



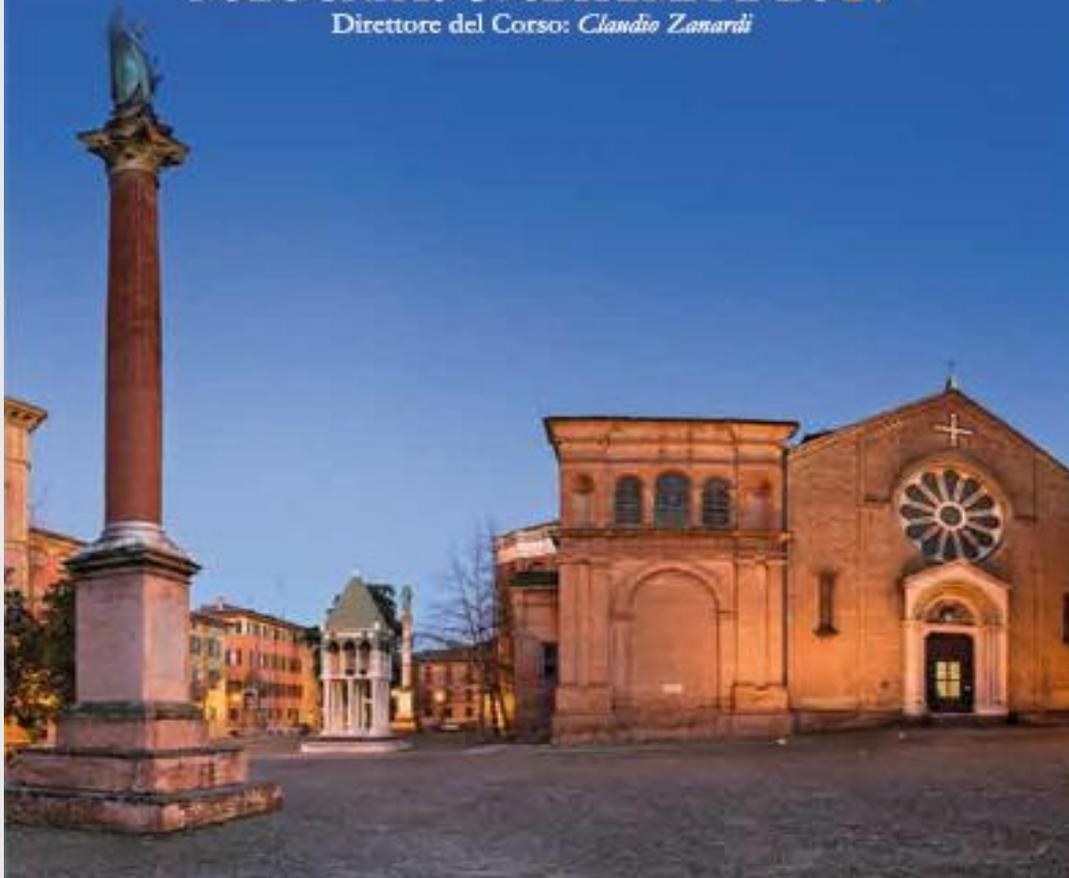
A.G.E.O.

ASSOCIAZIONE GINECOLOGI EXTRA OSPEDALIERI

CORSO DI AGGIORNAMENTO IN
GINECOLOGIA E OSTETRICIA

BOLOGNA 29-30 SETTEMBRE 2017

Direttore del Corso: *Claudio Zanardi*



**SCREENING DELLE
INFEZIONI
IN GRAVIDANZA**

**Brunella Guerra
Bologna**

INFEZIONI E GRAVIDANZA

Importante causa di morbidità materna e morbidità/mortalità perinatale

- ✓ *Alta esposizione della gravida alle infezioni*
- ✓ *Frequente subclinicità dell'infezione materna*
- ✓ *Impatto sul concepito impossibile da prevedere caso per caso*

Screening infettivologici / Inserimento nei programmi governativi

- ✓ *Analisi di variabili epidemiologiche, cliniche, sociali che ne condizionano l'applicabilità*
- ✓ *Valutazione del rapporto costi / benefici*
- ✓ *Necessità di aggiornamento periodico*



DPCM 12 GENNAIO 2017

**PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
A TUTELA
DELLA MATERNITA' RESPONSABILE
ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE
AL COSTO IN FUNZIONE
PRECONCEZIONALE E PRENATALE**

Livelli essenziali di assistenza

Supplemento ordinario n. 15 alla Gazzetta ufficiale 18-3-2017



**DM - Ministero della Salute
10 settembre 1998**

*Protocolli di accesso agli esami di
laboratorio e di diagnostica
strumentale per le donne in stato di
gravidenza ed a tutela della
maternità"*



Ministero della Salute



Ministero della Salute

CeVEAS
CENTRO PER LA VALUTAZIONE
DELL'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA SANITARIA

**LINEA GUIDA PER LA
GRAVIDANZA FISIOLOGICA
2010**

Livelli Essenziali di Assistenza - DPCM 2017

ESAMI INFETTIVOLOGICI PRECONCEZIONALI

Rosolia

(IgG e IgM per sospetta infezione acuta + Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie / Anticorpi IgG per controllo stato immunitario)

Sifilide

(EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] +VDRL[RPR])

 Esteso al partner

Infezione da HIV

(Anticorpi e antigene P24, ev.Immunoblotting)

 Esteso al partner - Prevede il consenso informato

ESAMI INFETTIVOLOGICI PRECONCEZIONALI

DPCM 2017 vs DM 1998

Rosolia

(IgG e IgM per sospetta infezione acuta + Test di Avidità IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie / anticorpi IgG per controllo stato immunitario)

Toxoplasmosi

(IgG e IgM)

Sifilide

(EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] +VDRL[RPR])

→ Esteso al partner

Infezione da HIV

→ (Anticorpi e antigene p24, ev.Immunoblotting)

