



Newsletter settimanale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

Comitato scientifico: Giorgio Vittori, Emilio Arisi, Fabio Sirimarco

Editore Intermedia. Direttore Responsabile Mauro Boldrini

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di Bayer Schering Pharma

News dalla ricerca

1. PRE-ECLAMPSIA, MAGGIORI RISCHI PER LA TIROIDE
2. SCLEROSI MULTIPLA ED EPILESSIA: GRAVIDANZE DA NON SCORAGGIARE
3. PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA' DOPO TRATTAMENTI ONCOLOGICI NELLA DONNA
4. LE INFEZIONI MATERNO-FETALI

News dalla professione

5. DENUNCE IN AUMENTO DEL 12%, DONNE POCO INFORMATE SU POTERE ECOGRAFIA
6. A MILANO IN AUMENTO MST NEI GIOVANI
7. SOSTEGNO ALLA GINECOLOGIA DELL'OSPEDALE SAN PAOLO DI MILANO
8. IN ITALIA NASCONO 13 PREMATURI AL GIORNO

News di politica sanitaria

9. UNICEF: AFGHANISTAN POSTO PEGGIORE AL MONDO DOVE NASCERE
10. INFLUENZA A: ISS, VACCINO A 6,4% DONNE IN GRAVIDANZA, 5% MALATI CRONICI E 12% MEDICI
11. SINDACATI DIRIGENZA MEDICA: MOBILITAZIONE DI PROTESTA PER SALVARE SSN
12. RICERCA: GARACI (ISS), IN ITALIA ECCELLENZA MA POCA APPLICAZIONE

SIGO informa

CORSI E CONGRESSI 2009

News dalla ricerca

PRE-ECLAMPSIA, MAGGIORI RISCHI PER LA TIROIDE

In uno studio misto norvegese-americano pubblicato su British Medical Journal si afferma che le donne che sviluppano pre-eclampsia in gravidanza hanno un più alto rischio di ipotiroidismo non solo in gestazione ma anche molti anni dopo, rispetto a quelle che non sviluppano pre-eclampsia. L'equipe americana ha esaminato la funzionalità della tiroide di 280 donne incinte, metà delle quali affette da pre-eclampsia. Queste ultime avevano il doppio delle probabilità di presentare livelli elevati di tirotropina (TSH o Thyroid Stimulating Hormone), rilasciata quando la tiroide risulta ipoattiva. L'equipe norvegese ha invece analizzato i dati di più di 7.000 donne che avevano avuto figli alla fine degli anni '60 e sono state sottoposte agli esami per la funzionalità tiroidea a metà degli anni '90: le donne che avevano avuto la pre-eclampsia nella prima gravidanza avevano 1,7 volte maggiori probabilità di soffrire di sintomi di ipotiroidismo dopo la gravidanza rispetto alle donne che non avevano avuto la pre-eclampsia. Le donne che avevano avuto questa complicazione sia nella prima che nella seconda gravidanza avevano 6 volte più probabilità di incorrere in problemi alla tiroide. Secondo i ricercatori il motivo è che la pre-eclampsia determina un innalzamento dei livelli serici materni di una tirosin chinasi (*fms-like tyrosine kinase 1*) che limita il rifornimento di sangue al tessuto tiroideo. "Le conseguenze non sono solo per la madre ma anche per il figlio - nota il direttore della ricerca, Richard Levine dello US National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) - perchè

l'ipotiroidismo in gravidanza è stato collegato con IQ più bassi nei figli". "Una ridotta funzionalità tiroidea è però facile da diagnosticare e anche da curare", precisa Susan Shurin, direttrice dell'NICHD. L'importante è che le donne con pre-eclampsia vengano monitorate attentamente".

Pre-eclampsia, soluble fms-like tyrosine kinase 1, and the risk of reduced thyroid function: nested case-control and population based study. BMJ 2009;339:b4336

[INDICE](#)

SCLEROSI MULTIPLA ED EPILESSIA: GRAVIDANZE DA NON SCORAGGIARE

Analizzando il data base di circa 19 milioni di parti negli Usa, ricercatori della Stanford University School of Medicine in California hanno trovato che le donne con sclerosi multipla (SM) avevano un rischio solo marginalmente più elevato rispetto alle altre donne (3% vs 2%) di taglio cesareo e restrizione della crescita intrauterina (IUGR). "Si tratta di un risultato abbastanza rassicurante per le donne con sclerosi multipla – afferma Eliza F. Chakravarty della Stanford University School of Medicine – con outcome ostetrici non 'terribilmente' difforni da quelli della popolazione generale, in base ai quali le donne con SM non dovrebbero necessariamente essere scoraggiate dall'intraprendere una gravidanza". Lo studio ha analizzato le informazioni relative a più di 10.000 donne incinte con SM, oltre che 4.730 con epilessia e quasi 190.000 con diabete. La SM era associata a un leggero aumento del tasso di ospedalizzazione prenatale rispetto alla media delle donne in Usa (odds ratio [OR] 1.3, 95% intervallo di confidenza [CI] 1.2–1.5), intrauterine growth restriction (IUGR) (OR 1.7, 95% CI 1.2–2.4), e taglio cesareo (OR 1.3, 95% CI 1.1–1.4). Similmente l'epilessia era associata a un aumento del tasso di ospedalizzazione prenatale (OR 3.0, 95% CI 2.6–3.5), IUGR (OR 1.9, 95% CI 1.2–3.3) e taglio cesareo (OR 1.5, 95% CI 1.3–1.9). Nelle donne con SM o epilessia il rischio di restrizione della crescita intrauterina è comunque inferiore a quello delle donne con diabete che corrono rischi aggiuntivi come ipertensione e rottura precoce della placenta. "Le donne con SM che vogliono portare a termine una gravidanza – aggiunge Chakravarty in un'intervista alla Reuters - devono essere informate di quando debbano interrompere la terapia per la SM". Non è ancora noto se tali medicine siano sicure in gravidanza: si sa però che il beta interferone è associato ad aborto spontaneo e il metotrexate a difetti alla nascita.

