

Vaginosi batterica

La vaginosi batterica (VB) è una sindrome clinica causata dall'abnorme crescita di batteri anaerobi (*Prevotella*, *Mobiluncus*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*) a scapito dei lattobacilli.

Può essere asintomatica fino al 50% dei casi. La possibilità di una trasmissione sessuale non è chiara: l'infezione è più frequente nelle donne sessualmente attive, ma il trattamento del partner non comporta effetti benefici nella prevenzione delle recidive.

La VB può essere identificata utilizzando i criteri clinici di Amsel:

1. perdite vaginali bianche, omogenee, che ricoprono le pareti vaginali
2. *clue cells* alla osservazione microscopica
3. pH vaginale >4.5
4. odore di pesce al sniff *test* (KOH al 10%)

La presenza di almeno tre di questi quattro segni pongono diagnosi di BV.

La diagnosi può anche essere effettuata mediante l'allestimento di un vetrino con colorazione Gram e la valutazione della proporzione tra lattobacilli e altri batteri (criteri di Nugent).

Gli esami colturali per *G. vaginalis* sono scarsamente specifici (questo batterio può essere isolato nel 50% delle donne normali).

Il Pap test è invece scarsamente utile perché poco sensibile.

I regimi di trattamento raccomandati dai *Centers for Disease and Control and Prevention* (CDC) sono [1]:

- Metronidazolo orale 500mg 2 volte al dì per 7 giorni
oppure
- Metronidazolo gel 0.75% , una applicazione (5g) in vagina per 5 giorni.

In alternativa:

- Metronidazolo* orale 2g in singola dose
oppure
- Clindamicina orale 300mg 2 volte al dì per 7gg
oppure
- Clindamicina ovuli 100mg, in vagina per tre giorni

Il *follow up* e il trattamento del partner non sono necessari.

La vaginosi batterica è stata associata a PID ed endometrite dopo procedure invasive come biopsia endometriale, isterectomia, isterosalpingografia, inserzione di IUD e

curettage uterino. Esistono vari studi, tra cui due studi controllati randomizzati (RCT), che dimostrano una riduzione delle complicanze infettive dopo aborto o isterectomia utilizzando una profilassi preoperatoria con metronidazolo. Non esistono studi sul trattamento della BV asintomatica per altre procedure invasive.

In **gravidanza**, la vaginosi batterica coinvolge il 9-23% delle donne. Numerosi studi epidemiologici hanno documentato una associazione tra VB e parto pretermine (RR 1.4-6.9), corionamnionite, rottura prematura delle membrane (RR 2.0-7.3), endometrite postparto e aborto spontaneo (RR 1.3-2.0). Sono stati condotti diversi studi per verificare se lo *screening* e il trattamento della VB migliorano gli esiti della gravidanza.

Non sono stati dimostrati effetti teratogeni sul feto in seguito all'utilizzo di metronidazolo in gravidanza.

L'uso di clindamicina in crema è stato associato ad eventi avversi nella seconda metà della gravidanza, il suo impiego deve perciò limitarsi al primo periodo.

Può essere considerato un *follow up* ad un mese dal trattamento, per verificare l'efficacia della terapia.

Bibliografia

1. Centers for Disease and Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 2006;55(RR11):1-94 [[Testo integrale](#)]
2. McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd [[Riassunto](#)]
3. US Preventive Services Task Force. Screening: bacterial vaginosis in pregnancy. Am J Prev Med 2001;20:59-61 [[Testo integrale](#)]
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. London:RCOG;2003. [[Testo integrale](#)]