Esteso al partner - Prevede il consenso informato

Invariato

soppresso

LO SCREENING INFETTIVOLOGICO PRENATALE

LINEE GUIDA ISS 2010/DPCM 2017

< 13 sett.	16-18	19-23	24-27	28-32	33-37	38-40
Rosolia Toxo Sifilide HIV Urinocoltura Chlamydia * Gonorrea * HCV*	Rosolia Toxo	Toxo	Toxo	Toxo	Toxo HbsAg HIV Sifilide Strepto	Toxo

se primo esame negativo

* nei soggetti a rischio

Screening infettivologico

DPCM 2017 vs DM 1998

< 13 sett.	16-18	19-23	24-27	28-32	33-37	38-40
Rosolia Toxo Sifilide HIV Urinocoltura Chlamydia * Gonorrea* HCV*	Rosolia Toxo	Toxo	Toxo	Toxo	Toxo HbsAg HCV HIV Sifilide Strepto	Toxo

invariato

se primo esame negativo

nuovo

* nei soggetti a rischio

soppresso

ROSOLIA

Settimana di gestazione	Rischio di trasmissione	Rischio di danno
<10	90%	90%
11-12	67%	33%
13-14	67%	11%
15-16	47%	25%
17-18	39%	(*)
19-30	30%	
31-36	60%	
>36	100%	

(*) dopo la 18^a settimana sono stati riportati sporadicamente difetti uditivi

◀ **Trasmissione verticale**

Conseguenze fetoneonatali

Prime settimane

- ◆ Aborto
- ◆ Morte endouterina

1° trimestre

- ◆ *Embriopatia Rubeolica*
Microcefalia, cardiopatie congenite, cecità, sordità

2° trimestre (inizio)

- ◆ *Fetopatia Rubeolica* - Sindrome poliviscerica, trombocitopenia, anemia, epatosplenomegalia, polmonite interstiziale, meningoencefalite, glomerulonefrite
- ◆ *Sequela perinatale* - Ritardo di crescita
- ◆ *Sequela tardiva* - Ritardo mentale, sordità progressiva, disturbi visivi, autismo, stenosi arteriose progressive, diabete, disfunzioni tiroidee, panencefalite progressiva, disammaglobulinemia...

Copertura vaccinale 2016



Dato nazionale
87,19%
*(per 100 abitanti-
coorte 2014)*

Fonte Ministero della Salute- Aggiornamento 5/06/2017

Per la rosolia nel 2016 la copertura media nazionale si attesta all' 87,2%, ancora molto lontani dall'obiettivo del 95%.

ROSOLIA

Poiché una quota della popolazione femminile in età fertile è ancora suscettibile all'infezione, un intervento vaccinale aggiuntivo è previsto per le donne non gravide che prendano contatto con le strutture sanitarie in previsione di una gravidanza (DM 1998, DPCM 2017).



ROSOLIA - SORVEGLIANZA PASSI 2012-2015

**Stato immunitario
stimato nelle donne
di 18-45 anni**

	Donne in età fertile vaccinate per la rosolia	Donne in età fertile suscettibili alla rosolia	Donne in età fertile non consapevoli dello stato immunitario	Donne in età fertile suscettibili alla rosolia o non consapevoli dello stato immunitario
Abruzzo	31.9	2.1	37.8	40.0
Basilicata				
Calabria	26.9	2.1	58.7	60.9
Campania				
Emilia Romagna				
Friuli Venezia Giulia				
Lazio	33.5	3.0	39.2	42.2
Liguria	44.7	1.5	31.6	33.1
Lombardia				
Marche				
Molise	51.5	2.2	34.6	36.8
Piemonte				
Provincia di Bolzano	48.9	1.0	30.1	31.1
Provincia di Trento	48.6	3.0	32.9	35.8
Puglia	30.8	2.7	36.4	39.1
Sardegna				
Sicilia	36.2	1.6	39.8	41.3
Toscana	43.2	1.5	36.7	38.1
Umbria	37.6	2.2	37.4	39.6
Valle d'Aosta	20.4	4.9	47.2	52.1
Veneto	64.8	0.7	27.4	28.0
Italia	40.5	2.0	37.2	39.2

■ peggiore del valore nazionale

■ simile al valore nazionale

■ migliore del valore nazionale

ROSOLIA

Screening *PRECONCEZIONALE*

- RECETTIVITÀ** → Vaccinazione
Attendere 1 mese prima di intraprendere la gravidanza
- IMMUNITÀ** → Stop agli accertamenti
- INFEZIONE IN ATTO** → Posticipare la gravidanza di almeno 6 mesi

Screening *PRENATALE*

- RECETTIVITÀ** → Misure profilattiche comportamentali
Ripetizione mensile del test fino alla 17^a settimana
Pianificazione della vaccinazione post-partum
- IMMUNITÀ** → Stop agli accertamenti
- INFEZIONE IN ATTO** → Counselling
Diagnosi prenatale invasiva e/o monitoraggio ecografico

