

Topic **Diagnostica: point of care, biologia molecolare ed imaging**Presenting Author **Giorgia Daffunchio, Milano**Title: **Tra risposta prenatale e diagnosi neonatale: le zone grigie della sifilide congenita**

Authors:

G. Daffunchio¹, E. Anchieri¹, C. Coppola¹, G. Rinninella¹, M. S. Valentino¹, F. Castoldi, M. Lanna, V. Giacometti¹

Affiliation:

¹Clinica Pediatrica ad Indirizzo Infettivologico, Ospedale Luigi Sacco, ASST FBF Sacco, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia

Abstract body

Introduzione/Obiettivi: La sifilide congenita (SC) è prevenibile con screening e terapia precoci. I segni ecografici di infezione fetale (idrope, ascite, anemia) alla diagnosi si associano a un aumentato rischio di fallimento terapeutico fetale. Tuttavia, gli algoritmi neonatali si basano prevalentemente sull'esame clinico, sul confronto dei titoli non treponemici materno-neonatali e sull'adeguatezza e tempestività della terapia materna. Descriviamo un caso di SC con reperti neonatali insorti nonostante un trattamento materno formalmente adeguato e la completa risoluzione delle anomalie ecografiche fetali, evidenziando le incertezze sul valore prognostico dei segni prenatali e della PCR per *Treponema pallidum* su liquido amniotico.

Materiali e Metodi: Caso di E., nata a 39+5 sg da madre non sottoposta a screening per lue nel I trimestre. A 30+4 settimane, per riduzione dei movimenti fetali, l'ecografia mostrava ascite moderata, iperecogenicità intestinale, splenomegalia e aumento del picco di velocità in arteria cerebrale media (anemia fetale). Amniotico-centesi documentavano anemia severa (Hb 9,9 g/dL), piastrinopenia ($5 \times 10^9/L$) e PCR positiva per *T. pallidum* su liquido amniotico. La sierologia materna (RPR 1:8, TPHA 1:10.240) confermava un'infezione non databile. La madre riceveva 3 dosi settimanali di Benzilpenicillina 2.4 MU, con successiva completa risoluzione ecografica di ascite e anemia a 32 settimane.

Risultati: Alla nascita la neonata era in buone condizioni generali. Lo screening per SC mostrava: esami ematochimici, ecografia addominale e cerebrale, fundus oculi e AABR nella norma; VDRL su liquor negativa. L'Rx delle ossa lunghe evidenziava invece bande di radiotrasparenza metafisaria bilaterale compatibili con metafisite lueutica (Fig. 1). Il titolo RPR neonatale era 1:2, inferiore a quello materno (1:4); quest'ultimo, pur diminuito dopo il trattamento, non aveva raggiunto un decremento quadruplicato (andamento non dirimente per il breve intervallo di tempo). Per i reperti radiologici, la neonata è stata trattata con Penicillina G ev per 10 giorni.

Conclusioni: La risoluzione dei segni ecografici post-trattamento può indicare una risposta fetale favorevole, ma non esclude manifestazioni di SC alla nascita. Gli attuali algoritmi non incorporano la documentazione ecografica prenatale di malattia come modificatore autonomo del rischio. La PCR su liquido amniotico supporta la diagnosi di infezione fetale, ma non è standardizzata per dimostrare l'eradicazione o guidare il management. Nei casi con segni fetali documentati, anche se risolti, è prudente integrare l'adeguatezza formale del trattamento materno con l'intera storia prenatale e una valutazione neonatale completa. Resta fondamentale lo screening sierologico precoce nel I trimestre.

[Grafici/tabelle in allegato](https://www.infettivologiapediatrica.it/upload/abstractAttach/Attach_ABS_61.jpg) https://www.infettivologiapediatrica.it/upload/abstractAttach/Attach_ABS_61.jpg*L'autore dichiara che il lavoro non è stato precedentemente presentato ad un altro congresso*