

Opinione degli esperti n. 31

Commissione di garanzia della qualità
Presidente Prof. Dr. med. Daniel Surbek

Rinuncia allo screening della toxoplasmosi in gravidanza – motivazione in breve

Gruppo di lavoro svizzero per la toxoplasmosi congenita*

*K. Boubaker, H. U. Bucher, J. G. Garweg, I. Hoesli, P. Hohlfeld, C. Kind, P. A. Raeber, C. Rudin, B. Vaudaux

Fino a dicembre 2008 in Svizzera veniva eseguito uno screening cosiddetto «selvaggio» per la toxoplasmosi durante la gravidanza. Selvaggio, perché all'epoca non esisteva una raccomandazione ufficiale per uno screening durante la gravidanza o al momento del parto. La maggior parte delle donne incinte veniva quindi sottoposta al test per la toxoplasmosi (e in parte accade ancora oggi), tuttavia non tutte e inoltre in assenza di un metodo comune.

Alcuni dei metodi di laboratorio oggi disponibili per diagnosticare un'infezione recente durante la gravidanza sono in grado di rilevare con un'elevata sensibilità la presenza di anticorpi specifici della toxoplasmosi, ma spesso non hanno purtroppo una specificità ottimale. Questo è il motivo per cui in presenza di anticorpi specifici IgM, rilevati con il test ISAGA, circa il sei per cento dei risultati sono dei falsi positivi. La conseguenza è da un lato che numerose donne in gravidanza non vengono testate o lo sono solo in scarsa misura e, dall'altro, che oggi molte donne sono sottoposte a un trattamento farmacologico per una supposta infezione recente. Il trattamento farmacologico è anche una conseguenza del fatto che il test di avidità oggi ampiamente diffuso, anch'esso non standardizzato, in molti casi rileva la presenza di un'infezione recente per un periodo troppo lungo.

Anche la diagnostica fetale condotta sul liquido amniotico con il test PCR è scarsamente standardizzata e non sono definite né la sensibilità né la specificità. I risultati possono quindi variare a seconda del laboratorio e del momento in cui viene eseguito l'esame. Pertanto, non ci si può affidare ai risultati di laboratorio per decidere se avviare una terapia o soprattutto se interrompere una gravidanza.

Sulla base di un'ampia revisione di tutti i dati della letteratura disponibili a livello internazionale (progetto EUROTOXO), negli ultimi anni si è anche giunti alla conclusione che non vi sono prove scientificamente valide per ritenere che una terapia durante la gravidanza nelle donne affette da toxoplasmosi acuta abbia un effetto benefico sulla trasmissione verticale dell'infezione al bambino o sulla morbilità del bambino che ha contratto l'infezione. Non è altresì misurabile l'effetto terapeutico sulla frequenza della recidiva della toxoplasmosi oculare. Resta comunque valida la raccomandazione di sottoporre a terapia il neonato (o il bambino < 12 mesi) che presenti un'infezione confermata e sintomi.

Attualmente due diverse regioni della Svizzera (Basilea e Losanna) forniscono le stesse informazioni sulla sieroprevalenza della toxoplasmosi nelle donne incinte e sull'incidenza della toxoplasmosi congenita. I risultati sono in linea con i dati raccolti dalla Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) sull'incidenza della toxoplasmosi congenita sintomatica in Svizzera nel periodo dal 1995 al 1998. Questi dati hanno dimostrato che in Svizzera la sieroprevalenza di anticorpi anti-toxoplasma è andata riducendosi costantemente nelle donne in gravidanza da > 50% negli anni '80 del ventesimo secolo a poco più dell'attuale 30%. Oggi, una toxoplasmosi congenita colpisce solo un neonato su 2300 nati vivi e un'infezione sintomatica è presente addirittura solo in un neonato su 14 000 nati vivi. In Svizzera, annualmente, massimo 130 su 73 000 donne in gravidanza sono affette da toxoplasmosi acuta.

