

## L'infezione da *Streptococco agalactiae* (**Streptococco B**) nella donna in gravidanza (e non)

Lo ***Streptococco agalactiae***, o **Streptococco B**, è un germe di comune riscontro nei tamponi vaginali, in presenza di vaginite o anche in assenza di sintomi. E' uno dei tanti microbi con cui conviviamo tranquillamente (fa cioè parte della nostra "flora batterica").

Si può rilevare, secondo alcuni dati disponibili, fin nel 30% dei tamponi vaginali, cioè in una donna su tre, durante la gravidanza o al di fuori di essa. Non è responsabile di infiammazioni vaginali, per cui nella donna con eventuali sintomi quali bruciore, prurito, o perdite vaginali, non ne rappresenta la causa anche se risulta presente nel tampone, e non richiede cure. L'ambiente vaginale non può mai essere privo di microbi, essendo in contatto con l'esterno, e vanno curate solo le infezioni responsabili di sintomi o che possono comunque causare problemi.

Normalmente, quando lo *Streptococco agalactiae* si rileva nel tampone vaginale, il germe è anche presente nelle basse vie intestinali (si trova infatti anche sull'esame colturale dei tamponi rettali). Poiché **non causa sintomi alla donna e non è pericoloso** (salvo in presenza di immunodepressione o altre gravi malattie certamente non presenti in gravidanza), **non deve essere trattato con antibiotici**, non solo perché è del tutto inutile, ma anche perché molto spesso il trattamento non lo elimina, se non in apparenza e temporaneamente. Ripetuti cicli di antibiotici, effettuati nel vano tentativo di eliminare il germe che sembra ripresentarsi continuamente (ma che in realtà non viene mai eliminato del tutto), sono dannosi, e non di rado causano infezioni da Candida o alterazioni della flora batterica vaginale che finiscono per perpetuare disturbi erroneamente attribuiti ad un microbo inoffensivo.

**L'importanza dell'infezione genitale da *Streptococco agalactiae* è limitata al solo caso di gravidanza e in prossimità del parto**, perché l'infezione si trasmette spesso al bambino (circa nel 40% dei casi) solo nel corso del parto (esclusi i casi di parto cesareo), ed è quindi importante poter adottare misure di prevenzione. Alcuni ginecologi prescrivono il tampone anche più precocemente, verso la 26° settimana, nell'eventualità di un parto prematuro, ma questa prassi non è raccomandata dalle linee guida internazionali, perché un parto prematuro è imprevedibile e un'infezione non rilevata alla 26a settimana può insorgere magari alla 30a.

### L'infezione del neonato

L'infezione del neonato – anche se raramente – può avere gravi conseguenze (meningite, setticemia, polmoniti, o altre malattie, che si possono manifestare precocemente o - più raramente - a distanza di diverse settimane dalla nascita). Ciò avviene, se l'infezione viene trasmessa, in circa un caso su 100; l'eventualità è quindi abbastanza rara da non giustificare allarmi, ma non è comunque trascurabile e vanno adottate idonee misure preventive, seguendo protocolli di efficacia scientificamente dimostrata che minimizzano il rischio.

### Come premunirsi

Gli esperti raccomandano di **ricercare lo Streptococco B con un tampone vaginale e rettale alla 37° settimana di gravidanza**. In caso di positività del tampone (anche solo uno dei due) è necessario proteggere il nascituro - durante il parto - dal rischio di contrarre l'infezione. **Non vanno somministrati antibiotici prima del parto**, sia perché l'infezione difficilmente si elimina (solitamente il "serbatoio" intestinale determina in breve tempo una nuova infezione vaginale), sia perché anche un tampone negativo dopo terapia antibiotica non garantisce affatto che il germe sia stato veramente eliminato (può rimanere semplicemente al di sotto della soglia di rilevazione con i tamponi) e quindi non dà alcuna certezza rispetto al rischio di infezione del neonato. L'unico caso di trattamento anticipato raccomandato è quello in cui lo Streptococco B sia presente sull'esame colturale delle urine, perché le infezioni urinarie in gravidanza vanno trattate tempestivamente, anche in assenza di sintomi, per il rischio di complicazioni.

Nelle donne positive al tampone che effettuino un parto naturale (il cesareo impedisce quasi nella totalità dei casi il contagio del neonato), **la terapia antibiotica va fatta DURANTE il parto**, con ripetute somministrazioni di penicillina (o amoxicillina come seconda scelta, o altri antibiotici nei casi di allergia alla penicillina), fino alla nascita.

**La terapia antibiotica durante il parto non ha lo scopo di eliminare lo Streptococco, ma semplicemente di fare da "scudo" di protezione per il bambino. Si riduce così il rischio di malattia del neonato, portandola a circa un caso su 3.000.**

Nelle donne positive, il neonatologo provvederà, a suo giudizio, a ricercare eventualmente la presenza del germe nel neonato mediante esami colturali idonei, per decidere l'eventuale necessità di somministrare antibiotici nei rari casi in cui, pur con un trattamento eseguito in modo corretto, l'infezione fosse stata ugualmente contratta dal neonato.

### **Referenze**

- Istituto Superiore di Sanità - Rapporti ISTISAN 07/28. Infezioni da streptococco di gruppo B. A cura di Lucilla Baldassarri. <http://www.iss.it/binary/publ/cont/07-28.1192097167.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease - Revised Guidelines from CDC, 2010. Morbidity and Mortality Weekly Report. November 19, 2010 Vol. 59. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5910.pdf>

*Aggiornamento al 1/3/2014*