



Microbiota vaginale e patologie correlate: il caso del paziente con infezioni vaginali batteriche recidivanti. Casi clinici.

Prof. F. Murina Dr. F. Di Pierro

Lo *Streptococcus agalactie*, se trovato occasionalmente nel paziente asintomatico, va considerato patogeno e quindi si necessita il trattamento della paziente?

A mio avviso, questa domanda pone l'accento sulla necessità d'integrare la clinica al dato di laboratorio. Tutti i quadri, anche di valutazione genomica, sono corredati da una sintomatologia. Noi a volte dimentichiamo come la vagina abbia un suo microambiente che è anche caratterizzato da batteri, che possono creare in determinate condizioni dei problemi, ma che hanno una loro possibilità di commensalismo in assenza di patologia. Un esempio è la candidosi. Noi troviamo *Candida* nelle donne che non hanno problemi e questo non deve portarci al trattamento. Quindi la risposta è di non trattare il dato di laboratorio, ma la donna. Integriamo sintomi, segni e come elemento rafforzante utilizziamo il dato di laboratorio.

Nei microbioti vaginali non è così raro inoltre trovare percentuali di *Streptococcus agalactie* per esempio intorno allo 0.05% fino anche all'1%, che non ha nessun significato clinico. Da questo punto di vista, tali condizioni non vanno trattate, in quanto è molto più elevato il rischio di alterare il resto del microbiota. Può essere invece trattata questa condizione a fronte di qual è l'obiettivo di quell'analisi: se sto gestendo una condizione pro-gravidica, le linee guida dicono certe cose in relazione alla gravidanza e al parto riguardanti lo *Streptococcus agalactie*. Quindi se non ci sono sintomi e lo *S. agalactie* si trova in percentuali tra 0.5% e 1.5%, a meno che non ci troviamo in relazione alla 36esima-37esima settimana di gravidanza, secondo me non va trattato, in quanto il rischio è di devastare tutto il resto, soprattutto se il microbiota è a dominanza lattobacillare. In gravidanza non si tratta l'evidenza dello *Streptococcus agalactie*, ma la presenza di questo in travaglio di parto, in quanto il nostro vero problema è che passi poi al bambino.

Per quanto riguarda la terapia antibiotica, in caso di vaginite che necessita di antibiotico-terapia, c'è un suggerimento per preservare il microbiota vaginale?

La letteratura indica che i lattobacilli in generale sono estremamente sensibili a tutti gli antibiotici, quindi nell'atto di dare un antibiotico, si tende a depauperare molto il cluster lattobacillare, e da questo punto di vista si può fare ben poco. Noi infatti abbiamo selezionato gli antibiotici per la loro capacità di uccidere ad ampio spettro, e se sono in una situazione in cui devo dare l'antibiotico lo devo dare. L'importante è poter ragionare volta per volta per vedere gli effetti che si hanno avuto. Potrebbe essere saggio ragionare in modo che se devo dare l'antibiotico lo somministro, ma poi tramite l'analisi del microbiota valuto che tipo di danno ho arrecato. Ad esempio, in donne che hanno una tendenza a candidosi recidivanti, in caso di antibiotico terapia, non aspettare che arrivi la candidosi, ma co-trattare con un antimicotico topico piuttosto che per via orale, per non creare quel sopravvento di *Candida* che ci crea problemi.

In caso di cistite recidivante, è sempre consigliabile l'integrazione con un lattobacillo, ad esempio con *L. crispatus*?

Le cistiti recidivanti sono complesse e va compresa la fisiopatologia. La cistite e le infezioni recidivanti del basso tratto urinario in donne in età fertile hanno spesso alla base due elementi: la secchezza a livello dell'introito vaginale, in quanto spesso sono donne che assumono contraccettivi a basso dosaggio, e l'ipertono della muscolatura del pavimento pelvico che rende l'uretra vulnerabile. Nella donna in post-menopausa, è fondamentale l'estrogenizzazione ed eventuali correzioni di problematiche a livello del pavimento pelvico. Quindi, è opportuno utilizzare anche lattobacilli e prodotti che proteggano la parete vescicale, ma è fondamentale comprendere perché quella donna ha la cistite recidivante.

Nel cosiddetto “effetto ping pong” tra partner in caso d’infezioni vaginali, l’integrazione con lattobacilli va effettuata solo alla donna o in entrambi i partner?

Vista la scarsità d’informazioni legate a certi effetti negativi collaterali che possono avvenire dopo la terapia con lattobacilli, ossia non avviene niente di negativo in seguito alla somministrazione di questi, potrebbe essere saggio trattare la coppia. Nella realtà non esiste un dato che mostri la possibilità di colonizzare con lattobacilli ad esempio il glande o la parte finale dell’uretra del maschio. Dal punto di vista della microbiologia, penso che esista veramente un microbiota di coppia ed è vero che la recidiva potrebbe essere anche un ritorno di questa condivisione. Il problema però è che se io prescrivo un antibiotico al maschio e vado a verificare cosa succede negli ultimi centimetri dell’uretra, dove albergano normalmente *Gardnerella*, *Prevotella* e *L. iners*, vedrò che non li ho spostati di niente, in quanto il tenore antibiotico che può raggiungere quel distretto, a fronte di popolazioni batteriche con uno scarsissimo rateo proliferativo, è praticamente zero. Il problema quindi, dal punto di vista di cosa posso fare nel maschio della coppia, è limitato dal distretto che dovrei andare a raggiungere.