INFEZIONE DA HIV

Le dimensioni del problema

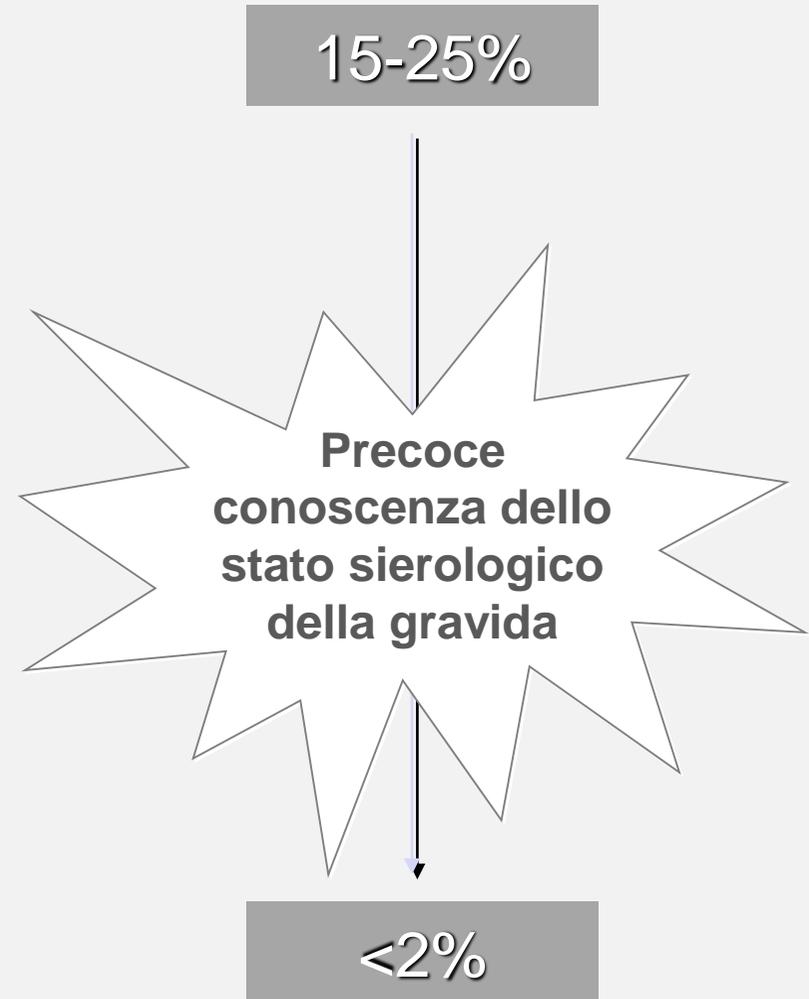
- Circa 5.600 nuove infezioni al giorno nel 2014
- Circa 600 sono bambini (*< 15 anni*)
- Circa 5000 sono adulti (*> 15 anni*)
 - circa il 30% sono giovani (*15-24 anni*)
 - circa il 48% sono donne
- La trasmissione verticale è responsabile di oltre il 95% delle infezioni in età pediatrica

SCREENING PER L' INFEZIONE DA HIV IN GRAVIDANZA

Perché ?

Principali misure preventive

- **Terapia antiretrovirale durante la gravidanza**
- **Profilassi al parto**
- **Taglio cesareo ***
- **Profilassi neonatale**
- **Allattamento artificiale**



* in caso di mancata soppressione della carica virale (> 50 copie/ml) o in assenza di ART



**PROGETTO NAZIONALE PER LA SORVEGLIANZA SUL
TRATTAMENTO ANTIRETROVIRALE IN GRAVIDANZA**
Istituto Superiore di Sanità

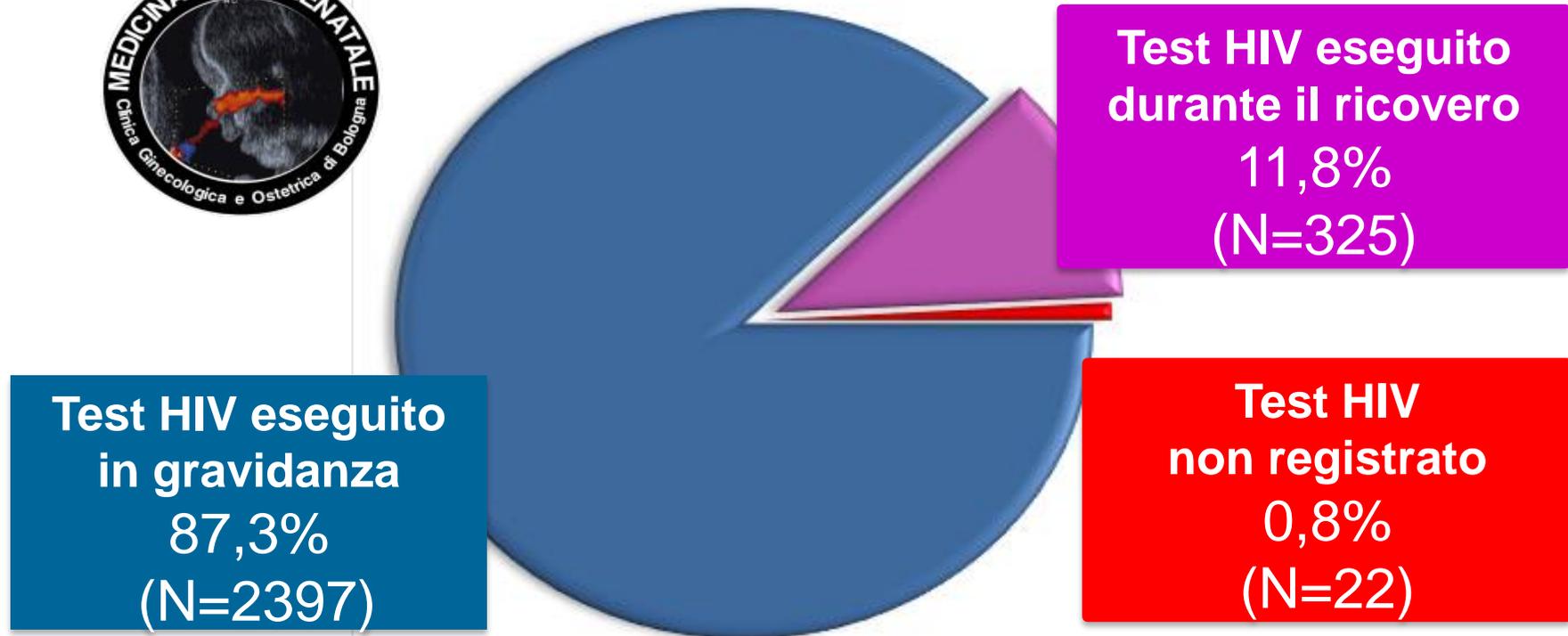
Trentunesima relazione semestrale: 3905 segnalazioni all' 8 giugno 2017

TIPOLOGIA DELLE GRAVIDE HIV POSITIVE ARRUOLATE

- ✓ **Età media >30 anni**
- ✓ **Buona condizione clinico-immunologica**
- ✓ **Nazionalità straniera ~ 35% del totale, >50% dei casi più recenti**
- ✓ **Gravidanza non pianificata (> 50% anche in presenza di infezione da HIV già nota**
- ✓ **Diagnosi di HIV in gravidanza (22,3%)**
- ✓ **In terapia antiretrovirale al concepimento > 40%**

SCREENING PER L'INFEZIONE DA HIV IN GRAVIDANZA

Perché ripeterlo nel 3^a trimestre ?



