



4° CONVEGNO NAZIONALE
LE GIORNATE DI
**INFETTIVOLOGIA
PEDIATRICA**

Chair: Vania Giacomè


MILANO
30/09-01/10/2026

AULA MAGNA
Università degli Studi di Milano


www.infettivologiapediatrica.it

Tra risposta prenatale e diagnosi neonatale: le zone grigie della sifilide congenita

Valore prognostico dei segni ecografici fetali, ruolo della PCR sul liquido amniotico e limiti delle linee guida

Autori: G. Daffunchio, E. Anchieri, C. Coppola, G. Rinninella, M.S. Valentino, F.Castoldi, M. Lanna, V. Giacomè - Unità Operativa Complessa di Pediatria ad Indirizzo Infettivologico, Ospedale Luigi Sacco e Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi, ASST FBF Sacco, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia

G. Daffunchio
Medico in formazione specialistica in Pediatria e Neonatologia

Case report

E.P. nata a 39+5 settimane EG da madre in abs. Screening TORCH negativo nel I trimestre, Lue non testata

A 30+4 settimane EG: riduzione dei movimenti fetali e sanguinamento vaginale → accesso in PS

Ecografia fetale: **ascite moderata, iperecogenicità intestinale, splenomegalia, iperecogenicità endocardica con lieve rigurgito tricuspide, velocità picco arteria cerebrale media aumentata (= anemia).**

Amniocentesi e funicolocentesi:

- Anemia severa (**Hb 9,9 g/dl**)
- Piastrinopenia (**PLT 5000/μL**)
- *altre cause di citopenia e idrope fetale escluse: cariotipo, PCR CMV e Parvovirus B19*



Sierologia materna: **RPR 1:8; TPHA 1:10240**

→ Infezione non databile

3 dosi settimanali di benzilpenicillina 2.4 MU im

Monitoraggio ecografico fetale:

- Normalizzazione velocità ACM → **pochi giorni**
- Scomparsa ascite e rigurgito tricuspide → entro la **32ª settimana**
- Completa risoluzione idrope fetale → entro la **36ª settimana**

