

Infezioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere

Filippo Murina

Responsabile Servizio di Patologia Vulvare Ospedale V. Buzzi-ICP-Università di Milano

Premesse

Le infezioni acquisite in gravidanza rappresentano uno dei problemi principali dell'ostetricia moderna. Il basso tratto dell'apparato genitale femminile rappresenta il punto d'ingresso della maggior parte degli agenti patogeni responsabili di una serie di infezioni conosciute come malattie sessualmente trasmesse (STD's). Le infezioni sessualmente trasmesse acquisite durante il periodo gravidico, siano esse virali e non, possono ripercuotersi sul feto o sul neonato determinando quadri clinici di intensità e durata variabili in grado di determinare effetti dannosi sul feto e sul neonato stessi.

La molteplicità delle interazioni tra difesa immunitaria materna notevolmente abbassata ed agente patogeno, la non completa conoscenza dei meccanismi patogenetici di alcune infezioni, le diverse modalità di trasmissione verticale e il progressivo sviluppo del sistema immunitario fetale spiegano l'ampia varietà di manifestazioni dell'insulto infettivo. Le infezioni virali in gravidanza colpiscono circa il 6-8% dei nati vivi, di fronte al 2% di quelle batteriche, costituendo un'importante causa di morbilità e mortalità perinatale con la possibilità di sequele a lungo termine (CDC 2002).

Ad esempio l'eziologia del parto prematuro è sicuramente multifattoriale, e in più del 40% dei casi è implicato un processo infettivo. Esistono forti evidenze che un'anomala colonizzazione microbica del tratto genitale, nelle fasi precoci della gravidanza, si associa a un'aumentata incidenza di parto prematuro (CDC 2002).

Obiettivi

- Fornire elementi di analisi critica di sintomi e segni in gravidanza che possano guidare nella precoce individuazione di alcuni processi infettivi potenzialmente pericolosi per la salute materno-fetale
- Guidare alla diagnosi differenziale di manifestazioni vulvo-vaginali di origine infettiva
- Illustrare le linee guida di gestione di alcune infezioni vulvo-vaginali in gravidanza

Discussione

Le secrezioni vaginali

La variazione del tasso di estrogeni e progesterone caratterizzano le modificazioni delle secrezioni cervico-vaginali nell'arco del ciclo mestruale.

La vagina è colonizzata da lattobacilli e da batteri commensali quali streptococchi, difteroidi e stafilococchi. E' possibile, inoltre, evidenziare *Candida albicans* e streptococchi senza che questi rappresentino elementi patogeni. La qualità delle perdite vaginali cambia durante la gravidanza e la quantità spesso aumenta, per un incremento della quota ormonale di estrogeni e progesterone che agisce sulla quantità di lattobacilli vaginali. Questi metabolizzano il glicogeno presente nell'epitelio vaginale producendo acido lattico e ottenendo un microambiente acido (pH <4.5) principale meccanismo di difesa dalle infezioni.

In gravidanza le secrezioni vaginali possono aumentare, ma questo è fisiologico.

Se le perdite hanno un forte e sgradevole odore, associato a prurito e a dolore nella minzione, si deve considerare l'ipotesi che possa trattarsi di vaginosi batterica. La vaginosi batterica è causata dall'abnorme crescita di specie anaerobie e anaerobie facoltative (*Mobiluncus*, *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella*, *Mycoplasma hominis*) nell'ambiente vaginale, associata alla carenza di flora lattobacillare. Conseguentemente, si verifica una riduzione dell'acidità vaginale, accompagnata nei casi sintomatici da perdite, anche maleodoranti. Nel 50% dei casi la vaginosi batterica in gravidanza è asintomatica. La vaginosi batterica è stata associata a parto pretermine.

Una revisione di studi di coorte e caso-controllo ha rilevato in donne con vaginosi batterica un rischio 1,85 volte maggiore (IC 95%: 1,62-2,11) di partorire prima del termine rispetto a quelle senza la condizione (Joesoef 2002).