Consultazione di cartelle cliniche - 8 mesi a campione (2008-2011)

INFEZIONE DA HIV

Screening **PRECONCEZIONALE**

- ➔ Identificazione delle donne HIV positive
Terapia (*idonea per l'eventuale gravidanza*) e counselling
- ➔ Identificazione delle donne a rischio di acquisizione (*partner positivo*)
Counselling comportamentale per evitare il contagio
- ➔ Possibilità per la coppia di decidere consapevolmente

Screening **PRENATALE**

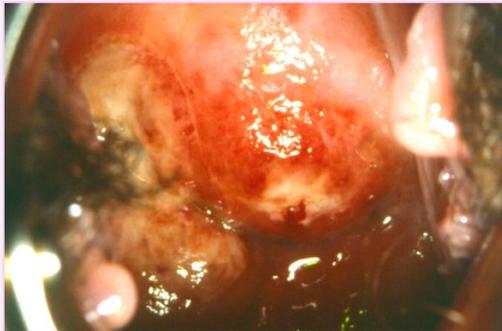
- ➔ Identificazione della gravida HIV positiva
Terapia e counselling
Interventi mirati alla riduzione del rischio di trasmissione verticale
- ➔ Counselling comportamentale e ripetizione del test a 33-37 settimane nella donna HIV negativa

SIFILIDE e GRAVIDANZA

Stadio	Trasmissione	Outcome	
		S.congenita	Mortalità perinatale
s. primaria / secondaria	100	50	50
s. latente precoce	60	40	20
s. latente tardiva	20	10	10

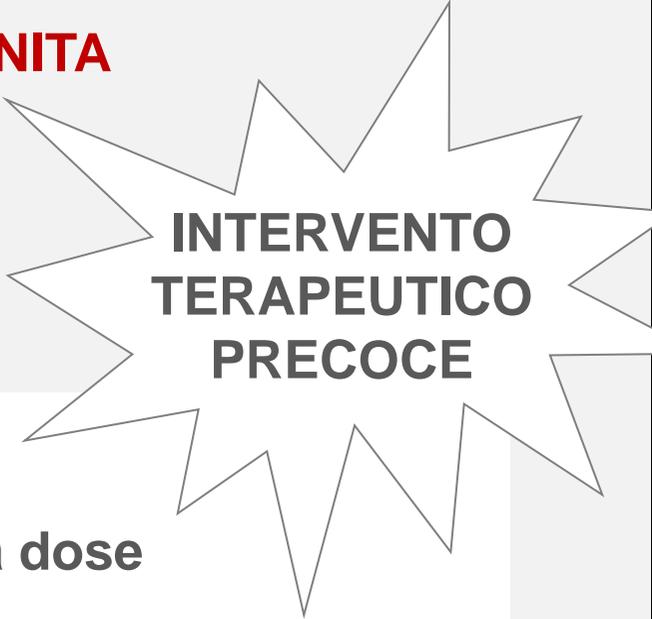
- Aborto tardivo
- Idrope
- Morte endouterina

- Parto pretermine
- Morte neonatale
- IUGR



PREVENZIONE DELLA SIFILIDE CONGENITA

La cura della sifilide in gravidanza prevede regimi terapeutici appropriati per lo stadio della malattia analoghi a quelli raccomandati al di fuori della gravidanza



**INTERVENTO
TERAPEUTICO
PRECOCE**



**S. Primaria
S. Secondaria
S. Latente Precoce**

**Penicillina G Benzatina
2,4 milioni U im in singola dose**

**S. Latente Tardiva
o
di durata non nota**

**Penicillina G Benzatina
3 dosi di 2,4 milioni U im ad intervalli di 7 gg**

S. Terziaria

**Penicillina G Benzatina
3 dosi di 2,4 milioni U im ad intervalli di 7 gg**

Neurosifilide

**Penicillina G
3-4 milioni U ev ogni 4 ore x 10-14gg**

SIFILIDE

Screening *PRECONCEZIONALE*

DONNA POSITIVA



- ◆ Trattamento e counselling
- ◆ Rimandare temporaneamente la gravidanza

**DONNA NEGATIVA
(con partner positivo)**



- ◆ Trattamento del partner
- ◆ Counselling comportamentale
- ◆ Ripetizione del test prima di intraprendere la gravidanza

