

STREPTOCOCCUS AGALACTIAE (SGB): UN CASO DI SEPSI PUERPERALE E NEONATALE

L. Ferrari¹, G. Mazzei¹, A. Lajolo², M. Arrigoni¹, R. Casnici¹, E. Conti¹, E. Manfredini¹, V. Massorcich¹, P. Nolli¹

¹Laboratorio di Microbiologia - ASST Cremona

²U.O. Terapia Intensiva Neonatale - ASST Cremona

INTRODUZIONE

Streptococcus agalactiae (di gruppo B secondo Lancefield) viene frequentemente isolato nella donna, sia a livello della mucosa vaginale che intestinale, dove assume, tranne rari casi, ruolo di colonizzante. Raramente è responsabile di vaginiti, generalmente conseguenti a flogosi da stimolo meccanico. Differente è il ruolo assunto da SGB durante la gestazione della donna, quando questa sia colonizzata a livello vaginale e/o intestinale.

Al fine di evidenziare l'eventuale colonizzazione di uno o di entrambe i distretti, viene eseguita una specifica ricerca durante la 35^a- 37 settimana di gravidanza. Insidiosa è la possibilità di trasmissione materno-fetale durante il parto e la successiva insorgenza di meningiti neonatali precoci o tardive.

METODI

Giovane di 32 anni, primipara, gravida alla 41esima settimana, precedentemente risultata positiva allo screening per SGB, non trattata con antibiotici, viene ricoverata presso l'UO di Ostetricia del nostro Ospedale. Presenta iperpiressia (38.4°C) ed il feto manifesta spiccata tachicardia.

Si effettua profilassi con Ampicillina ev (3gr), anestesia spinale e taglio cesareo classico con estrazione cefalica, neonato maschio di 4080 grammi, leggermente ipototonico. Viene ossigenato per alcuni minuti mediante maschera. Considerato l'intervento pulito, non viene instaurata alcuna terapia antibiotica neonatale. Come da protocollo, vengono effettuati tamponi vaginale e placentare faccia materna e fetale, oltre a tamponi faringeo, auricolare e rettale al neonato. Nelle ore successive si assiste ad un progressivo peggioramento delle condizioni cliniche sia della puerpera che del neonato (PCR 120 mg/L e temperatura a 39.1°C). La mamma viene sottoposta a due set di emocoltura, mentre il neonato a rachicentesi e ad una emocoltura pediatrica. La clinica depone per una sepsi puerperale e neonatale. Ad entrambe viene somministrata terapia antibiotica con Ampicillina/Sulbactam, splittata poi su Ampicillina ad alto dosaggio per il neonato.

RISULTATI

Dai Tamponi vaginale e placentare faccia materna e faccia fetale viene isolato SGB. Le emocolture materne risultano negative, come pure il liquor del neonato, mentre dall' emocoltura di quest'ultimo viene isolato SGB. Il neonato risulta colonizzato da SGB sia a livello faringeo, auricolare che rettale. Dalla quarta giornata, per entrambe i degenti, i valori degli indici di flogosi progressivamente tendono alla normalizzazione, viene comunque continuata la terapia antibiotica. In quinta giornata il bimbo ritorna in culla ed alla mamma viene sostituita la terapia di Ampicillina/Sulbactam ev con Amoxicillina/Clavulanato per os, 3 somministrazioni /die. Vengono dimessi in ottava giornata perfettamente guariti.

CONCLUSIONI

Il caso, fortunatamente risolto con esito brillante, costringe ad alcune considerazioni: * si evidenzia l'importanza dello screening prenatale in sede vagino-rettale, per la ricerca di eventuale colonizzazione da SGB, * In caso di risultato positivo, risulta palese la necessità di bonificare i distretti, con adeguata terapia antibiotica, * in caso di un precedente referto di positività a SGB, non confortato da dati di certa eradicazione, credo sia consigliabile, in attesa dei referti microbiologici di colonizzazione neonatale, tutelare il neonato con un' adeguata copertura antibiotica .