

## **INFEZIONI IN CHIRURGIA ENDOSCOPICA GINECOLOGICA**

**P. Litta, C. Saccardi**

**Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana  
Università di Padova**

Gli organismi responsabili delle infezioni ostetrico-ginecologiche appartengono a due categorie: gli organismi trasmissibili sessualmente e la flora endogena vaginale.

Dal momento che le infezioni preesistenti possono essere veicolo di contaminazione, sussiste responsabilità, qualora venga sottoposto ad intervento un paziente portatore di una patologia infiammatoria di altra sede e trasmissibile per via ematica, per non aver riscontrato o aver sottovalutato una possibile complicanza in sede di intervento.

Le infezioni rappresentano la più comune complicanza nella chirurgia ginecologica ed ostetrica.

Le procedure ostetrico-ginecologiche ad alto rischio di infezioni post operatorie includono l'isterectomia vaginale e quella addominale, l'isterectomia radicale, il taglio cesareo, così come le cosiddette procedure minori e ambulatoriali quali l'interruzione di gravidanza, l'inserimento di un dispositivo intrauterino, l'isterosalpingografia e l'isteroscopia.

In caso di isterectomia la procedura vaginale determina un più alto rischio di infezione post operatoria (infezione della cupola vaginale, cellulite pelvica, ascesso pelvico o infezione della ferita) rispetto alla tecnica addominale (14-57% contro 15-24% rispettivamente); le complicanze infettive associate all'isterectomia radicale sono maggiori (17-87%)<sup>1,2</sup>.

Mentre le pazienti ad alto rischio ovviamente hanno benefici da un trattamento profilattico, il valore della somministrazione di una terapia antibiotica profilattica in donne a basso rischio di infezione rimane un argomento ancora dibattuto. In favore della profilassi anche in pazienti a basso rischio vi è la riduzione delle endometriti, delle infezioni della ferita chirurgica e della durata media del ricovero, tuttavia la profilassi antibiotica può essere associata a serie reazioni allergiche, alterazioni della normale flora intestinale ed allo sviluppo di resistenze.

I fattori di rischio per le infezioni post operatorie sono rappresentati dall'età, obesità, diabete, durata e complessità dell'intervento, perdite ematiche intraoperatorie ed infezioni preesistenti vaginali o cervicali.

L'approccio chirurgico a "cielo coperto" non modifica l'atteggiamento terapeutico riguardo la profilassi antibiotica. La non necessità della profilassi antibiotica è stata valutata solo in un piccolo numero di pazienti con allergia agli antibiotici<sup>3</sup>. Mentre molti Autori confermano la validità della profilassi antibiotica short-term in pazienti da sottoporre ad interventi chirurgici in laparoscopia per patologie ginecologiche benigne,<sup>4</sup> molti studi riguardo la colecistectomia laparoscopica in pazienti a basso rischio ritengono ingiustificata la profilassi antibiotica. Con una buona asepsi e una corretta tecnica chirurgica l'intervento in laparoscopia per patologie benigne in ambito ginecologico non rappresenta un'indicazione assoluta alla profilassi antibiotica.

In un nostro studio prospettico randomizzato in cui sono state valutate 300 pazienti sottoposte ad interventi in laparoscopia per condizioni benigne (cisti ovariche, miomectomia, isterectomia sopracervicale), 150 pazienti sono state sottoposte a profilassi antibiotica con cefazolina (2 gr e.v.) 30 minuti prima dell'intervento mentre in 150 non è stata eseguita alcuna profilassi antibiotica: non c'è stata differenza tra i due gruppi, 2 (1.3%) pazienti nel primo gruppo e 3 (2%) nel secondo hanno sviluppato febbre post operatoria, dimostrando che l'incidenza di infezioni post operatorie dopo interventi in chirurgia laparoscopica senza profilassi antibiotica è molto bassa e comunque sovrapponibile a quella ottenuta con la profilassi antibiotica.

L'isteroscopia è una metodica diagnostica sicura ed affidabile però, come tutte le manovre endouterine, può essere causa di endometriti ed annessiti (PID) determinate da microrganismi presenti nella vagina e/o nella cervice. La porzione distale dell'isteroscopio attraversando la cervice viene contaminata e i germi trasportati all'interno della cavità uterina possono causare una PID.

L'endometrite e la malattia infiammatoria pelvica sono complicanze da ascrivere ad errori nell'asepsi della vagina e nella sterilizzazione del materiale utilizzato nell'esame.