Screening *PRENATALE*

GRAVIDA POSITIVA



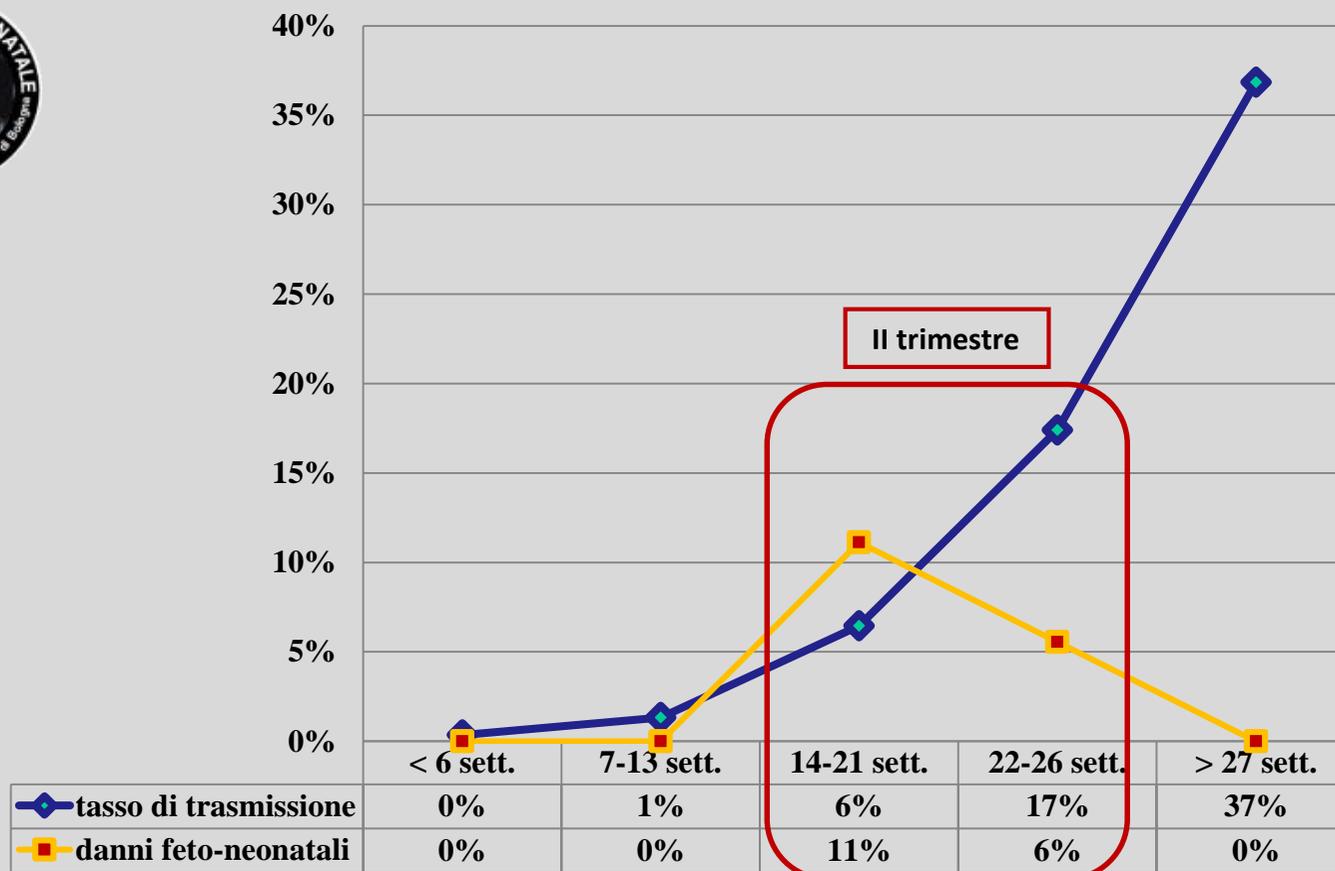
- ◆ Trattamento e counselling
- ◆ Monitoraggio sierologico e clinico
- ◆ Sorveglianza ecografica
- ◆ Controllo neonatale

GRAVIDA NEGATIVA



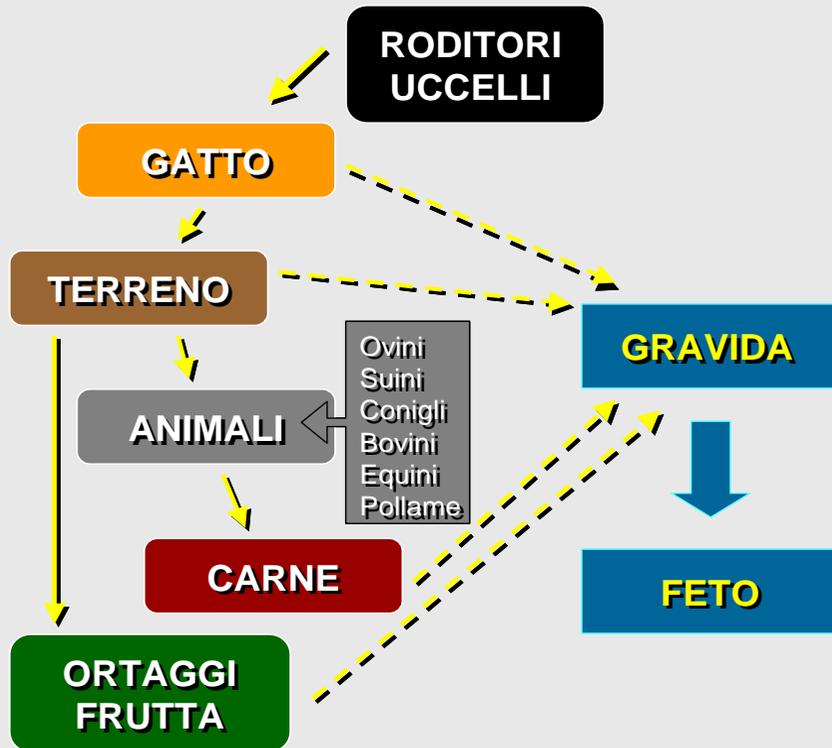
- ◆ Counselling comportamentale e ripetizione del test nel 3° trimestre

TOXOPLASMI IN GRAVIDANZA: RISCHIO FETALE IN RELAZIONE AL TASSO DI TRASMISSIONE VERTICALE

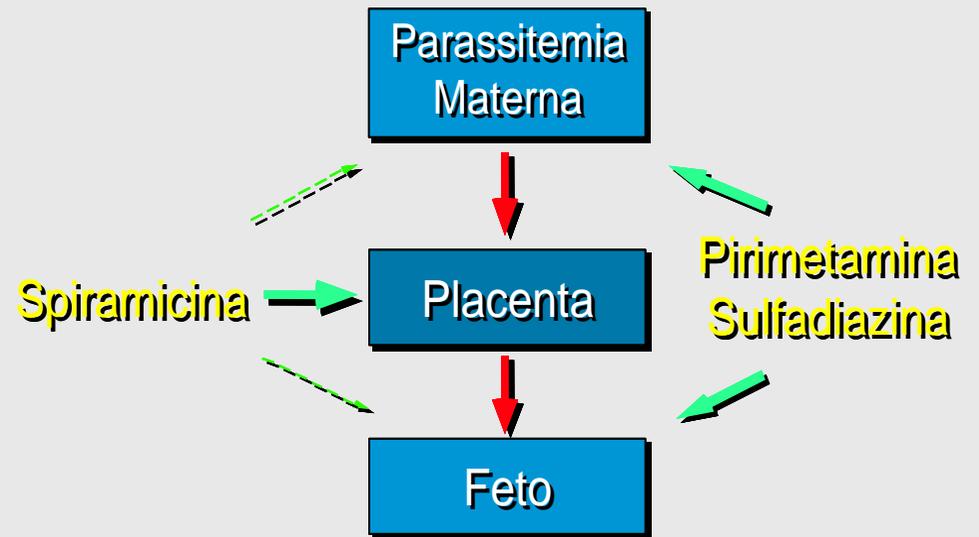


TOXOPLASMOSI

Misure preventive



Terapia prenatale



▪ *Spiramicina (3g/die) fino al parto*

▪ *Pirimeta (50 mg/die) Sulfa (3 g/die) fino a 2 sett. prima del termine di gravidanza con ripresa della spiramicina fino al parto*