Obstetric outcomes in women with multiple sclerosis and epilepsy. Neurology 2009, doi:10.1212/WNL.0b013e3181c3f27d

[INDICE](#)

PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA' DOPO TRATTAMENTI ONCOLOGICI NELLA DONNA

La diagnosi di cancro pone ogni individuo in un momento di grave criticità che coinvolge emozionalmente interrogativi sulla propria esistenza con ricadute importanti anche nel contesto familiare. Ciò è particolarmente coinvolgente quando la diagnosi viene posta in età adolescenziale ed in giovani adulti.

D'altro lato i miglioramenti terapeutici registrati nelle ultime decadi nella cura delle neoplasie, soprattutto in età giovanile, hanno prodotto un interesse crescente anche nella valutazione della qualità di vita dopo il trattamento della malattia.

In tale contesto i clinici hanno progressivamente esteso le loro finalità terapeutiche non solo agli obiettivi di "sopravvivenza" a distanza, ma anche al miglioramento degli esiti precoci ed a lungo termine dei trattamenti stessi. L'informazione circa le conseguenze dei trattamenti è diventata oggi uno dei cardini su cui si basa il rapporto medico-paziente (e medico-famiglia nel caso dei minori) teso a creare quell'alleanza terapeutica necessaria soprattutto in Oncologia ove spesso i trattamenti sono multimodali e multispecialistici.

Spesso i problemi della fertilità e della riproduzione possono essere considerati, al momento della diagnosi di neoplasia, secondari o non prioritari rispetto al problema della programmazione della cura oncologica. I risultati importanti ottenuti però in soggetti giovani con neoplasia ematologiche, del testicolo, delle mammelle ed altri hanno imposto l'attenzione e questo tipo di problematiche.

Alcuni farmaci antineoplastici così come trattamenti radianti possono produrre danni a volte a lungo termine, altre volte definitivi sui tessuti deputati alla produzione delle cellule della riproduzione (ovaio-testicolo).

Se per i soggetti di sesso maschile la criopreservazione degli spermatozoi prima del trattamento può essere una opzione proponibile, per le donne il problema resta ancora aperto.

Il counselling pre-trattamento

1) Ruolo dell'oncologo

E' raccomandabile oggi che le informazioni riguardanti le conseguenze dei trattamenti oncologici si estendano anche sulle possibili sequele concernenti l'attività riproduttiva e sulla sessualità. Ciò è particolarmente importante nei casi di soggetti adolescenti o in giovani donne o comunque in donne in età riproduttiva.

E' raccomandabile oggi che il clinico prenda in esame modalità od opzioni di trattamento che, a parità di risultati sulla cura della malattia, producano il minor danno gonadico possibile.

E' oggi raccomandabile che il clinico prenda in esame, in relazione al tipo di neoplasia, prognosi, prospettive terapeutiche, età della paziente, ogni possibile opzione per conservare la funzione riproduttiva.

2) Ruolo dello specialista della riproduzione

E' oggi raccomandabile che la donna con neoplasia sia consapevole delle varie tecniche e dei possibili risultati concernenti la preservazione della fertilità dopo il trattamento.

Non esiste oggi una tecnica unica ed ideale per la preservazione della fertilità della donna.

– Protezione con Gr RH analoghi: tecnica con risultati ancora controversi. Alcune evidenze emerse da studi non randomizzati. Assenza di risultati decisivi da larghi studi clinici controllati.

– Crioconservazione embrionale: attualmente la tecnica con maggiori probabilità di successo. Limitazioni maggiori legate a: legislazione non permissiva in Italia; lasso di tempo pre-trattamento sufficiente ad ottenere una stimolazione ovarica, recupero oocitario, fertilizzazione in vitro, crioconservazione embrionale.

La tecnica richiede pertanto che la paziente abbia un partner stabile ed una prospettiva familiare certa.

– Criopreservazione oocitaria: tecnica ancora sperimentale che può essere indicata in età post puberale.

Gli scarsi dati attualmente a disposizione, i bassi indici di gravidanze fin qui ottenute, non la fanno rientrare in una tecnica da offrire di routine e conseguentemente non una tecnica eticamente "commerciabile".

E' evidente che qualora sia la sola tecnica disponibile può oggi essere offerta in Istituzioni Pubbliche accreditate anche a fini di ricerca.

– Crioconservazione di tessuto ovarico: al momento la sola possibilità teorica per donne che non possono accedere a cicli di riproduzione assistita o, per urgenza del trattamento, a cicli di induzione di ovulazione multipla. Tecnica ancora sperimentale con risultati ed esiti assolutamente incerti. Può essere offerta solo in ambiti di studi controllati con protocolli approvati da comitati etici.

Pratica teoricamente proponibile per casi in età prepuberale.

– Transposizione ovarica: utile limitatamente ai casi da sottoporre a radioterapia sulla pelvi o parti dell'addome.

Ai fini riproduttivi la limitazione maggiore può essere anche legata al grado di irradiazione erogata sull'utero.

Il ruolo solo sperimentale di alcune tecniche citate non deve esimere i clinici da una corretta informazione della paziente che consapevolmente potrà decidere ed essere indirizzata verso i centri specializzati nelle procedure.

Raccomandazioni per le Istituzioni:

– Nell'ambito del registro dei Centri PMA presso ISS sarebbe opportuno segnalare quanti tra i Centri Pubblici si stanno occupando o sono idonei al counselling concernente la preservazione della fertilità nelle pazienti oncologiche.

– E' raccomandabile istituire dei registri regionali, collegati in rete con un registro Nazionale, concernente i dati della fertilità dopo terapie oncologiche.

Tali registri dovrebbero inoltre monitorare i casi di tumore insorto in gravidanza con successivi esiti.

Fonte: Convegno "Fertilità e tumori nella donna: quale strategia? – Mestre, 25 settembre 2009 - Responsabile scientifico: prof. Tiziano Maggino, direttore dipartimento materno infantile, ULSS12 Veneziana, Ospedale dell'Angelo, Mestre, Venezia

[INDICE](#)

LE INFEZIONI MATERNO-FETALI

Toxoplasma Gondii e gravidanza

Quali sono le vie di trasmissione della Toxoplasmosi in gravidanza?

La via orale costituisce probabilmente la maggiore fonte di infezione, mediante la preparazione e il consumo di cibo contaminato dalle oocisti del Toxoplasma.

