

Gestione della sepsi in gravidanza e puerperio

Le nuove raccomandazioni di buona pratica clinica assistenziale (RBPCA)



IRENE CETIN

Fondazione Irccs Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico e Università degli Studi di Milano

LA SEPSI, NONOSTANTE I PROGRESSI diagnostico-terapeutici degli ultimi anni, rappresenta ancora oggi una delle principali cause di morbosità e mortalità materna e feto-neonatale. In Italia, secondo l'ultimo report dell'Istituto Superiore di Sanità (2013-2016), la sepsi è risultata la seconda causa di morte materna diretta (entro 42 giorni dall'esito della gravidanza) dopo le emorragie ostetriche. Tenendo conto del report dell'ISS precedente (2006- 2012) in cui la sepsi si fermava al quarto posto come causa di mortalità materna diretta dopo le emorragie ostetriche, i disordini ipertensivi in gravidanza e la tromboembolia, è evidente come, anche in Italia, l'incidenza di questa patologia sia in aumento. La definizione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità descrive la sepsi materna come una condizione pericolosa per la vita, caratterizzata da disfunzione d'organo secondaria a un'infezione insorta durante la gravidanza, il parto o il puerperio. La diagnosi, dunque, richiede sempre la presenza congiunta di infezione certa o sospetta e di almeno un segno di danno d'organo, valutabile attraverso parametri cardiovascolari, respiratori, neurologici, renali, epatici o ematologici. Nella popolazione ostetrica il quadro settico può manifestarsi in modo subdolo, poiché molte alterazioni fisiologiche della gravidanza si sovrappongono ai segni clinici dell'infezione, contribuendo a ritardi diagnostici e terapeutici.

LA PERICOLOSITÀ della sepsi risiede nella rapidità con cui può evolvere verso lo shock settico, caratterizzato da ipotensione persistente, ipoperfusione e aumento dei lattati nonostante una adeguata espansione volêmica. L'andamento spesso fulminante della condizione, unito alla fisiologica riduzione delle riserve materne e all'impatto che l'ipoperfusione esercita sul benessere fetale, contribuisce a un rischio significativo di eventi avversi che dapprima colpiscono la vitalità del feto e poi quella materna. Il riconoscimento precoce e la gestione tempestiva sono gli strumenti più potenti per modificare la prognosi: ritardi diagnostici si associano infatti a un aumento rilevante della mortalità, mentre la correzione rapida dell'instabilità emodinamica migliora sia gli esiti materni sia quelli perinatali.

IN QUESTO CONTESTO si collocano le raccomandazioni generali contenute nelle RBPCA, elaborate per fornire un orientamento clinico omogeneo, attualmente in fase di revisione. Il documento ribadisce innanzitutto l'importanza dell'identificazione precoce mediante l'utilizzo di sistemi di allerta specifici per la popolazione ostetrica, come il MEOWS (Modified Early Obstetric Warning Score), già diffuso nei reparti italiani. Allo stesso modo, viene raccomandata la valutazione del danno d'organo attraverso il punteggio mSOFA (modified Sequential [Sepsis-Related] Organ Failure

Assessment), adattato alla fisiologia della gravidanza e utile per intercettare alterazioni anche lievi ma clinicamente significative. Dal punto di vista diagnostico, l'impiego di test microbiologici rapidi può ridurre il tempo necessario all'avvio di una terapia appropriata e si configura come un supporto nelle situazioni in cui la progressione clinica è particolarmente rapida. La gestione iniziale prevede l'adozione di percorsi strutturati come il bundle denominato "Sepsis Six" ("take three, give three" o "prendi tre", dai tre") che comprende: prelievi, monitoraggio dei lattati, valutazione della diuresi, emocolture ed esami microbiologici e fluidoterapia, antibiotici e ossigenazione. La scelta antimicrobica deve essere empirica e combinata, tenendo conto dei pattern locali di resistenza. Nelle forme più severe, in presenza di shock, la terapia vasopressoria si basa sulla noradrenalina come farmaco di prima linea; qualora la stabilità emodinamica non venga raggiunta, è indicato l'utilizzo di corticosteroidi. Un elemento cruciale è inoltre la tromboprofilassi, poiché la sepsi aumenta significativamente il rischio di eventi tromboembolici in gravidanza e nel puerperio. Inoltre, nelle sepsi di origine uterina, il controllo della fonte attraverso l'espletamento del parto o l'evacuazione del contenuto uterino rappresenta un intervento raccomandato, indipendente dall'epoca gestazionale.

LA GESTIONE DELLA SEPSI in ambito ostetrico richiede un lavoro coordinato. L'uso di protocolli istituzionali multidisciplinari permette di definire ruoli e responsabilità, favorisce l'attivazione tempestiva delle diverse figure professionali e migliora l'applicazione dei sepsis bundle. Le difficoltà di comunicazione e la scarsa integrazione del gruppo vengono spesso evidenziati nei casi con esito negativo. Anche se non vi sono studi specifici sull'efficacia dei protocolli multidisciplinari nella sepsi oste-

“ Nelle forme più severe, in presenza di shock, la terapia vasopressoria si basa sulla noradrenalina come farmaco di prima linea; qualora la stabilità emodinamica non venga raggiunta, è indicato l'utilizzo di corticosteroidi

trica, la letteratura mostra che le prestazioni cliniche migliorano quando il gruppo opera in modo strutturato. Simulazioni ad alta fedeltà hanno evidenziato una correlazione tra comunicazione, coordinamento e qualità delle decisioni cliniche. Le simulazioni cliniche, svolte sia nei reparti sia in ambienti dedicati, permettono di affinare le competenze diagnostiche e

terapeutiche e di migliorare la collaborazione tra professionisti. La riproduzione di scenari realistici aiuta a ridurre gli errori, a rendere più rapida l'esecuzione dei passaggi assistenziali e a preparare il personale alle situazioni di emergenza.

LE RBPCA ATTUALMENTE in sviluppo contribuiranno a delineare un approccio più omogeneo e evidence-based alla sepsi ostetrica, per ridurre il carico clinico di questa importante e potenzialmente mortale complicazione ostetrica.

GUSTAVE COURBET

La filatrice addormentata 1853