TOXOPLASMOSI

Significato dello screening

► **PRENATALE**

RECETTIVITÀ



Misure preventive

Ripetizione mensile del test

IMMUNITÀ



Stop agli accertamenti

**INFEZIONE
IN ATTO**



Terapia

Diagnosi prenatale invasiva ↻ infezione fetale ↻ **Terapia**

Monitoraggio ecografico ↻ anomalie fetali ↻ IVG

Controllo e terapia postnatale

Consensus Toxo - ISS 2012

La donna di cui non sia noto lo stato immunitario o sieronegativa che pianifichi la gravidanza o già in gravidanza deve essere informata sulle norme igienico-alimentari da adottare per prevenire l'infezione e sulla necessità di effettuare controlli sierologici mensili in gravidanza (II-1,B)

INFEZIONI URINARIE E GRAVIDANZA

- ▶ Complicano il 17-20% delle gravidanze
- ▶ Modificazioni ormonali e anatomiche predispongono a dilatazione ureterale (*dalla 6^a sett. di gestazione*), ridotto tono vescicale, stasi urinaria, reflusso vescico-ureterale \Rightarrow cistiti, pielonefriti, batteriuria asintomatica
- ▶ Anomalie del tratto urinario, diabete, infezioni urinarie ricorrenti prima della gravidanza, problemi neurologici, pluriparità sono tra i principali fattori di rischio per le infezioni urinarie in gravidanza
- ▶ La batteriuria asintomatica incide nel 2-5% delle gravidanze e se non trattata evolve in pielonefrite nel 20-40% dei casi (*in assenza di batteriuria asintomatica l'incidenza di pielonefrite è $\leq 1\%$*)
- ▶ *La batteriuria asintomatica è stata inoltre associata a parto pretermine e basso peso alla nascita*



Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Review)

Smaill FM, Vazquez JC

Cochrane Database of Systematic Reviews 2015

- ▶ Il trattamento antibiotico paragonato con placebo o nessun trattamento riduce significativamente l'incidenza di pielonefrite (RR 0.23; 95%CI 0.13-0.41). 11 studi, 1932 donne
- ▶ Il trattamento antibiotico paragonato con placebo o nessun trattamento riduce l'incidenza di nati di basso peso (RR 0.64; 95%CI 0.45-0.93). 6 studi, 1437 neonati
- ▶ Il trattamento antibiotico paragonato con placebo o nessun trattamento riduce inoltre l'incidenza di parto pretermine (RR 0.27; 95%CI 0.11-0.62). 2 studi, 242 donne
- ▶ Il trattamento antibiotico paragonato con placebo o nessun trattamento comporta una riduzione di batteriuria persistente al parto (RR 0.30; 95%CI 0.18-0.53). 4 studi, 596 donne

L'evidenza che supporta il trattamento antibiotico per la prevenzione dei 3 principali outcomes (pielonefrite, parto pretermine e peso alla nascita < 2500 g) è stata giudicata di bassa qualità (limitazioni nel disegno degli studi, eterogeneità dei risultati, nelle popolazioni e nel tipo di interventi)

BATTERIURIA ASINTOMATICA E GRAVIDANZA

Screening e trattamento

- Urinocoltura in epoca gestazionale precoce (<14 sett.) o comunque alla prima visita prenatale evita la persistenza di batteri nelle vie urinarie e riduce il potenziale sviluppo di pielonefriti e di esiti avversi neonatali
- Nelle donne in cui, nel corso della gravidanza, si riscontri la presenza di batteriuria all'esame delle urine é opportuno ripetere l'urinocoltura

Linee Guida per la gravidanza fisiologica ISS 2010

US Preventive Service Task Force Reaffirmation Recommendation Statement 2008

INFEZIONI DA CHLAMYDIA T. E NEISSERIA G. IN GRAVIDANZA

Trasmissione

▶ *Ascendente* →

- *Aborto*
- *Chorioamnionite*
- *PROM*

Complicanze ostetriche

- *Parto pretermine*
- *Basso peso alla nascita ?*
- *Endometrite post-partum*

▶ **INTRAPARTO**

CT

20-60%



- ### Complicanze neonatali
- *Congiuntivite da inclusi* 30-50%
 - *Polmonite interstiziale* 10-20%
 - *Otite*

NG

30-47%



- *Ophtalmia neonatorum*
- *Proctite, vaginite, faringite*
- *Forma disseminata*



INFEZIONI DA CHLAMYDIA T. E NEISSERIA G. IN GRAVIDANZA

Terapia specifica (*estesa al partner*)

CT



AZITROMICINA 1 g in singola dose per os

Regimi alternativi

Eritromicina base 500 mg x 4/die x 7gg per os

Eritromicina base 250 mg x 4/die x 14 giorni per os

Eritromicina etilsuccinato 800 mg x4/die x 7 giorni per os

Eritromicina etilsuccinato 400 mgx4/die x 14 giorni per os

NG



CEFTRIAXONE 250 mg im + AZITROMICINA 1g per os*

Regimi alternativi

Cefixime 400 mg per os +Azitromicina 1g per os

Spectinomomicina 2g im + Azitromicina 1g per os

(* Azitro 2g IUSTI 2012 ; Azitro 1g CDC 2015)

INFEZIONI DA CHLAMYDIA T. E NEISSERIA G. IN GRAVIDANZA

Chi testare ?