In Europa i principali fattori di rischio per l'infezione sono:

- il consumo di carni crude o non adeguatamente cotte (30-63% delle sier conversionsi);
- il contatto con il terriccio, compresi il consumo di verdure crude o non lavate e il giardinaggio (6.17% delle sier conversionsi);
- viaggiare al di fuori dell'Europa.

Sebbene i gatti giochino un ruolo definito nell'epidemiologia della Toxoplasmosi, non è dimostrato che il fatto di possedere un gatto costituisca un fattore di rischio di infezione.

Quali sono le strategie per la prevenzione della toxoplasmosi congenita?

La prevenzione primaria consiste nel prevenire l'infezione in gravidanza, e si attua mediante l'applicazione di norme igienico-alimentari.

La prevenzione secondaria ha lo scopo di prevenire la trasmissione materno-fetale dell'infezione e ridurre la gravità dei danni fetali, e si attua attraverso le seguenti modalità: sorveglianza sierologica delle gestanti non immuni, trattamento dell'infezione materna, diagnosi prenatale, trattamento dell'infezione fetale.

La prevenzione terziaria mira a ridurre le sequele dell'infezione, attraverso la diagnosi precoce e il trattamento dell'infezione nel neonato.

L'applicazione delle strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria consente di ridurre l'incidenza e la gravità della toxoplasmosi congenita.

La toxoplasmosi congenita si osserva solo nelle donne che acquisiscono per la prima volta l'infezione durante la gravidanza o poco prima del concepimento?

Rari casi di infezione fetale sono stati segnalati anche in donne immuni con:

- infezione acquisita in prossimità della gravidanza
- immunocompromissione
- reinfezione

Quali accertamenti sono indicati in seguito al riscontro di una sierologia per Toxoplasma "IgG negative.IgM positive"?

Al fine di confermare la sieroconversione in gravidanza ed escludere una falsa positività è utile:

- ripetere il prelievo a distanza di 7/15/21 giorni per verificare la comparsa di IgG
- eseguire il test in Western Blot
- eseguire il test di attivazione linfocitaria

Quali accertamenti sono indicati in seguito al riscontro di una sierologia per Toxoplasma "IgG positive.IgM positive"?

Al fine di confermare l'infezione acuta (e stabilirne il timing rispetto alla gravidanza) ed escludere una persistenza di IgM è indicato:

- ripetere il prelievo a distanza di 20 giorni
- eseguire il test di avidità

Quando è utile il test di avidità delle IgG anti-Toxoplasma sieriche?

- per escludere un'infezione in gravidanza (diagnosi precoce e in assenza di trattamento)
- nel follow-up terapeutico in gravidanza
- per discriminare riattivazioni e persistenze da infezioni acute

Indici di avidità alta indicano assenza di infezione primaria in atto o recente. Nelle riattivazioni e in caso di persistenza delle IgM l'avidità è sempre alta.

Quale è il timing dell'amniocentesi per la diagnosi di infezione fetale da Toxoplasma?

- dopo almeno 4-6 settimane dall'infezione materna
- non prima della 18^a settimana di gestazione

Quali esami sono da eseguire al parto in caso di infezione da Toxoplasma in gravidanza?

Per la sierologia, prelievo di sangue periferico materno e sangue cordonale e/o periferico del neonato.

Per l'immunologia, prelievo di sangue periferico del neonato in EDTA-Eparina (conservare i linfociti congelati per test di attivazione linfocitaria).

Alla nascita, eseguire i seguenti tests:

- CIP IgG IgM Western Blot (LDBIO Lyon France) su siero di madre e neonato
- IgG CLIA (DiaSorin Saluggia Italy)
- Vidas TOXO IgG (BIOMERIEUX Marcy l'Etoile, France)
- IgM ISAGA (BIOMERIEUX Marcy l'Etoile France)
- ETI-TOXOK-A reversePLUS (DiaSorin Saluggia Italy)
- Emocromo, transaminasi, bilirubina total e frazionata, LDH
- Ecografia transfontanellare
- Esame del liquor se diagnosi fetale positiva
- Fundus oculi
- EEG, TAC, RMN encefalo eventuali, se presenza di dilatazione ventricolare o calcificazioni endocraniche.

Quale è il follow up nel neonato da madre con infezione da Toxoplasma?

Il follow up neonatale deve durare fino a un anno di vita e comprende:

- nei primi 3 mesi: diagnosi comparativa con i prelievi precedenti (IgG ELFA, IgM ISAGA, ELISA IgA, IgG-IgM WB)
- fino alla negativizzazione e a un anno di vita: ELFA IgG, IgM ISAGA, IgA
- in tutti i casi dubbi (mancato decremento di IgG, comparsa di bande in WB): Test immunologici
- nei neonati infetti in terapia: sierologia ogni 3-6 mesi, al termine della terapia e poi in corrispondenza delle visite oculistiche

Quale ruolo ha la tecnica di PCR per il DNA di Toxoplasma sul liquido amniotico nella diagnosi di infezione congenita?

LA PCR per il DNA di Toxoplasma sul liquido amniotico rappresenta il test di diagnosi prenatale elettivo, con un'alta specificità (100%), ma una bassa sensibilità (64%) quando confrontata con lo stato sierologico neonatale.

Quale è il follow up prenatale dei casi di infezione materna da Toxoplasma, con PCR su liquido amniotico negativa?

Pur in presenza di un'amniocentesi negativa, è necessario un follow up ecografico mensile per escludere segni di infezione fetale.

Considerazione la storia naturale e le attuali possibilità di diagnosi e trattamento della toxoplasmosi congenita, è corretto continuare a eseguire lo screening nelle donne gravide?

In Europa 22 Paesi non raccomandano lo screening per la toxoplasmosi congenita, per le seguenti ragioni:

- rapporto costo-beneficio non favorevole
- mancanza di un trattamento efficace
- impossibilità di realizzazione o finanziamento del programma di screening
- incidenza di infezione da Toxoplasma troppo bassa.

La Francia, l'Italia, la Germania, la Svizzera e l'Austria, dove l'incidenza di Toxoplasmosi è più alta, perseguono una politica di screening in gravidanza.

Citomegalovirus e gravidanza

Quali sono la prevalenza e i fattori di rischio noti per l'infezione congenita da Citomegalovirus (CMV)?

La prevalenza dell'infezione congenita da CMV è variabile (0.2% - 2.5%).