Varie casistiche dimostrano una bassa incidenza di infezioni pelviche (PID) successive ad isteroscopia. Hamou riporta un'incidenza di endometrite dell'1/1000. Bracco dopo isteroscopia diagnostica usando come mezzo di distensione della cavità uterina la CO<sub>2</sub>, denuncia un'incidenza di PID dello 0.79%, in forma lieve, confermando che l'isteroscopia è un'indagine a basso rischio di complicanze infettive.<sup>5</sup> Tale affermazione è particolarmente interessante se si considera che tra le 253 donne studiate da Bracco ben 35 presentavano uno o più germi nella cervice uterina e solo 2 (5%) di queste 35 hanno poi sviluppato una PID, in tutti i casi la *Chlamydia trachomatis* da sola o in associazione all'*Escherichia coli* è stato l'agente infettivo che l'isteroscopio ha trasportato con il muco del canale cervicale all'interno della cavità uterina e nel tratto genitale superiore; al contrario tra le 213 pazienti con ricerca cervicale negativa non si è sviluppato nessun caso di PID<sup>5</sup>.

Non esistono dati circa il rischio infettivo dopo isteroscopia diagnostica in vaginoscopia con soluzione salina quale mezzo di distensione. Cicinelli pur non considerando la presenza di infezioni vaginali controindicazione all'esecuzione dell'isteroscopia, consiglia la profilassi antibiotica a singola dose di perfloxacin preoperatoriamente, e in più di 10.000 isteroscopie diagnostiche non ha osservato alcun caso di infezione dopo isteroscopia.<sup>6</sup>

Il rischio di infezione dopo isteroscopia operativa è molto basso, e si attesta a circa il 1.42% considerando congiuntamente il rischio di endometrite (0.85%) e di infezioni urinarie (0.57%) qualora non si effettui profilassi antibiotica.<sup>7</sup> L'isteroscopia viene eseguita routinariamente nel nostro centro senza eseguire un tampone vaginale prima dell'intervento e senza profilassi antibiotica, salvo i casi di infezione vaginale macroscopicamente visibile in cui si esegue una breve terapia antibiotica profilattica, con un rischio di infezione che si attesta a circa lo 0.5/1000. Anche se non sono stati dimostrati chiaramente i benefici dell'uso sistematico della profilassi antibiotica, questa potrebbe essere utilizzata in pazienti con storia di infezione pelvica.

Altra procedura ambulatoriale a rischio di infezione è l'inserimento di un dispositivo contraccettivo intrauterino, infatti la complicanza più importante e frequente della contraccettione intrauterina (IUD) è la comparsa di una malattia infiammatoria pelvica. Il rischio di infezione è dovuto ad una contaminazione della cavità endometriale al momento dell'inserzione; le infezioni che si manifestano 3 o 4 mesi dopo l'inserzione si ritiene siano dovute a malattie sessualmente trasmesse e non siano una diretta conseguenza dell'inserzione dello IUD. Le infezioni precoci collegate all'inserzione dello IUD sono per lo più polimicrobiche derivate dalla flora cervico-vaginale endogena con prevalenza degli anaerobi. Il rischio di PID è aumentato in donne con infezione da *Chlamidia* o *Gonorea* all'atto dell'inserimento dello IUD rispetto ad un gruppo di controllo. Il rischio assoluto è in generale basso, essendo dello 0-5% per le donne con infezione e dello 0-2% in quelle senza<sup>8</sup>, per cui anche l'inserimento di un IUD può essere eseguito senza profilassi antibiotica, salvo i casi di infezione cervicale sessualmente trasmessa.

## BIBLIOGRAFIA

1. *New perspectives in antibiotic prophylaxis for obstetrics and gynaecologic surgery* (Guaschino S, De Santo D, De Seta F) *J Hosp Infect* 2002 Jan; 50 Suppl A: S13-6
2. *Antimicrobial prophylaxis in obstetrics and gynaecological surgery* (Giuliani B, Periti E, Mecacci F) *J Chemother* 1999 Dec; 11(6): 577-806
3. *Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Workgroup. Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project* (Bratzler DW, Houck PM) *Clin Infect Dis* 2004;38:1706-15
4. *Is single-dose antibiotic prophylaxis sufficient for any surgical procedure?* (Esposito S) *J Chemoter* 1999; 11:556-64
5. *Complicanze infettive dopo isteroscopia diagnostica* (Bracco PL, Vassallo AM, Armentano G) *Minerva Ginecol* 1996;48:293-8
6. *Reliability, feasibility, and safety of minihysteroscopy with a vaginoscopia approach: experience with 6000 cases* (Cicinelli E, Parisi C, Galantino P, Pinto V, Barba B, Schonauer S) *Fertil Steril* 2003;80:1, 199-2002
7. *Postoperative infection and surgical Hysteroscopy* (Agostini A, Cravello L, Shojai R, Ronda I, Roger V, Blanc B) *Fertil Steril* 2002; 77:4, 766-8
8. *Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review* (Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB) *Contraception* 2006 Feb; 73(2):145-53