravide sintomatiche**
per ridurre i sintomi



■ SNLG 1/2023

Fattori di rischio

Recommended Regimens

Metronidazole 500 mg orally twice a day for 7 days

OR

Metronidazole gel 0.75%, one full applicator (5 g) intravaginally, once a day for 5 days

OR

Clindamycin cream 2%, one full applicator (5 g) intravaginally at bedtime for 7 days

Alternative Regimens

Tinidazole 2 g orally once daily for 2 days

OR

Tinidazole 1 g orally once daily for 5 days

OR

Clindamycin 300 mg orally twice daily for 7 days

OR

Clindamycin ovules 100 mg intravaginally once at bedtime for 3 days*

* Clindamycin ovules use an oleaginous base that might weaken latex or rubber products (e.g., condoms and vaginal contraceptive diaphragms). Use of such products within 72 hours following treatment with clindamycin ovules is not recommended.

- Basso livello socio-economico
- Etnia afro-americana/nera
- Fumo
- Nuovo partner/partner multipli
- Non utilizzo metodi barriera
- IST concomitanti – HSV2 +
- Elevato BMI
- Uso lavande



Dati disponibili non dimostrano efficacia del trattamento nel ridurre eventi ostetrici avversi

Trichomoniasis	Evidence does not support routine screening for trichomoniasis in asymptomatic pregnant women
----------------	---

Screening might be considered for persons receiving care in high-prevalence settings (e.g., STD clinics or correctional facilities) and for asymptomatic persons at **high risk for infection**

Il trattamento è **sempre indicato nelle donne gravide sintomatiche** per ridurre i sintomi, nelle **donne asintomatiche** e nel **partner** per ridurre la trasmissione sessuale e prevenire di possibili infezioni neonatali acquisibili al parto

Recommended Regimen

Metronidazole 2 g orally in a single dose
OR
Tinidazole 2 g orally in a single dose

Alternative Regimen

Metronidazole 500 mg orally twice a day for 7 days



- ✗ chiedere a tutte le donne in gravidanza la presenza di pregresse infezioni da herpes genitale
- ✗ **lo screening universale NON è raccomandato**- può essere utile richiedere la sierologia per HSV in donne con partner sintomatico
- ✗ il rischio di trasmissione è basso se l'infezione è contratta nella prima metà della gravidanza
- ✗ rischio di trasmissione al neonato più alta se l'infezione è **contratta intorno alla data del parto**
- ✗ il **taglio cesareo** è raccomandato nelle donne con lesioni attive al momento del travaglio

Recommended regimen for suppressive therapy of pregnant women with recurrent genital herpes *

Acyclovir 400 mg orally three times a day
OR
Valacyclovir 500 mg orally twice a day



* Treatment recommended starting at 36 weeks of gestation. (Source: American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Management of herpes in pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 82. Obstet Gynecol 2007;109:1489-98.)



- ✓ Non si conoscono effetti negativi del virus sulla gravidanza
- ✓ Non è documentata la trasmissione da madre a feto durante la gravidanza

Insufficient evidence to support universal screening

Human papillomavirus

There are no screening recommendations for HPV

La gravidanza rappresenta un **momento importante di sensibilizzazione.**

➔ Si raccomanda l'esecuzione della citologia cervicale **nel primo trimestre**, se non è stato eseguita nei tre anni precedenti.



Le donne con anomalie citologiche devono essere sottoposte a colposcopia quanto prima (obiettivo primario dell'esame colposcopico in gravidanza è quello di **escludere la malattia invasiva**)

L'incidenza del cancro cervicale invasivo in gravidanza è bassa e la gravidanza di per sé **non ha un effetto negativo sulla prognosi.**

➔ Il taglio cesareo è raccomandato in caso di condilomatosi florida vaginale per il rischio di papillomatosi laringea neonatale

Esami Vaginali		
Citologico vaginale HPV test	Data esecuzione	Esito
Tampone vagino-rettale per Strepto B (36-37 sett.)	Data esecuzione	Esito
	EG	
Tampone vaginale per ricerca Chlamydia e Gonococco*	Data esecuzione	Esito
	EG	





MYCOPLASMI

DE GRUYTER

J. Perinat. Med. 2017; 45(5): 505–515

Review article

Gilbert G.G. Donders*, Kateryna Ruban, Gert Bellen and Ljubomir Petricevic

Mycoplasma/Ureaplasma infection in pregnancy: to screen or not to screen



- Non sempre rappresentano un pericolo per le donne in gravidanza.
- Molte delle specie di micoplasmi genitali fanno parte del normale microbiota vaginale, con prevalenze fino all'80% per gli ureaplasmi e dal 10% al 20% per *Mycoplasma hominis* (Mh) in donne asintomatiche.