I fattori di rischio riconosciuti sono:

- razza non caucasica
- basso livello socio-economico
- sieroconversione materna nel 1° trimestre
- infezione materna da HIV
- età materna giovane
- parto prematuro
- terapia intensiva

Quali sono le caratteristiche dell'infezione da CMV nelle pluripare?

- La sieroprevalenza nelle donne pluripare varia dal 35% al 95%: essa è correlata all'area geografica, alla razza, all'età, allo stato sociale e all'attività sessuale
- il rischio di acquisire la prima infezione è più alta rispetto alle nullipare, con incidenze pari all'8%
- la fonte d'infezione è rappresentata dai figli di età < 2 anni
- il tasso di trasmissione da figlio < 2 anni a madre suscettibile è molto elevato (50% in un anno)
- la fonte maggiore d'infezione di CMV è il contatto delle madri con urina e saliva dei loro bambini
- i bambini inseriti negli asili presentano alta prevalenza di infezione da CMV asintomatica: la secrezione di CMV in questi bambini è presente in circa il 70-80% e può verificarsi per lunghi periodi (mediamente 18 mesi).

Esiste un rischio occupazionale per l'infezione da CMV?

Le donne che si occupano di bambini di età < 3 anni in comunità chiuse sono a maggior rischio di acquisire l'infezione da CMV; il rischio stimato è da 5 a 25 volte più alto di altre donne.

E' dimostrato che il tasso di infezione da CMV è aumentato nei famigliari dei bambini inseriti in comunità chiuse ed è associato alla prolungata escrezione del virus.

Il tasso di infezione primaria è inoltre maggiore nelle lavoratrici degli asili nido rispetto alla popolazione generale (20% di sieroconversioni/anno).

Quali sono le norme comportamentali per la prevenzione primaria dell'infezione da CMV?

- eseguire il lavaggio frequente delle mani (soprattutto dopo esposizione ai liquidi biologici dei bambini, quali saliva e urine, dopo manipolazione dei giochi, di oggetti o di indumenti sporchi;
- evitare i contatti intimi con bambini (ad esempio baciarsi sulla bocca, dormire insieme, usare gli stessi asciugamani e le stesse stoviglie);
- indossare guanti monouso per le manovre a rischio;
- praticare sesso sicuro.

Quali sono le attuali strategie di prevenzione dell'infezione congenita da CMV?

Al momento attuale, non esiste una prevenzione primaria (vaccino) per l'infezione da CMV.

La sicurezza e l'efficacia dei farmaci antivirali nella prevenzione della trasmissione verticale non sono dimostrate.

La prevenzione secondaria (Ig anti-CMV) si è rivelata deludente, e anche la prevenzione basata su norme comportamentali è di scarsa efficacia.

Per quali motivi vi è un pessimismo sull'efficacia della prevenzione primaria per l'infezione da CMV tramite il vaccino?

- nuove infezioni con sierotipi diversi sono possibili dopo l'infezione primaria;
- il CMV possiede molte proteine immunogeniche che possono interferire con la risposta immune dell'ospite;
- il vaccino è immunogeno per la sola glicoproteina B dell'envelope;
- non esiste evidenza attuale che la risposta anticorpale vaccinale mantenga livelli anticorpali protettivi e di quale sia eventualmente la durata nel tempo di tale protezione;
- nonostante la risposta vaccinale, si sono verificate infezioni primarie nelle donne e infezioni congenite;
- sono necessari altri studi con casistiche più ampie per trarre conclusioni sull'efficacia del vaccino, e per stabilire la popolazione da vaccinare e il timing della vaccinazione.

Quali sono i vantaggi dello screening universale per CMV?

Lo screening identifica le donne sieronegative: consente quindi di adottare misure igieniche appropriate a evitare l'infezione e di modificare il comportamento con i bambini che rappresentano la fonte di contagio.

Lo screening identifica le sieroconversioni: consente quindi l'attivazione della diagnostica prenatale e l'adozione di appropriati interventi a breve e lungo termine sul neonato.

Quale è l'atteggiamento delle donne in gravidanza verso l'infezione da CMV?

Solo il 22% delle donne è informato sul problema del CMV, mentre il 98% conosce la sindrome di Down o l'infezione da HIV.

Generalmente solo il 10% delle donne conosce il proprio sierostato per CMV prima della gravidanza.

Le donne gravide, dopo adeguato counseling, accettano di sottoporsi alla screening per CMV nel 98-99% dei casi.

Se viene documentata sieroconversione o infezione primaria durante la gravidanza, la quasi totalità delle donne accetta l'iter diagnostico prenatale.

Quale è il ruolo dell'ecografia nella diagnosi e nel monitoraggio dell'infezione da CMV?

Un feto con infezione da CMV e reperti ecografici anomali ha un'elevata probabilità di malattia post-natale.

Quando non è noto lo stato infettivo dei feti esposti all'infezione materna da CMV l'ecografia predice l'infezione congenita solo in un terzo dei casi.

L'assenza di anomalie consente di rassicurare le pazienti con infezione primaria, anche se è necessario sottolineare che un'esito anormale si verifica circa nella metà dei casi.

Un monitoraggio ecografico esperto, integrato dalla RNM nel terzo trimestre, è indicato per l'adeguato counselling alla paziente.

Quali sono le attuali prospettive di trattamento pre- e post-natale dell'infezione da CMV?

Allo stato attuale non esiste una terapia in utero per l'infezione da CMV e la terapia postnatale è povera di trials clinici.

Esiste un unico trial clinico che dimostra l'efficacia di Ganciclovir nel prevenire il deterioramento dell'udito in neonati con infezione congenita sintomatica e segni a carico del sistema nervoso centrale.

Esistono evidenze che una terapia prolungata e che il trattamento dei feti asintomatici migliorino l'outcome audiologico. Tali terapie non sono giustificate se non all'interno di un trial clinico.

Elevate cariche virali su neonati asintomatici allo stato attuale non costituiscono indicazione per terapia antivirale se non nel contesto di un trial clinico.

HIV e gravidanza

Quale è il ruolo del test rapido per HIV in gravidanza?

Tutti gli ospedali dovrebbero offrire un test rapido per HIV alle donne gravide che giungano al travaglio di parto senza uno stato sierologico noto, per non aver ricevuto durante la gravidanza le cure prenatali o un counseling, relativo all'infezione da HIV.