La vaginosi batterica può essere diagnosticata:

- utilizzando i criteri clinici di Amsel (almeno tre segni):
 1. perdite vaginali bianche, omogenee, che ricoprono le pareti vaginali;
 2. clue cells alla osservazione microscopica;
 3. pH vaginale >4,5;
 4. odore di pesce al Whiff test (KOH al 10%);
 - mediante l'allestimento di un vetrino con colorazione Gram e la valutazione della proporzione tra lattobacilli e altri batteri (criteri di Nugent).
- Gli esami colturali per *Gardnerella vaginalis* sono scarsamente specifici (questo batterio può essere isolato nel 50% delle donne normali).

Raccomandazioni

Un aumento nelle perdite vaginali è un cambiamento fisiologico della gravidanza. Un approfondimento diagnostico deve essere preso in considerazione quando le perdite sono associate a prurito, dolore, cattivo odore o dolore alla minzione.

Lesioni ulcerative vulvari

Diverse patologie possono produrre lesioni erosivo-ulcerative della vulva. Le seguenti condizioni devono essere considerate nella diagnosi differenziale delle lesioni ulcerative vulvari: afte vulvari, herpes genitale, lichen planus erosivo, morbo di Crohn, malattia di Bechet, pemfigo e pemfigoide.

In particolare l'Herpes genitale riveste particolare importanza in gravidanza, ponendo alcuni importanti quesiti e problematiche gestionali.

Le ulcerazioni possono essere singole o multiple, solitamente con dimensioni di 2-3 mm.

Sono in genere lesioni dolorose, non indurite. Possono apparire su qualsiasi parte della vulva, ma più spesso colpiscono le grandi e piccole labbra, il perineo e l'ano. Le vescicole possono fondersi e formare grandi aree ulcerate, con bordi rossi irregolari e un centro giallo pallido.

Circa il 75% delle donne con infezione genitale ricorrente da HSV andrà incontro ad almeno una ricorrenza nel corso della gravidanza e circa il 14% avrà sintomi prodromici o una ricorrenza al momento del parto (RCOG 2007).

L'herpes neonatale è una severa infezione virale (HSV-1 e HSV-2) contratta nella quasi totalità dei casi tramite contatto diretto con le secrezioni materne al momento del parto. Il neonato può presentare un quadro infettivo localizzato a pelle, occhi, bocca, oppure al sistema nervoso centrale (encefalite), o ancora un quadro disseminato a più organi.

Raccomandazioni

Il taglio cesareo è raccomandato in caso di infezione primaria se le lesioni sono presenti al momento del parto.

Lesioni condilomatose vulvo-vaginali

L'infezione da HPV è senza dubbio la più frequente malattia virale trasmessa per contagio sessuale. La reale prevalenza è tuttavia di difficile stima per l'elevata frequenza di forme sub-cliniche e asintomatiche. Si calcola che circa il 75% della popolazione sessualmente attiva sia infettata nel corso della vita da uno o più tipi di HPV, con un picco di incidenza dell'infezione tra i 20-25 anni di età. In gravidanza, la prevalenza dell'HPV è variabile dallo 0,5 al 3% ed è probabilmente sottostimata come per la popolazione generale.

La gravidanza si associa a un rischio di progressione delle lesioni produttive con incremento delle dimensioni dei condilomi, aumento del loro numero e modificazioni della loro morfologia con tendenza alla frammentazione ed al sanguinamento, soprattutto in caso di lesioni grandi. Al contrario, le lesioni displastiche del collo dell'utero e della vagina, legate ai sottotipi virali oncogeni, non subiscono una modificazione significativa nell'ambito della loro storia naturale.