GRAVIDE A RISCHIO

- ✓ Età <25aa
- ✓ Nuovo partner sessuale negli ultimi 6 mesi,
- ✓ Partner sessuale con IST in atto o negli ultimi 6 mesi
- ✓ Mancato/discontinuato/non corretto uso del condom
- ✓ Precedente IST
- ✓ Sintomatiche (*essudato muco-purulento , leucorrea, ectopia ipertrofica, sintomi urinari con urinocoltura negativa, ecc..*)

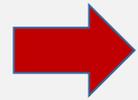
EPATITE C

In Italia la sieroprevalenza
nelle donne gravide non-HIV
è ~ 2% (range 1.9-2.4)

EPATITE C IN GRAVIDANZA STATO DELL'ARTE

- **Il rischio di trasmissione verticale si attesta al 5%**
 - ◆ *È più alto (da 3 a 4 volte) solo in caso di co-infezione con HIV*
 - ◆ *È limitato ai nati da madri viremiche*
 - ◆ *Cresce con la carica virale ma non c'è un preciso cut-off predittivo di infezione*
 - ◆ *Non è identificabile uno specifico genotipo che correli con la trasmissione*
- **La durata dell'infezione materna non sembra influenzare la trasmissione**
- **Non c'è evidenza che la modalità del parto influenzi la trasmissione**
- **Non c'è evidenza che l'allattamento al seno influenzi la trasmissione**
- **L'infezione neonatale è asintomatica, circa ¼ degli infetti elimina spontaneamente il virus entro i 6 anni. L'infezione cronica ha una progressione in genere moderata anche se non si possono escludere i casi di fibrosi o di cirrosi franca**

EPATITE C IN GRAVIDANZA



Screening selettivo per fattori di rischio

Perché?

- ▶ Impossibilità di identificare fattori determinanti della trasmissione verticale su cui disegnare strategie preventive efficaci
- ▶ Indisponibilità di terapie utilizzabili in epoca prenatale in grado di modificare l'incidenza o la storia naturale dell'infezione congenita



Questa raccomandazione attribuisce valore alla mancanza di misure profilattiche o di terapie efficaci e sicure in grado di ridurre la trasmissione verticale di HCV

EPATITE B

Importante problema di salute pubblica: >350 milioni di individui nel mondo con infezione cronica a rischio di cirrosi e cancro del fegato

EPATITE B e GRAVIDANZA

Prevalenza di HBsAg in gravide in Italia: 0.9%
(0.4% italiane - 2.5% partorienti straniere)

- ✓ Madre HBsAg+ HBeAg+ → 90%
- ✓ Madre HBsAg+ HBeAg- anti HBe+ → 10- 25%

***Fattori prognostici sfavorevoli
la presenza dell'antigene "e"
e l'insorgenza
in prossimità del parto***

Conseguenze neonatali

- ◆ Epatite fulminante (rara)
- ◆ Stato di portatore cronico
 - Asintomatico
 - Epatite cronica attiva
 - Cirrosi
 - CA epatocellulare

EPATITE B e GRAVIDANZA

Rischio di trasmissione

- ▶ In assenza di immunoprofilassi

10 * → 90% **

* madre HBsAg positiva

** madre HBeAg positiva

- ▶ Con immediata immunoprofilassi *

< 1%

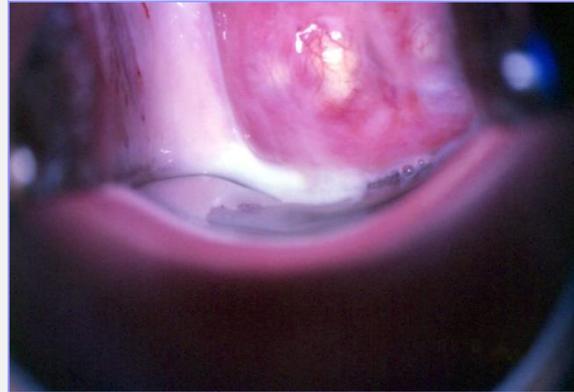
Conseguenze neonatali

- ◆ Epatite fulminante (rara)
- ◆ Stato di portatore cronico
 - ↗ Asintomatico
 - ↗ Epatite cronica attiva
 - ↗ Cirrosi
 - ↗ CA epatocellulare

* *vaccino + 200 UI di immunoglobuline specifiche*

INFEZIONE DA STREPTOCOCCO B E TRASMISSIONE INTRAPARTO

**Colonizzazione
vagino-rettale
al parto ~18%**



**Contatto diretto tra
secrezioni infette e
tessuti fetali
(*cute, mucose,
naso/orofaringe,
congiuntiva..*)**

**Colonizzazione
neonatale
50-65%**

**Diffusione dai siti di
colonizzazione agli
organi bersaglio**

**Infezione invasiva
1-2%**

INFEZIONE DA STREPTOCOCCO B E GRAVIDANZA

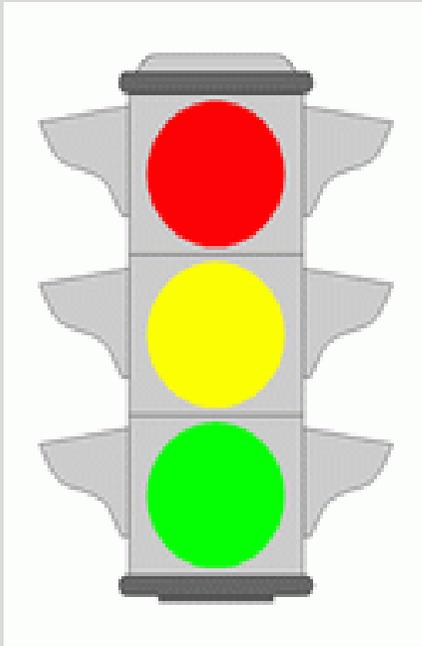
Complicanze ostetriche e conseguenze neonatali

- ▶ Corioamnionite, rottura prematura delle membrane, parto pretermine
 - ▶ Sepsi neonatale precoce (early onset)
 - Prevalenza 1-3‰
 - Esordio a 20 ore di vita
 - ◆ Polmonite
 - ◆ Meningite
 - ◆ Setticiemia
- mortalità (20%),
gravi sequele neuromotorie (30%)
- ▶ Endometrite, sepsi puerperale (1-2 ‰)

La sepsi neonatale tardiva (>20gg) riconosce quale modalità di trasmissione quella orizzontale specie nosocomiale