Tali donne rappresentano infatti una popolazione ad alto rischio di trasmissione perinatale dell'infezione, e ampi trials hanno dimostrato l'accettabilità, la fattibilità e l'accuratezza dello screening con test rapido.

Quale è la modalità di parto indicata nella gravida HIV-positiva, al fine di ridurre il rischio di trasmissione materno-fetale?

In generale, nei paesi sviluppati i benefici del taglio cesareo elettivo superano i rischi di morbidità in donne HIV-positivo con carica virale > 1000 copie/mL.

Nelle donne con bassa percentuale di rischio di trasmissione dell'infezione, il rapporto rischio/beneficio deve essere attentamente valutato caso per caso.

Nelle donne con carica virale plasmatica < 1000 copie/mL e trattate con terapia antiretrovirale altamente efficace, è incerto il beneficio addizionale del taglio cesareo elettivo. Sebbene il rischio di trasmissione verticale di HIV durante il parto vaginale in donne con carica virale plasmatica < 1000 copie/mL sia probabilmente molto basso, vi sono insufficienti dati relativi alla miglior conduzione del parto, e la decisione riguardo alla modalità di parto dovrebbe essere presa sulla base di fattori individuali.

Quale ruolo hanno le procedure di fecondazione assistita per la coppia HIV discordante?

Le coppie HIV discordanti possono rivolgersi ai centri di fecondazione assistita per ridurre il rischio di trasmissione orizzontale e per il trattamento di condizioni di sterilità concomitanti.

Le metodiche di trattamento del seme maschile sono efficaci per l'ottenimento della gravidanza.

Non sono documentati casi di sieroconversione in coppie sottoposte a trattamenti di procreazione medicalmente assistita, che devono essere eseguiti in centri di riferimento.

Quali sono le peculiarità che un centro di procreazione medicalmente assistita deve avere per il trattamento delle coppie HIV discordanti?

Un laboratorio di fecondazione in vitro è una struttura complessa, in cui tutto è pianificato per promuovere un'adeguata sopravvivenza cellulare e la coltura è per definizione una condizione ideale per la proliferazione di virus e batteri.

Il rischio di cross-contaminazione di campioni non infetti provenienti da pazienti negativi e il rischio di infezione degli operatori sono aumentati quando gameti ed embrioni provenienti da pazienti HIV positivi sono manipolati nello stesso laboratorio.

È pertanto indispensabile che un laboratorio gestisca i campioni dei pazienti HIV positivi in spazi e tempi separati, con personale adeguatamente addestrato.

Fonte: Corso SIGO 'Le infezioni materno-fetali', Mantova 25 - 26 Settembre 2009.

Direttore: prof. Fabrizio Taddei, Direttore della Ginecologia e Ostetricia dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova

[INDICE](#)

News dalla professione

DENUNCE IN AUMENTO DEL 12%, DONNE POCO INFORMATE SU POTERE ECOGRAFIA

Il trend delle denunce ai ginecologi è in aumento in Italia del 12% negli ultimi anni. Il dato giunge dalla Società Italiana di Diagnosi Prenatale e Medicina Materno Fetale (SIDiP) ed è emerso in occasione del convegno 'Lo studio morfologico del feto' dove è stato messo in rilievo che un bimbo su 10 nasce con malformazioni, gravi nel 30% dei casi, che solo in 6 casi su 10 sono visibili dal ginecologo al momento dell'ecografia morfologica di routine alla 23/a settimana. Da questo punto di vista, però, è stato rilevato che "le denunce di genitori per il problema delle malformazioni alla nascita, difficilmente quantificabili, si traducono in un nulla di fatto nel 90% dei casi" e che le donne dovrebbero essere più informate del fatto che l'ecografia non in tutti i casi riesce a vedere le malformazioni.

[INDICE](#)

A MILANO IN AUMENTO MST NEI GIOVANI

A Milano sono aumentati del 25% negli ultimi 3 anni i giovani con malattie a trasmissione sessuale che si sono rivolti al Policlinico. Vediamo praticamente un nuovo caso di sifilide ogni giorno - spiega il responsabile del Centro - e i casi di condilomi sono raddoppiati dal 2006. In lieve aumento anche i casi di Hiv, 10% in più del previsto sul 2008 e 25% sul 2006. Solo nel 2009 gli accessi di giovani tra 15 e 25 anni sono stati poco più di 1.000 su un totale di oltre 13.000.

[INDICE](#)

SOSTEGNO ALLA GINECOLOGIA DELL'OSPEDALE SAN PAOLO DI MILANO

La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, la Associazione degli Ostetrici e Ginecologi Italiani Lombardia e la Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia esprimono il loro appoggio alla Direzione Generale dell'Ospedale San Paolo di Milano e al Primario, a cui da pochi giorni è stata affidata la direzione ad interim della dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia, a fronte di eventi ostetrici avversi, dolorosi, ma purtroppo legati a gravi patologie che afferiscono proprio nei centri che trattano le gravidanze ad alto rischio.

Le Società Scientifiche e i loro rappresentanti - prof. Giorgio Vittori, Presidente SIGO, dr. Claudio Crescini, Segretario Regionale AOGOI e prof. Enrico Ferrazzi, Vicepresidente SLOG- auspicano che questi eventi, comunque ulteriormente al vaglio delle autorità mediche e della magistratura, non vengano strumentalmente utilizzati per ritardare o condizionare una serena riorganizzazione della Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia che ha purtroppo vissuto in questi ultimi sette anni continui cambiamenti di direzione.

[INDICE](#)

IN ITALIA NASCONO 13 PREMATURI AL GIORNO

Ogni giorno in Italia nascono in media 13 bambini prematuri, circa 5.000 l'anno. Sono in aumento, ma in compenso migliorano le condizioni di salute: oggi ne sopravvive il 90% con peso inferiore ai 1.500 grammi, mentre negli anni '60 non si arrivava al 25%. Per informare e sensibilizzare l'opinione pubblica sulla questione, si è celebrata il 17

novembre la prima Giornata europea del neonato pretermine promossa da Vivere Onlus in collaborazione con la Fondazione Europea Assistenza Neonatale. L'obiettivo è stato informare sulle conseguenze di un parto prematuro e sulle possibilità di vita che ha un neonato pretermine e, soprattutto, ricordare che esistono ancora gravi disparità a livello regionale. L'incremento di parti pretermine, è legato al maggiore ricorso rispetto al passato a tecniche di fecondazione assistita ma anche alla maggiore età della madre. Oggi circa il 7-9% dei neonati nasce prima della trentasestesima settimana e l'1% prima della trentaduesima settimana.