In gravidanza, tuttavia, esiste anche il problema della trasmissione dell'infezione al neonato. L'infezione è essenzialmente trasmessa al neonato durante il transito nel canale del parto o dopo la rottura prematura delle membrane. Nel neonato l'infezione da HPV, generalmente causata dai tipi

6 ed 11, può provocare la papillomatosi respiratoria ricorrente (recurrent respiratory papillomatosis) o papillomatosi laringea giovanile (juvenile laryngeal papillomatosis), che in genere si manifesta entro il quinto anno di età. Questa patologia, a differenza della papillomatosi respiratoria dell'adulto, risulta molto aggressiva e di difficile risoluzione. L'incidenza della papillomatosi laringea giovanile è di circa 1 su 1500 nati vivi (CDC 2010). Due sono i quesiti più frequenti correlati alla condilomatosi vulvo-vaginale:

- i condilomi vanno trattati in gravidanza?
- come deve partorire una gravida con una condilomatosi florida?

Raccomandazioni

- *NO indicazione al taglio cesareo: l'incidenza di papillomatosi laringea è molto bassa anche per una protezione anticorpale trasferita dalla madre al feto*
- *Trattamento se particolarmente sintomatici o molto estesi, anche perché sovente si ha una regressione spontanea dopo il parto*

Bibliografia

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002;51:1-80.

Joesoef M, Schmid G. Bacterial vaginosis. Clin Evidence 2002;7:1400-8.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of genital herpes in pregnancy. RCOG Press, London, 2007.

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Guidelines. Genital warts. MMWR. 2010;55:62-67.

*Alessandra Graziottin
e Claudio Crescini*

ATTI DEL CORSO ECM

DOLORE IN OSTETRICIA, SESSUALITÀ E DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

**Il ruolo del ginecologo
nella prevenzione
e nella cura**

MILANO, 6 GIUGNO 2014



**Fondazione Alessandra Graziottin
per la cura del dolore nella donna Onlus**
www.fondazionegraziottin.org

PROGRAMMA

- | | |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08.00 - 08.45 | Registrazione dei partecipanti |
| 08.45 - 09.00 | Introduzione e obiettivi del corso
<i>Alessandra Graziottin</i>
<i>Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica,</i>
<i>H. San Raffaele Resnati, Milano</i>

<i>Claudio Crescini</i>
<i>Direttore U.O. Ostetricia Ginecologia Ospedale</i>
<i>di Treviglio (BG) - Direttore Dipartimento Materno Infantile Segretario</i>
<i>Regionale AOGOI Lombardia</i> |
| 09.00 - 09.30 | Letture inaugurale
Infiammazione e dolore in ostetricia.
Implicazioni per la sessualità della donna e della coppia
<i>Alessandra Graziottin (Milano)</i> |
| 09.30 - 11.20 | SIMPOSIO:
SEMEIOTICA DEL DOLORE IN GINECOLOGIA-OSTETRICIA
<i>Moderatori: Walter Costantini, Claudio Crescini</i> |
| 09.30 - 09.50 | Semeiotica ginecologica in pre-gravidanza: sintomi e segni critici
<i>Alessandra Graziottin (Milano)</i> |
| 09.50 - 10.10 | Semeiotica del dolore in gravidanza
<i>Valeria Dubini (Firenze)</i>
<i>Direttore SC ASL 10 Firenze - Consigliere nazionale SIGO</i> |
| 10.10 - 10.30 | Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo
<i>Claudio Crescini (Treviglio)</i> |
| 10.30 - 10.50 | Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica
<i>Walter Costantini (Milano)</i>
<i>Presidente del Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Milano</i> |
| 10.50 - 11.20 | Discussione |
| 11.20 - 11.40 | Coffee break |
| 11.40 - 13.15 | SIMPOSIO:
BIOFILM E INFEZIONI UROGENITALI IN GRAVIDANZA E PUERPERIO
<i>Moderatori: Alessandra Graziottin, Filippo Murina</i> |
| 11.40 - 12.00 | Vaginiti e cistiti recidivanti: il binomio diabolico
<i>Alessandra Graziottin (Milano)</i> |
| 12.00 - 12.20 | Infezioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere
<i>Filippo Murina (Milano)</i>
<i>Responsabile Servizio di Patologia Vulvare</i>
<i>Ospedale V. Buzzi-ICP-Università di Milano</i> |
| 12.20 - 12.40 | Aborto naturale, interruzione volontaria di gravidanza, dolore fisico ed emotivo: prevenzione e cura
<i>Valeria Dubini (Firenze)</i> |
| 12.40 - 13.00 | Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio
<i>Franco Vicariotto (Milano)</i>
<i>Ospedale San Pio X, Milano</i> |