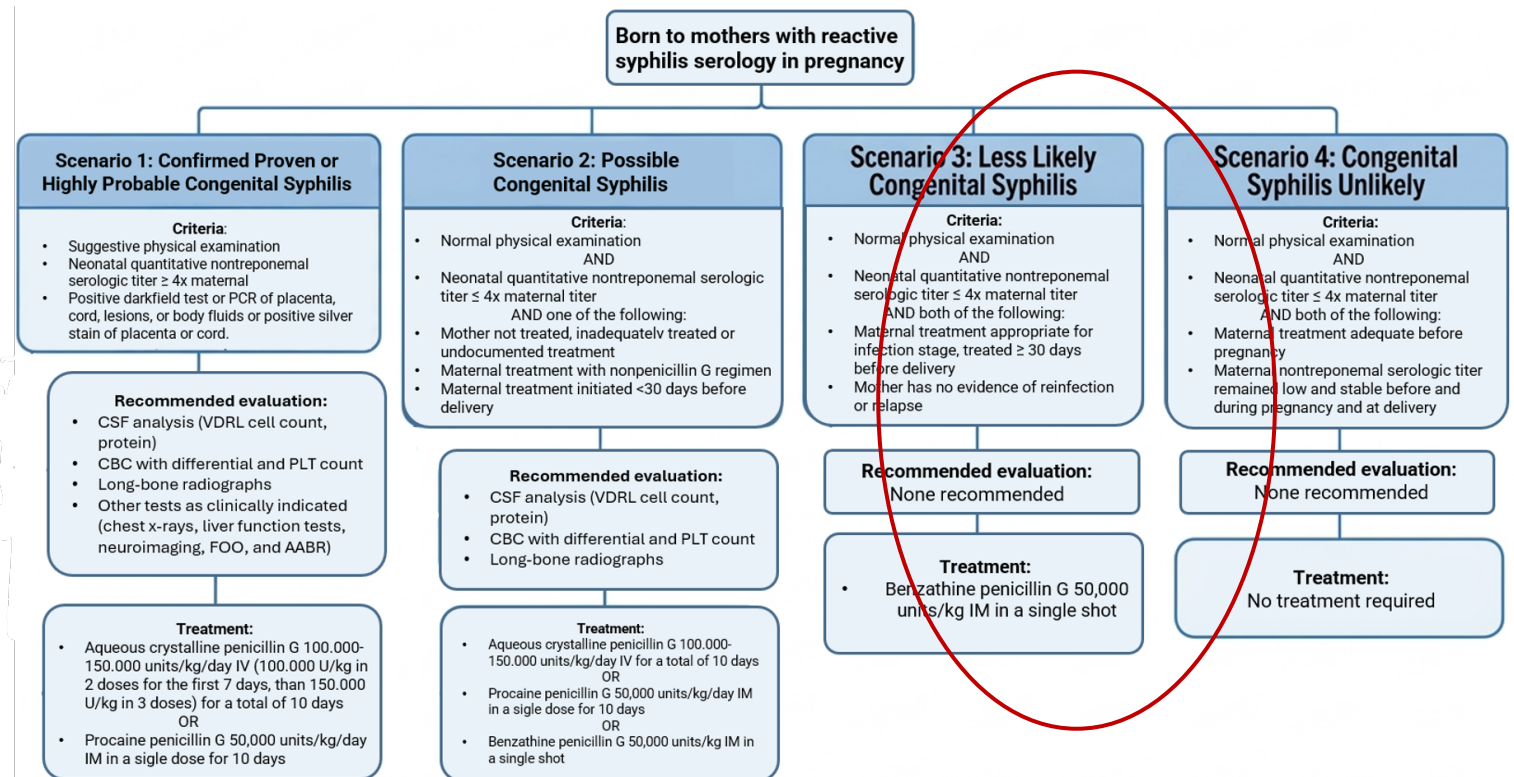
Case report

Neonata in buone condizioni generali, esame obiettivo neonatale regolare



- **RPR materno: 1:4** → non <4x titolo iniziale (1:8), *ma breve intervallo temporale dal trattamento*
→ *non indicativo di fallimento terapeutico*
- **RPR neonata: 1:2** → < titolo materno (*ma non di almeno 4 volte, come invece raccomandano le linee guida*)

Linee guida CDC 2021 (Centers for Disease Control and Prevention)

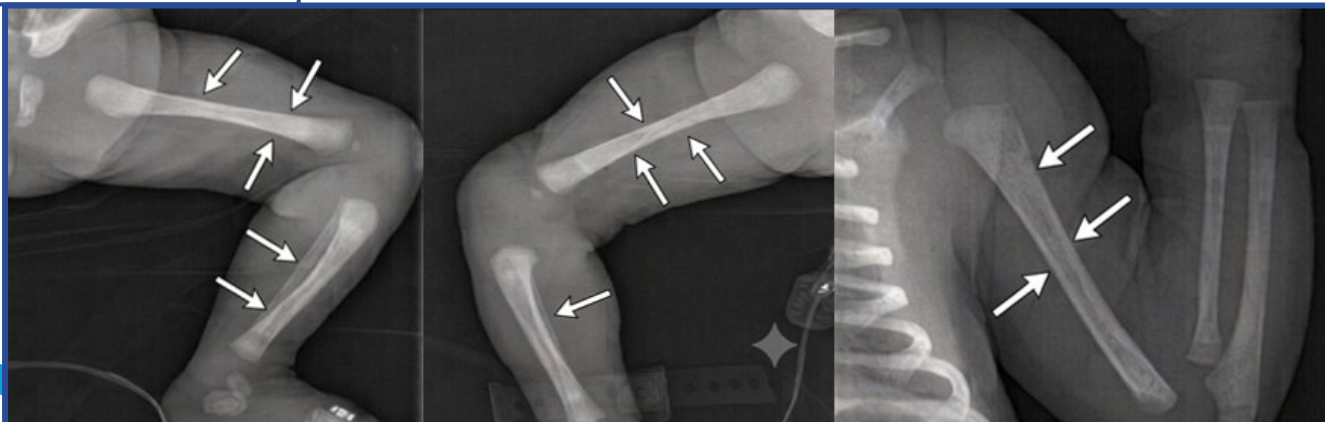


Il paradosso: dai reperti rassicuranti alla diagnosi di Sifilide Congenita

Anamnesi + Reperti ecografici prenatali + PCR positiva per *T. pallidum* su liquido amniotico (test non validato)

