P090

Batteriologia

INFEZIONI E NATIMORTALITA': L'ESPERIENZA DEL POLICLINICO S.ORSOLA-MALPIGHI DOPO DUE ANNI DALL'INTRODUZIONE DEL PROTOCOLLO DI INDAGINI MICROBIOLOGICHE NEI CASI DI NATIMORTALITA'.

L. Gabrielli [4], C. Pavia [4], G. Cocchi [5], G. Caprara [1], R. Morandi [3], A. Vancini [6], A. Salerno [2], G. Turello [4], A. Chiereghin [4], G. Piccirilli [4], D. Squarzoni [4], S. Felici [4], S. Ambretti [4], A. Marangoni [4], T. Lazzarotto [4]

[1]*UO di Anatomia Patologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna*

[2]*UO di Anatomia Patologica, Ospedale Maggiore, Bologna*

[3]*UO di Ginecologia e ostetricia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna*

[4]*UO di Microbiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna*

[5]*UO di Neonatologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna*

[6]*UO di Neonatologia, Ospedale Maggiore, Bologna*

INTRODUZIONE

L'incidenza di morte fetale endouterina (MEF) presenta un'ampia variabilità tra i vari paesi: da valori inferiori al 5‰ nei Paesi sviluppati al 32‰ nei Paesi dell'Africa subsahariana. Le infezioni sono responsabili del 2-15% dei casi di MEF. Il nostro obiettivo è stato quello di studiare dal punto di vista microbiologico i diversi materiali di provenienza materna, placentare e fetale nei casi di MEF e definire, dopo due anni di esperienza, quelli più appropriati per la diagnosi microbiologica

METODI

Sui campioni materni, placentari e fetali provenienti dai casi di MEF del Policlinico S. Orsola-Malpighi e dell'Ospedale Maggiore di Bologna sono state eseguite le indagini microbiologiche previste dal Protocollo Natimortalità approvato dai Microbiologi AMCLI della Regione Emilia-Romagna. Tutti i risultati sono stati discussi in un audit clinico multidisciplinare.

RISULTATI

Da aprile 2014 ad ottobre 2016 su un totale di 17059 nascite si sono verificati 62 casi di MEF (4‰). Le indagini microbiologiche sono state eseguite in 57 casi ed un risultato positivo è stato osservato nel 37% dei tamponi vaginali, nel 74% dei tamponi placentari, nel 26% delle emocolture fetali e nel 14% dei tamponi faringei fetali. L'approccio multidisciplinare ci ha permesso di identificare un'associazione tra MEF ed infezione in 5 casi (9%). In particolare, in 2 casi, S. agalactiae è stato identificato nel tampone vaginale materno, nel tampone placentare, nel sangue e nel faringe del nato morto e l'esame istologico ha rivelato una corioamnionite e una severa polmonite fetale. In due casi, il tampone vaginale materno ed il tampone faringeo neonatale sono risultati positivi per Ureaplasma urealyticum e l'autopsia fetale ha confermato l'eziologia infettiva. In un caso, il DNA di Parvovirus B19 è stato identificato nella placenta e nei tessuti fetali in linea con le caratteristiche istologiche.

CONCLUSIONI

Un'infezione è ritenuta responsabile di MEF quando le evidenze istologiche di danno d'organo fetale sono associate a risultati microbiologici positivi su campioni fetali. Nella nostra esperienza il 9% dei casi di MEF è causato da un'infezione.

Gli esami colturali su sangue e tampone oro-faringeo fetali sono sufficienti per identificare un'infezione batterica associata a MEF ed indirizzare il patologo nella diagnosi istologica. Le biopsie placentari sono utili per la indagini virologiche per la conferma dei casi istologici sospetti.