13.00 - 13.15	Discussione
13.15 - 14.00	Pranzo
14.00 - 14.30	Lettura Integratori in ostetricia: prima, durante e dopo la gravidanza <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>

14.30 - 16.30 **SIMPOSIO:**
IL DOLORE ADDOMINALE E PELVICO NELLA DONNA
Moderatori: Franco Vicariotto, Giovanna Valentini

14.30 - 14.50	Semeiotica del dolore vescicale: sintomi, segni e comorbidità <i>Andrea Salonia (Milano)</i> <i>UO Urologia sede, IRCCS Ospedale San Raffaele</i> <i>URI-Urological Research Institute,</i> <i>Istituto Scientifico San Raffaele</i>
14.50 - 15.10	Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotono del muscolo elevator dell'ano: il ruolo della fisioterapista <i>Arianna Bortolami (Padova)</i> <i>Fisioterapista - Consulente in Sessuologia</i>
15.10 - 15.30	Semeiotica del dolore in puerperio <i>Filippo Murina (Milano)</i>
15.30 - 15.50	Semeiotica e terapia del dolore in ostetricia: il ruolo dell'anestesista <i>Giovanna Valentini (Milano)</i> <i>Anestesista rianimatore, Istituto Auxologico Italiano</i>
15.50 - 16.10	Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione <i>Franco Vicariotto (Milano)</i>
16.10 - 16.30	Discussione

16.30 - 17.30 **SIMPOSIO:**
**RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO E CURA DEL DOLORE
IN OSTETRICIA**
Moderatori: Valeria Dubini, Arianna Bortolami, Andrea Salonia

16.30 - 16.50	Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotono: dal punto di vista della fisioterapista <i>Arianna Bortolami (Padova)</i>
16.50 - 17.10	Terapia della vulvodinia post partum <i>Filippo Murina (Milano)</i>
17.10 - 17.30	La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo <i>Giorgio Piubello (Verona)</i> <i>Specialista in Andrologia</i>
17.30 - 18.00	Discussione plenaria e Take Home Messages
18.00 - 18.30	Conclusioni e Valutazioni ECM <i>Alessandra Graziottin, Claudio Crescini</i>

INDICE

Infiammazione e dolore in ostetricia	pag. 05
Semeiotica ginecologica prima della gravidanza, con focus sul pavimento pelvico	pag. 15
Semeiotica del dolore in gravidanza	pag. 25
Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo	pag. 33
Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica/o	pag.37
Cistiti e vaginiti recidivanti: il binomio diabolico Dalla fisiopatologia a strategie terapeutiche integrate	pag. 43
Infezioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere	pag. 55
Aborto naturale e interruzione volontaria di gravidanza	pag. 59
Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio	pag. 63
Integratori: prima, durante e dopo la gravidanza	pag. 67
Il dolore in ostetricia, sessualità e disfunzioni del pavimento pelvico - Cistiti interstiziali	pag. 81
Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotono del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista	pag. 87
Semeiotica del dolore in puerperio	pag. 95
Analgesia per il travaglio di parto: il ruolo dell'anestesista	pag. 99
Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione	pag. 103
Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotonico: dal punto di vista della fisioterapista	pag. 107
Terapia della vulvodinia post partum	pag. 115
La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo	pag. 119