[INDICE](#)

News di politica sanitaria

UNICEF: AFGHANISTAN POSTO PEGGIORE AL MONDO DOVE NASCERE

Otto anni dopo che l'invasione americana ha scalzato i talebani dal potere in Afghanistan, questa nazione, devastata dalla guerra, resta il posto più pericoloso al mondo dove un bambino possa nascere, secondo il rapporto Unicef. Ciò è vero soprattutto per le femmine, dice il fondo Onu per l'infanzia nei suo report annuale, The State of the World's Children.

[INDICE](#)

INFLUENZA A: ISS, VACCINO A 6,4% DONNE IN GRAVIDANZA, 5% MALATI CRONICI E 12% MEDICI

Sono 333.366 gli italiani vaccinati contro l'influenza A fino a giovedì 19 novembre: è stato immunizzato dal virus poco più del 5% (5,2%) delle persone considerate a rischio (malati cronici in primis), mentre sale lentamente la percentuale di medici che scelgono di vaccinarsi: appena il 12%, 103.856 su un target di oltre 867.000, mentre sono 8.888 le donne al secondo e al terzo mese di gravidanza vaccinate, il 6,44%. Dati che risentono, specifica l'Iss, dei diversi tempi di avvio della campagna di vaccinazione nelle varie regioni (dal 15 novembre in tutte le regioni), la differente offerta e la diversa accettazione da parte delle categorie a cui la vaccinazione è raccomandata. Intanto, riferisce il rapporto Iss, il trend degli accessi al pronto soccorso mostra una flessione rispetto alle scorse settimane: è in calo il numero di accesso per sindrome respiratoria acuta (dal 12 al 10%) e le soglie epidemiche di allerta non sono state superate per nessuna delle fasce di età.

[INDICE](#)

SINDACATI DIRIGENZA MEDICA: MOBILITAZIONE DI PROTESTA PER SALVARE SSN

"Le organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e amministrativa hanno più volte posto all'attenzione del Governo, del Parlamento e delle Regioni alcune questioni centrali per il Servizio Sanitario Nazionale e per la sua dirigenza senza ricevere risposte concrete. Gli impegni assunti dal Ministro Sacconi in accordo con il Ministro Brunetta, che avrebbero dovuto essere condivisi con le Regioni, non hanno determinato finora alcun risultato". E' quanto si legge in una nota diffusa da ANAAO Assomed, l'associazione dei medici dirigenti. Sono 10 i punti su cui le sigle sindacali chiedono di intervenire: "patto per la salute; piani di rientro delle Regioni; federalismo fiscale; legge delega per la riforma della Pubblica Amministrazione e decreti delegati;"rottamazione" della dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale; governo clinico e proroga attività libero professione intramuraria; rischio clinico; precariato della dirigenza del SSN; rinnovi contrattuali; rivalutazione economica della indennità di esclusività". Le organizzazioni sindacali, "che a fronte degli impegni assunti avevano sospeso responsabilmente l'avvio della vertenza salute, in assenza di soluzioni (alcune delle quali proponibili nell'ambito della Finanziaria), ritengono pertanto di dover avviare la prevista mobilitazione, ricorrendo ad ogni forma di protesta consentita".

[INDICE](#)

RICERCA: GARACI (ISS), IN ITALIA ECCELLENZA MA POCA APPLICAZIONE

L'Italia vanta una competenza d'eccellenza nella ricerca, "soprattutto in quella di base", ma i problemi arrivano dopo, "nel trasferimento della conoscenza al letto del paziente". Lo ha dichiarato Enrico Garaci, presidente dell'Istituto superiore di sanita', ricordando che "nella produzione della conoscenza il nostro paese si colloca dal 5' al 7' posto nel mondo, nonostante la scarsita' di fondi". Garaci ha parlato a margine del Convegno 'Metwork Pharmacology: nuovi indirizzi nello sviluppo dei farmaci', promosso presso l'Iss, commentando il ruolo che potrà ricoprire l'Italia nel nuovo approccio allo sviluppo dei farmaci, "che punta al superamento dell'individuazione della determinante molecolare come responsabile dell'alterazione - ha spiegato il presidente dell'Iss - mirando invece a un concetto di 'rete', di equilibrio tra le diverse componenti".

[INDICE](#)

SIGO informa

Partnership SIGO-DONNE SUL WEB

Donne Sul Web (www.donnesulweb.it) è un portale supportato dalle tecnologie del Web 2.0, dedicato al mondo della donna a 360°, ovvero al lavoro quotidiano, gli interessi, gli affetti e le passioni. Un prodotto che, in altri termini, mira a mettere in luce quanto c'è di buono e fecondo nella vita quotidiana dell'intero universo femminile: è questa la vera grande novità dell'iniziativa. Proprio per mantenere fede al suo spirito fondativo, Donne sul Web è realizzata da una redazione qualificata, guidata e coordinata da una donna, integrando i migliori contributi degli utenti e la collaborazione di importanti partner quali: Gianfranco Caprioli (consulente per l'internazionalizzazione – Ministero dello Sviluppo economico), SIGO, Moige (Movimento italiano genitori), Aivpa (Associazione italiana veterinari piccoli animali), prof. Sandro Ungari (medico pediatra), studio legale Carlini, studio Reina (internazionalizzazione di impresa), Maurizio Quarta (Temporary management), Codacons, Cooperativa Archeologia e molti altri. 16 le macroaree: Attualità - Affetti – Beauty – Casa – Cucina – Cultura - Economia – Istruzione – Lavoro – Mamme – Moda – Salute - Sposi – Freetime – Tecnologia – Teenager.