INFEZIONE NEONATALE DA GBS

Strategie preventive



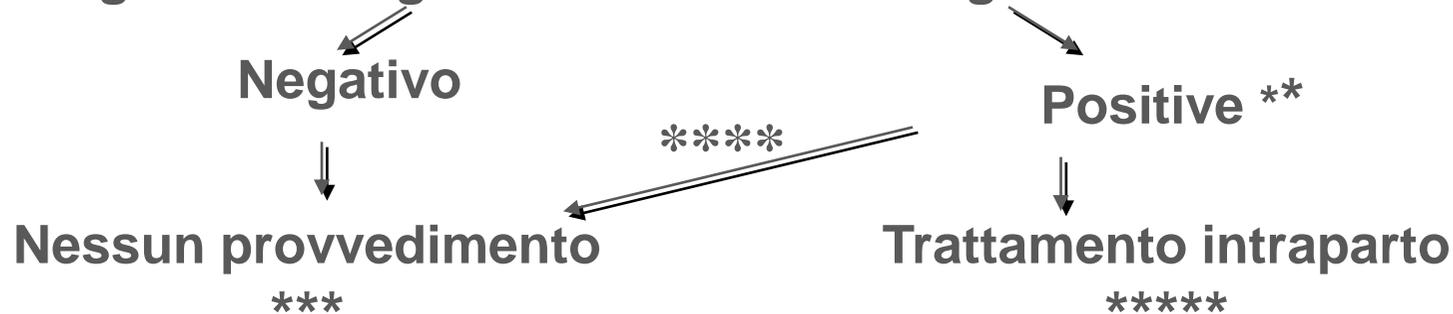
**Profilassi antibiotica
in presenza di fattori di rischio**

**Screening universale e
profilassi antibiotica selettiva**
(tamponi positivi in presenza di fattori di rischio)

**Screening universale e profilassi
antibiotica nei casi positivi**

PREVENZIONE DELLA SEPSI NEONATALE PRECOCE DA STREPTOCOCCO B

Screening di tutte le gravide* con colture vagino-rettali a 35-37sett.



* escluse quelle con batteriuria attuale o pregresso nato con sepsi da GBS

** la terapia orale in corso di gravidanza non è efficace

*** anche se insorgono fattori di rischio ostetrico (*p.pretermine, membrane rotte ≥ 18 ore, febbre in travaglio*)

**** in caso di taglio cesareo elettivo (*a travaglio non iniziato e senza rottura delle membrane*)

***** anche in caso di colture non note in presenza di uno o più fattori di rischio ostetrico

CHEMIOPROFILASSI INTRAPARTO

PENICILLINA G e.v. (5.000.000 UI in bolo seguite da 2.500.000 UI ogni 4 ore)

AMPICILLINA e.v. (2gr in bolo seguiti da 1gr ogni 4 ore)

Se allergia, ma non anafilassi

CEFAZOLINA e.v. (2gr in bolo seguiti da 1gr/8 ore)

Se alto rischio di anafilassi

CLINDAMICINA e.v.(900 mg ogni 8 ore)

Se resistenza alla clindmicina

VANCOMICINA e.v. (1 gr ogni 12 ore)



**....E PER LE ALTRE INFEZIONI
PER CUI NON CI SONO EVIDENZE A FAVORE DELLO SCREENING ?**

- CMV**
- **Norme igienico-comportamentali**
 - **Screening selettivo** (*malattia similinfluenzale durante la gravidanza, lavoratrici che si occupano di bambini piccoli, gravide con un figlio all'asilo nido, segni ecografici suggestivi di infezione da CMV*)

- PARVOVIRUS**
- **Norme igienico-comportamentali** (*in particolare madri di altri figli piccoli, insegnanti o operatrici in asili o comunità e nei periodi epidemici*)

- LISTERIA**
- **Norme igienico-alimentari**

- HERPES GENITALIS**
- **Norme relative al comportamento sessuale**

- VARICELLA**
- **Vaccinazione preconcezionale delle donne non immuni**
 - **Somministrazione tempestiva di VZIG alla gravida non immune o con anamnesi negativa in caso di esposizione all'infezione** (*previene le complicanze materne; ha una certa valenza protettiva anche per il feto*)

INFEZIONE DA CITOMEGALOVIRUS IN GRAVIDANZA

Misure igienico-comportamentali preconcezionali e prenatali



- ✓ Non condividere con il bimbo stoviglie (es. tazze, piatti, bicchieri, posate), cibo (es. non assaggiare la sua pappa con lo stesso cucchiaino), biancheria (es. asciugamani, tovaglioli), strumenti per l'igiene (es. spazzolino da denti)
- ✓ Non portare alla bocca succhiotti o ciò che il bimbo possa aver messo in bocca
- ✓ Non baciare il bambino sulla bocca o sulle guance
- ✓ Lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone dopo aver pulito
 - il naso e la bocca del bambino
 - cambiato il pannolino
 - maneggiato la biancheria sporca e i giocattoli
 - dato la pappa e fatto il bagnetto
- ✓ Lavare frequentemente giocattoli e superfici varie (es seggiolone, box, passeggino) con acqua e sapone



Consensus CMV - ISS 2012

- ✓ Devono essere illustrate in maniera comprensibile le norme igienico-comportamentali per prevenire l'infezione primaria (II-2,B)
- ✓ Ginecologi, ostetrici, infettivologi, microbiologi, medici di medicina generale e pediatri/neonatologi sono le figure professionali preposte alla prevenzione primaria (III,C).

SCREENING INFETTIVOLOGICI IN GRAVIDANZA

- ▶ E' possibile *individuare precocemente* infezioni per cui sono disponibili interventi specifici di prevenzione
- ▶ Gli esami indicati nel DPM sono *gratuiti* per la gravida o la donna in procinto di intraprendere una gravidanza
- ▶ *Screening di altre infezioni* oltre a quelle incluse nelle LG e nel DPM sono a *discrezione* del medico e della gravida informata che dovrà in tal caso sostenerne la spesa
- ▶ Esistono per altre infezioni misure preventive e norme comportamentali profilattiche somministrabili in epoca preconcezionale e prenatale per ridurre il rischio di acquisizione

GRAZIE