MYCOPLASMI

MA sono ritenuti **possibili agenti causali di esiti ostetrici e neonatali avversi**

Nelle donne con PARTO PRETERMINE:

- *M. hominis* e *Ureaplasma spp* sono i batteri più frequentemente **identificati** nel **LA**
- Ureaplasmi sono numerosi a livello **placentare**
- *M. hominis* e *U. urealiticum* sono presenti nel **20% dei cordoni ombelicali**
- Ureaplasmi sono tra i **microrganismi più frequentemente identificati nei neonati pretermine**

La **presenza a livello del liquido amniotico di *M. hominis* o *Ureaplasma spp.***, identificata sia in donne asintomatiche che in donne con minaccia di parto pretermine, **è associata** ad una maggiore incidenza di **corioamnionite, aborto spontaneo, parto pretermine e basso peso alla nascita**



MYCOPLASMI

Table 1: Summary of the association of adverse pregnancy outcomes for mycoplasmata.

Characteristic	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	<i>Ureaplasma parvum</i>	<i>Mycoplasma hominis</i>	<i>Mycoplasma genitalium</i>
Prevalence	8%–93% (depending on the detection technique used)	80% of previous <i>Uu</i>	3%–51%	0.5%–1%
Co-infections	BV	BV	BV	<i>Chlamydia</i> (in 2 of 8 studies), NOT with BV
Young age	–	–	–	+++
Sex risk behavior	±	±	±	+++
Miscarriage	–	–	+ (with BV)	++
Preterm birth	–	+ (with BV)	+ (with BV)	++
Chorioamnionitis/PPROM	–	–	±	?
Transmission to neonate	+ (preterm)	+ (preterm)	+ (preterm)	–

- Possibile meccanismo patogenetico:
UU e My causano aumento di ammoniaca → innalzamento del pH → maggior rischio di disbiosi e colonizzazione batterica



MYCOPLASMI

- Attualmente non esiste una regola generale per lo screening e il trattamento dei micoplasmi in gravidanza.



- | | Livello di evidenza |
|---|---------------------|
| ▪ Il test può essere eseguito in donne con minaccia di parto pretermine o pPROM | B |
| ▪ Non vi sono indicazioni ad eseguire il test per <i>U. urealyticum</i> , se non in associazione con la ricerca di flora vaginale anomala | A |



MYCOPLASMI

La terapia andrebbe eseguita in caso di:



*l'utilizzo dell'**azitromicina** è quello maggiormente raccomandato
In caso di resistenza è possibile usare eritromicina o clindamicina*

- ✓ **donne sintomatiche**
- ✓ **donne gravide con coltura o PCR positive su campioni cervico-vaginali se a rischio**

Non ancora stata chiaramente dimostrata l'efficacia della terapia antibiotica nel ridurre incidenza di esiti ostetrici e neonatali avversi e non presenti indicazioni specifiche in nessuna linea guida attualmente disponibili

In presenza di fattori di rischio quali **precedenti parti pretermine o aborti tardivi, infezioni polimicrobiche o raccorciamento cervicale**, tenere presente eventuali co-infezioni con altri patogeni e **soprattutto la presenza di BV**: è dimostrato infatti che il trattamento di quest'ultima è in grado di eradicare anche i Mycoplasmi e ridurre l'incidenza di esiti ostetrici avversi



Controlli in gravidanza e terapia

- **Tampone vaginale e rettale tra le 36+0 e le 37+6 sett**
- Trattamento **antibiotico endovena** per tutte le donne positive **intrapartum** (no efficacia tp orale o im)
- Sebbene efficacia di antibiotico migliore dopo 4 ore, è stato dimostrato che anche dopo 2 ore si riducono le colonie vaginali e quindi anche il rischio infettivo (non ritardare interventi per attendere le 4 ore!)
- **Screening in tutte le donne** indipendentemente dalla modalità del parto, tranne quelle con infezione genito-urinaria di strepto o quelle con pregressi neonati con infezione da strepto