La consulenza della SIGO è finalizzata a tutte le problematiche inerenti la salute della donna con lo sportello dedicato "**Gli esperti del SIGO rispondono**". Nello sportello dedicato, l'introduzione è a cura del Presidente Giorgio Vittori per favorire il miglior risalto all'iniziativa. La redazione di Donne sul Web darà ampio risalto a tutte le attività inerenti la SIGO, comunicandole in home page. Di concerto con la SIGO, verranno inoltre elaborati degli speciali dedicati a temi di particolare interesse.

CIBO E SESSO: DALLA SIGO LE RICETTE "AMICHE" DI DESIDERIO E FERTILITA'

Per favorire un'alimentazione più consapevole, più salutista e più "amica" della femminilità/sexualità, la SIGO ha realizzato il volumetto "Cibo e sesso - 30 ricette in pillole per gustare i piaceri della vita e restare in forma". La prima guida con il bollino della Società scientifica, con piatti semplici, alla portata anche delle cuoche alle prime armi, con la spiegazione delle virtù dei singoli alimenti e delle loro proprietà nutrizionali. Se cresce fra le giovani donne l'attenzione verso la cucina afrodisiaca, poche donne sanno invece che esistono alimenti in grado di "ammazzare" il desiderio o che una dieta sbagliata può compromettere nel tempo la fertilità. La necessità di una maggior consapevolezza è dimostrata inoltre dai risultati di un sondaggio condotto dalla SIGO nel sito www.sceglitu.it nell'ottobre 2009 da cui emerge come le italiane mantengano un rapporto conflittuale con il cibo, con una profonda ignoranza di quali siano gli alimenti capaci di favorire la sessualità, la salute riproduttiva, l'aspetto estetico ed il benessere complessivo.

Il libro può essere richiesto alla segreteria SIGO, a intermedia@intermedianews.it o nel sito www.sceglitu.it
Per scaricare il volume: <http://www.medinews.it/art,1018>

WOMEN DELIVER 2010: BORSE DI STUDIO PER I GINECOLOGI SIGO

Si segnala a tutti i soci l'opportunità di ottenere borse di studio per partecipare alla prestigiosa Conferenza internazionale "Women 2010", alla sua seconda edizione, che si svolgerà a Washington DC dal 7 al 9 giugno. <http://www.womendeliver.org/conference2010/index.htm>

Una preziosa occasione di aggiornamento che la stessa FIGO ritiene strategica e raccomanda alle Società scientifiche nazionali di valorizzare, come si può leggere nell'invito di Bryan Thomas, direttore amministrativo FIGO.

Dear colleague,

FIGO has been advised of the availability of a limited number of scholarships for selected participants to attend "Women Deliver 2010", a global conference to be held in Washington DC on June 7-9 2010, which will focus on the theme: "Delivering solutions for girls and women" cess to reproductive health. Women Deliver is committed to making Women Deliver 2010 accessible to individuals from all over the world, and will offer full conference scholarships to selected candidates. Scholarships will cover: conference registration, roundtrip airfare, visa fees, hotel stay, and a stipend for incidentals and meals. Women Deliver must receive completed applications on or before the deadline of December 15, 2009.

Full details and an application form may be obtained by clicking on the following link:

<http://www.womendeliver.org/conference2010/scholarship.htm>

Please pass this information on to all of your colleagues who may have an interest in participating in this conference.

Kind regards

Bryan Thomas

Administrative Director - FIGO

QUESTIONARIO SULL'INFLUENZA A-H1-N1

La SIGO aderisce ad un'iniziativa di sensibilizzazione per gli operatori sanitari sull'epidemia influenzale A-H1-N1. Il questionario adottato, accessibile dall'home page del sito SIGO

(www.sigo.it) rappresenta una versione modificata di un analogo strumento utilizzato dalla Harvard School of Public Health in una recente survey telefonica. Nell'ambito delle attività della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, nuovo ordinamento (Direttore Prof. Antonio Boccia), è stata effettuata una traduzione e un adattamento alla realtà italiana.

Scopo della survey italiana, grazie alla collaborazione dell'Italian Journal of Public Health, è quello di verificare le conoscenze in merito all'attuale epidemia di virus influenzale A-H1-N1 in primo luogo fra i professionisti sanitari e gli studenti universitari, ma anche fra coloro che vorranno rispondere come semplici cittadini.

EDUCAZIONE SESSUALE A SCUOLA: IN DISTRIBUZIONE IL KIT DELLA SIGO

Disponibile su richiesta il kit strutturato per l'educazione sessuale nelle scuole realizzato dalla SIGO per tutti i ginecologi che si recano nelle classi per parlare di questi temi. Comprende un cortometraggio animato firmato dal vignettista Bruno Bozzetto, per smentire i luoghi comuni sulla pillola anticoncezionale, una guida ad hoc per gli insegnanti, un magazine per i ragazzi, poster, schede di valutazione pre e post intervento e un set di slide da modulare e personalizzare.

Per visualizzare i materiali www.sceglitu.it

Per richiedere il kit inviare una mail a intermedia@intermedianews.it

AL VIA MASTER IN EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA

Il Master di II livello in "Epidemiologia e Biostatistica" dell'Università Cattolica di Roma - diretto dal prof. Walter Ricciardi - ha lo scopo di fornire una preparazione professionale che garantisca un pronto inserimento nel mondo del lavoro nell'ambito delle aziende sanitarie pubbliche e private, negli enti pubblici e privati interessati alle attività di ricerca in campo epidemiologico e in tutte le aziende industriali e di servizi operanti nel settore biomedico allargato. Il numero di ammessi è fissato in 25 posti. L'ammissione si realizza tramite il superamento di una prova orale volta ad accertare le motivazioni nel campo dell'epidemiologia, la buona conoscenza della lingua inglese, le conoscenze informatiche e la valutazione del curriculum di studio e scientifico/ professionale.

Per saperne di più [scarica la locandina](#)

CONVENZIONE SIGO-LUISS BUSINESS SCHOOL PER EMPHA

Executive Master in Health and Pharmaceutical Administration (EMPHA), formula week- end, della LUISS Business School. ([leggi](#) articolo)

X REPORT SIGO

per rispondere ai vari quesiti posti da alcuni soci dopo la presentazione del software durante il recente Congresso di Bari, sono state inserite per maggiore chiarezza ulteriori specifiche tecniche e commerciali nel box dedicato alla piattaforma XReport.

