

VAGINOSI BATTERICA: IL VALORE AGGIUNTO DELL'INSERIMENTO IN ROUTINE DELLA TECNOLOGIA MULTIPLEX TANDEM PCR

S. Donati¹, A. Cafissi¹, P. Lencioni¹, R. Lari¹, L. Bianchi¹

¹Azienda USL Toscana Centro (Ex- ASL 3), Ospedale "S. Jacopo", U.O. Laboratorio Analisi, via Ciliegiole, Pistoia.

INTRODUZIONE

La vaginosi batterica (VB) è il più frequente dei disturbi vaginali delle donne in età fertile, viene spesso sottovalutata e se, trattata inefficacemente, ha complicanze gravi (Dols et al., 2016). La normale flora (FN) vaginale è dominata da lattobacilli che mantengono il pH<4,5 e inibiscono la crescita di altri microrganismi. Nella VB e nel suo stadio precoce (PVB), in associazione con una riduzione qualitativa (*L. iners*, LI; *L. crispatus*, LC) e quantitativa dei lattobacilli (86,7% FN vs 51,2% PVB vs 7,1% VB) si assiste ad un incremento di un fattore 100-1.000 nella crescita di altri batteri. In una FN il rapporto anaerobi/aerobi è di 2:1-5:1; mentre in VB tale rapporto è di 100:1-1.000:1 (Lamont RF, 2003). Nello stadio di PVB si osserva una deplezione di LC ed incremento di *G. vaginalis* (GV) e LI (circa il 50% della flora nelle PVB). Nella VB (Shipitsyna et al., 2013) si riduce LI con ulteriore incremento della carica di GV ed *A. vaginae* (AV). Valutare l'efficacia della tecnologia Multiplex Tandem (MT)-PCR nel discriminare i casi di VB e mediante la quantificazione dei parametri analizzati predire lo stadio di vaginosi.

METODI

Casistica studio retrospettivo: 133 tamponi vaginali (TV) con sospetto di VB selezionati in base a: esame colturale (EC), batterioscopico Gram (BG) e positività ad ureaplasmi e micoplasmi. Criteri per la diagnosi di VB: criterio di Amsel (diagnosi clinica) e score di Nugent. I saggi molecolari impiegati sono: MT-PCR+pannello vaginiti (NLM, AU27117) e ureaplasmi e micoplasmi (NLM). Il test MT-PCR calcola uno score (0-10) generando un commento automatico interpretabile dal professionista. Analisi statistica applicata: test del chi-quadro (χ^2 , $p<0.05$).

RISULTATI

Nella VB, la sensibilità è del 71% per BG ed EC e 100% per il test MT-PCR. Nella PVB le sensibilità sono del 58%, 31% e 100% per BG, EC e MT-PCR. Il 27,8%, 56,4% e 27% dei TV analizzati sono negativi a GV (score=0-1), AV (score 0-3) e AV+GV (score=0-1) rispettivamente. La ricerca di AV ha un valore VPN del 100%. Il 41,4% presentano positività ad entrambi i patogeni con il 25,5% di casi di VB (score>9.74). Correlando la carica di GV ($>10^7$ copie/ml; Ct<6) con quella di LC ($<10^5/10^4$; Ct>13) si rilevano il 100% dei casi di VB (score>9.21) ed il 78% dei casi di PVB (score>6). La coinfezione con almeno uno dei micoplasmi/ureaplasmi rilevati si è osservata nell'80% dei casi (χ^2 , $p<0.005$).

CONCLUSIONI

Da questo studio emerge che: l'impiego di un test multiparametrico semiquantitativo (MT-PCR) permette con elevata sensibilità ed elevato VPN di fare diagnosi di VB e PVB (dati confrontati con la clinica). L'AV è il parametro migliore per fare diagnosi di esclusione di VB e PVB inviando il numero minore di casi ad esami di approfondimento. Sia il BG che l'EC non rilevano più del 50% dei casi PVB, non quantificandone in maniera efficace la "flora intermedia" che caratterizza tale stadio. La quantificazione di AV, GV e del rapporto LC/LI sono parametri utili anche per il follow-up ed il monitoraggio delle recidive. Ci si propone di confermare i risultati ottenuti su una casistica più ampia.