

MeB – Pagine Elettroniche

Volume V

Settembre 2002

numero 7

APPUNTI DI TERAPIA

Strategie preventive nella malattia da streptococco gruppo B del neonato

a cura di Giorgio Bartolozzi

Con l'uso della profilassi intraparto per prevenire le infezioni da streptococco gruppo B nel neonato, il numero delle infezioni si è abbattuto del 70% negli ultimi 10 anni. Tuttavia la malattia a inizio precoce rappresenta ancora un evento importante perché fra i neonati in USA vi sono ancora 1.600 malattie con 80 morti ogni anno. D'altra parte i bambini che sopravvivono possono avere gravi sequele come ritardo mentale e cecità. Le linee guida riportate nel 1996 raccomandavano di seguire due modalità di profilassi: a) un trattamento basato sul rischio clinico di trasmissione della malattia: febbre, intervallo prolungato fra rottura delle membrane e parto o parto pretermine b) un trattamento basato sullo screening batteriologico delle donne, per identificare quelle colonizzate dallo streptococco gruppo B. Lo screening viene eseguito fra la 35° e la 37° settimana di gestazione. La chemioprofilassi intrapartum viene offerta alle donne che risultavano portatrici.

Sia nell'una che nell'altra strategia, gli antibiotici erano consigliati durante il parto alle donne che avevano avuto una batteriuria da streptococco gruppo B durante la gravidanza o che avevano avuto in precedenza un neonato con malattia da streptococco gruppo B. In mancanza di dati sull'efficacia dell'una o dell'altra strategia, è stata condotta una ricerca retrospettiva dal CDC di Atlanta (**Schrag S.J. et al., N Engl J Med 2002, 347:233-9**) su oltre 600.000 neonati, in molti Stati degli USA, per valutare l'efficacia dello screening nei confronti della strategia basata sulla prevenzione del rischio clinico. A questo proposito sono studiati 5.144 neonati, di cui 312 con malattia a inizio precoce da streptococco gruppo B. Lo screening batteriologico neonatale venne eseguito nel 52% delle madri. Lo streptococco gruppo B risultò presente nel 18% delle madri studiate; l'89% di quelle positive ricevette la profilassi con antibiotici durante il parto. E' risultato che il rischio di una malattia a inizio precoce è stato molto più basso (meno della metà) fra i lattanti delle madri che erano state screenate e trattate in confronto ai neonati trattati solo sul rischio clinico (rischio relativo dello 0,46). Viene concluso che lo screening routinario dello streptococco gruppo B durante la gravidanza previene più casi della malattia a inizio precoce di quanto non si ottenga con il trattamento delle sole donne a rischio clinico. A una lettura superficiale si potrebbe concludere che "più è meglio", cioè che più spesso diamo antibiotici e maggiore è l'effetto preventivo; potrebbe essere pensato che la via migliore per prevenire il maggior numero di malattie neonatali a inizio precoce da streptococco gruppo B potrebbe essere quella di trattare al parto con

antibiotici tutte le donne (**Eschenbach D.A., N Engl J Med 2002, 347:280-1**). In una pubblicazione, successiva alla precedente, sono messi in evidenza proprio i pericoli insiti nella somministrazione indiscriminata di antibiotici nelle donne al parto (**Stoll B.J. et al., N Engl J Med 2002, 347:240-7**). In questa pubblicazione vengono esaminate le distribuzioni dei microbi che determinano una sepsi a inizio precoce nei neonati di peso molto basso (fra 401 e 1500 g) nel periodo dal 1991 al 1993 e nel periodo fra il 1998 e il 2000, cioè prima e dopo che l'uso intraparto dell'antibiotico risultasse molto diffuso. Nei due periodi, l'incidenza della sepsi da streptococco gruppo B a inizio precoce cadde a 4,2 episodi per 1.000 nati vivi, ma l'incidenza della sepsi da *Escherichia coli* aumentò di una grandezza simile (3,6 episodi per 1.000 nati vivi), per cui in effetti non ci fu che una piccola diminuzione nell'incidenza globale della sepsi a inizio precoce. Da un confronto fra le due pubblicazioni il lettore si trova di fronte a un vero e proprio dilemma ? a) ridurre il numero delle sepsi da streptococco gruppo B a inizio precoce, con la somministrazione di antibiotici a tutte le donne colonizzate oppure b) aumentare il rischio di sepsi da altri patogeni, magari resi resistenti dall'uso diffuso degli antibiotici durante il parto

Si tratta di un dilemma al momento attuale irrisolvibile con le conoscenze a disposizione. Il commentatore (**Eschenbach D.A.**) ritiene giustamente che il problema della sepsi da streptococco gruppo B non lo si risolve con gli antibiotici ma con il vaccino. Il vaccino è allo studio: è stato visto che esso è possibile, ma che è molto difficile da raggiungere. Si tratta di un vaccino coniugato verso gli streptococco tipi I e III, che sono i responsabili del maggior numero di sepsi: la risposta anticorpale è risultata eccellente.