ACOG COMMITTED OPINION - Prevention of Group B Streptococcal Early Onset disease in Newborns – 2019

Regione Piemonte
Assessorato Tutela della Salute e Sanità

14

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA AZEVA CHE TERMINA CON 143

Servizio Sanitario Nazionale
TIMBRO NELLA STRUTTURA ETS11 O DEL PROFESSIONISTA CHE SEDE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISIOLÓGICA (Profilo assistenziale)
Terzo trimestre (da 36 a 37 settimane di gravidanza)

Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)

Numero Tessera TEAM solo per cittadine comunitarie non italiane

COMPIRE

Cognome Nome

Data di nascita Cittadinanza

Indirizzo Tel.

Codice esenzione M _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

Tampone vagino-rettale (91.49.3)
Per ricerca Streptococco gruppo B (91.08.4)

Data _____

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

DATI CEDAP Regione Piemonte:
donne che NON effettuano TVR

	% > 36 sett
2021	6.9%
2023	7.0%



VULVOVAGINITE DA CANDIDA



VVC occurs frequently during pregnancy. Only topical azole therapies, applied for 7 days, are recommended for use among pregnant women. Epidemiologic studies indicate a single 150-mg dose of fluconazole might be associated with spontaneous abortion (1150) and congenital anomalies; therefore, it should not be used (1151).

Cause infettive

- Vaginosi batterica
- Vaginite aerobia
- Gonorrea
- Herpes genitale
- Tinea cruris
- Eritrasma

Cause non infettive

- Lichen scleroatrofico
- Lichen planus
- Vulvite irritativa
- Psoriasi genitale
- Hailey-Hailey
- M. di Bowen
- M. di Paget

**Diagnosi
Differenziale !!**

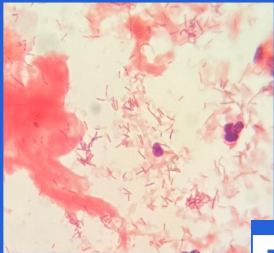


**Diagnosi
Differenziale !!**

Lichen
Planus



Lichen
Scleroatrofico



Quando farlo?

- perdite vaginali atipiche e/o maleodorant
- sintomatologia (prurito, dolore, gonfiore)

Cosa possiamo vedere al microscopio?

- candida
- vaginosi batterica
- trichomonas
- vaginite aerobica

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

La Raccomandazione 1 si fonda sulle prove di qualità molto bassa degli studi inclusi su screening di batteriuria asintomatica (ASB) in gravidanza. Gli eventi sono pochi, le stime degli effetti sono molto imprecise e il rapporto beneficio/danno dello screening risulta incerto. Le prove che indicano che il trattamento antibiotico in donne in gravidanza con diagnosi di ASB allo screening riduce modestamente l'incidenza di pielonefrite e il numero di neonati di basso peso alla nascita sono di bassa qualità e sono state prodotte prevalentemente oltre 30 anni fa, in setting con pratiche diagnostico-assistenziali verosimilmente molto diverse da quelle attuali.

Questa raccomandazione considera i benefici derivanti dal contenimento dell'utilizzo inappropriato di antibiotici che rappresenta l'intervento principale per prevenire l'insorgere e la diffusione della resistenza.

Fattori di rischio

- Basso livello socio-economico
- Multiparità
- Diabete
- Anemia falciforme
- IVU ricorrenti
- Anomalie anatomiche tratto urinario



10° Corso A.O.G.O.I.
9° Turin IAN DONALD Course

TEST DI SCREENING E DI DIAGNOSI PRENATALE FRA PASSATO E FUTURO
PRENATAL SCREENING AND DIAGNOSTIC TESTS BETWEEN THE PAST AND THE FUTURE



!!! OSTETRICA segue e gestisce il percorso nascita fisiologico !!!

(OMS– 2001 - assistenza di base da offrire a tutte le donne e a tutti i futuri bambini con il fine di individuare quella piccola fetta di popolazione che necessita di cure «avanzate o specialistiche»)

Torino
15-16 marzo 2024