Questi dati, considerati alla luce di un'analisi costi-benefici, mettono in forte discussione l'approccio finora adottato. Tuttavia, il fatto che a oggi nessuna delle terapie ritenute efficaci abbia prodotto un effetto benefico scientificamente dimostrabile durante la gravidanza o sul neonato, rende inaccettabile il proseguimento dell'attuale politica. Va inoltre considerato che questi esami generano in molti futuri genitori preoccupazioni e ansie durante la gravidanza e che le indagini intrauterine espongono molti nascituri a un rischio potenziale molto maggiore (rischio di morte intrauterina associato all'amniocentesi: circa l'1%).

La nuova strategia adottata da dicembre 2008

L'unica strategia di prevenzione a cui è stato attribuito un certo potenziale di efficacia nell'ambito del progetto EUROTOXO è stata la prevenzione primaria. Il contatto con i gatti sembra avere una scarsa importanza, mentre il consumo di carne cruda o poco cotta, compreso il pollame, gioca un ruolo fondamentale. Di conseguenza desideriamo trasmettere alle donne incinte in Svizzera messaggi uniformi e aggiornati in materia di prevenzione. A tale scopo le informazioni destinate all'opinione pubblica contenute nei documenti allegati sono state rielaborate.

Si raccomandano le seguenti modifiche:

1. considerato che non esistono evidenze scientifiche che comprovino che eventuali interventi terapeutici sono più benefici che dannosi e considerato che la diagnostica è soggetta a incertezze, se ne deduce che il test di sieroconversione degli anticorpi anti-toxoplasmosi non dovrebbe essere più eseguito senza ragioni cliniche che lo giustificano.
2. Poiché non ci sono dati evidenti a favore dell'utilità di una terapia per la toxoplasmosi, l'attenzione deve essere necessariamente rivolta alla profilassi, in particolare alla raccomandazione di non mangiare carne o pollame crudi o poco cotti. Tutte le informazioni principali per le donne incinte e le donne che desiderano avere un bambino possono essere scaricate come promemoria dal sito <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/toxoplasmose.html> (-> Malattie da A-Z -> Toxoplasmosi)
3. In presenza di un sospetto clinico e/o sonografico di infezione intrauterina durante la gravidanza, la sierologia per la toxoplasmosi continua a essere un esame previsto per il controllo della gravidanza.
4. I programmi di sorveglianza istituiti a Basilea, a Losanna e presso la SPSU proseguiranno per qualche anno, al fine di individuare il più rapidamente possibile un'eventuale influenza di questo cambio di paradigma sull'incidenza e la morbilità della toxoplasmosi congenita.
5. Occorre evitare che la rinuncia allo screening per la toxoplasmosi crei ulteriori incertezze nelle donne incinte. Pertanto, in questa fase di cambio di paradigma, spetta in particolare al medico curante informare la donna incinta sui vantaggi e gli svantaggi dello screening, spiegare le misure di prevenzione primaria e definire insieme a lei la procedura da seguire.

Si deve anche decidere se sia un vantaggio conoscere lo stato sierologico dell'infezione da toxoplasma nella donna incinta. Mentre una sierologia positiva iniziale (attesa in un terzo delle donne incinte) può rendere inutili misure di prevenzione specifiche, una sierologia negativa iniziale può invece motivare maggiormente una donna incinta a rispettare le misure di prevenzione.

Per concludere, siamo dell'avviso che i bambini interessati da una toxoplasmosi congenita sintomatica, grazie al nostro buon sistema sanitario, potranno essere rilevati anche senza uno screening.

Maggiori informazioni sulla strategia sono contenute nel supplemento Swiss Medical Weekly del 13 dicembre 2008: *Toxoplasmosis during pregnancy and infancy: a new approach for Switzerland.*

Letteratura: presso gli autori

Data: 11 marzo 2010