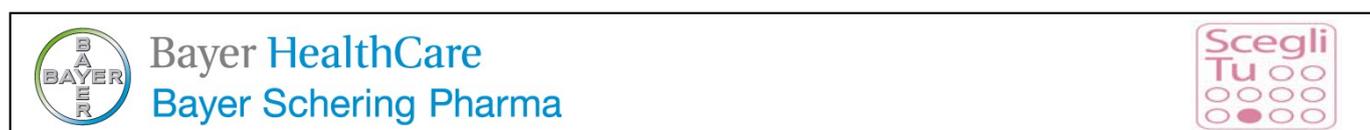
Di seguito i links:

[scheda progetto](#)

[scheda tecnica prodotti](#)

[modulo adesione](#)

[INDICE](#)



CORSI E CONGRESSI 2009

Italia

CORSO PRATICO AVANZATO DI CHIRURGIA ISTEROSCOPICA

Roma, 25 - 27 novembre 2009

(23 crediti formativi Ecm)

MANAGEMENT DELLA GRAVIDANZA AD ALTO RISCHIO

Trieste, IRCCS Burlo Garofolo, 26 - 28 novembre 2009

Segreteria organizzativa: congressi@ekipeventi.it

[Programma](#)

CARCINOMA DELL'OVAIO: AGGIORNAMENTI TERAPEUTICI

Castel d'Aviano (PN), 27 novembre 2009

[Programma](#)

CORSO DI ISTEROSCOPIA OPERATIVA

Empoli (FI), 30 novembre - 3 dicembre 2009

[Programma](#)

**NUOVE COMPETENZE PER LE SPECIALITÀ E PER LE PATOLOGIE EMERGENTI.
AGGIORNAMENTO IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

Avellino, 3 -10 -17 dicembre 2009

[Programma](#)

SCUOLA PERMANENTE DI ENDOSCOPIA GINECOLOGICA: CORSO DI LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA ED INFERTILITÀ

Catanzaro, 1 - 4 dicembre 2009

[Programma](#)

IMPATTO DEL MANAGEMENT OSTETRICO-ANESTESIOLOGICO SU ANALGESIA IN TRAVAGLIO

Forlì, 4 dicembre 2009

[Programma](#)

WORKSHOP "CHIRURGIA VAGINALE DEL PROLASSO GENITALE E DELLA INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE"

Bologna, 4 dicembre 2009

[Programma](#)

LA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI IN GINECOLOGIA ONCOLOGICA NEL WORK-UP OPERATORIO

Caserta, 4 dicembre 2009

[Programma](#)

DONNE, SPORT E MATERNITÀ

Spazzano Terme (CE), 7 dicembre 2009

2009 INTERNATIONAL MEETING ON HEALTH AND ENVIRONMENT: CHALLENGES FOR THE FUTURE

Roma, Iss, 9 - 11 dicembre 2009

[Programma](#)

XII CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DELLA MENOPAUSA (SIM)

Napoli, 10 - 12 dicembre 2009

Segreteria organizzativa: congressi@mkt-consulting.it

LA GINECOLOGIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA: UNA DISCIPLINA AL SERVIZIO DELLA SALUTE DELLA DONNA GIOVANE

Giulianova Lido (TE), 30 gennaio 2010

Segreteria organizzativa: gildadipaolo@libero.it

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN GINECOLOGIA INFANZIA E ADOLESCENZA

Firenze, 15 - 17 febbraio 2010 e 15 - 17 marzo 2010

[Programma](#)

TROMBOSI, ABORTO E AUTOIMMUNITÀ: LA SINDROME DA ANTICORPI ANTIFOSFOLIPIDI

Brescia, 27 febbraio 2010

14TH WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY

Firenze, 4 - 7 marzo 2010

[Programma](#)

ALLATTAMENTO MATERNO E OSPEDALI AMICI DEI BAMBINI: DIECI PASSI INSIEME PER LA QUALITÀ DEL PERCORSO NASCITA

Palermo, 26 - 27 marzo 2010

[Programma](#)

Estero

15TH ANNUAL CONFERENCE ON WOMEN'S HEALTH CARE OF WOMEN OVER 50

Playa del Carmen (Messico) 2 - 5 dicembre 2009

[Programma](#)

THE BRITISH MEDICAL ULTRASOUND SOCIETY (BMUS) 2009 ANNUAL SCIENTIFIC MEETING AND EXHIBITION (EUROSON 2009)

Edinburgh, Scotland (UK) 6 - 8 dicembre 2009

[Programma](#)

32ND SAN ANTONIO BREAST CANCER SYMPOSIUM

San Antonio, TX (USA) 10 - 13 dicembre 2009

[Programma](#)

DIE MEHRLINGSSCHWANGERSCHAFT (MULTIPLE PREGNANCY)

Innsbruck (Austria) 11 - 12 dicembre 2009

Segreteria organizzativa: ingrid.kirchmair@uki.a

ADVANCED COLPOSCOPY: THE COMPLETE LOWER GENITAL TRACT

Naples, FL (USA) 12 - 13 dicembre 2009

[Programma](#)

BRITISH FERTILITY SOCIETY (BFS) ANNUAL MEETING 2010

Bristol, England (UK) 6 - 7 gennaio 2010

Segreteria organizzativa: bfs@bioscientifica.com

7TH EUROPEAN CONGRESS: PERSPECTIVES IN GYNECOLOGIC ONCOLOGY

Barcelona (Spagna) 29 - 30 gennaio 2010

[Programma](#)

21ST EUROPEAN CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY (EBCOG 2010)

Antwerp (Belgio) 5 - 8 maggio 2010

Segreteria organizzativa: EBCOG2010@semico.be

[Programma](#)

11TH CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CONTRACEPTION

L'Aia, (Olanda) 19 - 22 maggio 2010

[Programma](#)

16TH WORLD CONGRESS ON PEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNECOLOGY

Montpellier, 22 - 25 maggio 2010

Segreteria organizzativa: c-sultan@chu-montpellier.fr

[Programma](#)

WOMAN 2010

Washington DC, (USA) 7 - 9 giugno 2010

[Programma](#)

[INDICE](#)

Per i numeri arretrati di SIGOnews consultare il sito web: www.sigo.it

Per sospendere la ricezione di questa newsletter scrivere a: info@sigo.it