- **Analisi liquor (VDRL, conta cellulare, proteine):** negativo
- **Emocromo con formula leucocitaria:** nella norma
- **Ecografia cerebrale e addominale:** nella norma
- **V. oculistica con FOO:** nella norma
- **AABR:** nella norma

• **Rx ossa lunghe:**



Bande di radiotrasparenza metafisaria bilaterale → metafisite da sifilide

Scenario 1: Confirmed Proven or Highly Probable Congenital Syphilis

Criteria:

- Suggestive physical examination
- Neonatal quantitative nontreponemal serologic titer $\geq 4x$ maternal
- Positive darkfield test or PCR of placenta, cord, lesions, or body fluids or positive silver stain of placenta or cord.

Recommended evaluation:

- CSF analysis (VDRL cell count, protein)
- CBC with differential and PLT count
- Long-bone radiographs
- Other tests as clinically indicated (chest x-rays, liver function tests, neuroimaging, FOO, and AABR)

Treatment:

- Aqueous crystalline penicillin G 100.000-150.000 units/kg/day IV (100.000 U/kg in 2 doses for the first 7 days, than 150.000 U/kg in 3 doses) for a total of 10 days
OR
- Procaine penicillin G 50,000 units/kg/day IM in a single dose for 10 days

Penicillina G sodica EV x 10 giorni
(100.000 – 150.000 U/kg/die)

Le «zone grigie»: limiti dei criteri attuali di valutazione neonatale



- **Significato dei reperti ecografici fetali:**

- La presenza di **anomalie ecografiche** può documentare il **coinvolgimento fetale** e identificare gravidanze a **maggior rischio**.
- Il significato prognostico della **risoluzione** dei **segni ecografici** dopo trattamento materno *adeguato* rispetto all'outcome neonatale rimane poco definito.

- **Algoritmi neonatali attuali:**

- Gli algoritmi attuali CDC integrano **1) storia di trattamento materno, 2) EO neonatale 3) confronto titoli non treponemici materno-neonatale**.
- Il **coinvolgimento fetale** documentato in **epoca prenatale** e la sua **evoluzione dopo trattamento materno NON** sono esplicitamente **incorporati** nella stratificazione del **rischio di SC**.

- **Ruolo della PCR per *T. pallidum* su liquido amniotico:**

- Metodo non ancora standardizzato per la stratificazione del rischio neonatale di SC.
- Può fornire **evidenza diretta** di infezione fetale.

Take-Home messages

1

La documentazione di coinvolgimento fetale prenatale, anche quando i segni ecografici si risolvono dopo trattamento materno, potrebbe **fornire informazioni aggiuntive** nella **stratificazione del rischio neonatale**, al di là dei parametri clinici, sierologici e anamnestico-farmacologici già in uso.

2

Un **trattamento materno tempestivo e appropriato** rimane comunque fondamentale per **ridurre il rischio** di esiti fetali e neonatali avversi legati alla SC.

3

Lo **screening sierologico nel I trimestre** di gravidanza è **mandatorio** per individuare precocemente le donne affette, trattare tempestivamente la coppia madre-feto e prevenire complicanze severe della SC.

The background of the slide is an abstract composition. It features numerous wavy, ribbon-like structures in shades of purple and magenta, which appear to be floating or flowing across the frame. Interspersed among these wavy lines are many small, circular dots in various shades of blue and cyan. The overall effect is a dynamic and textured visual field.

Grazie per l'attenzione!