

# MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE M.T.S

**Dott.ssa Angele Vassilopoulou**

Unità Operativa di Dermatologia

Ospedale San Bortolo – ULSS 6 Vicenza



# INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE O MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

comprendono un gruppo eterogeneo di  
affezioni causate da patogeni che hanno in  
comune il fatto di essere trasmesse per via  
sessuale

# *M.T.S. /I.T.S: Malattie Trasmissibili Sessualmente /Infezioni sessualmente trasmesse (WHO)*

- In passato le malattie veneree erano quattro :*Sifilide, Gonorrea, Granuloma venereo ed Ulcera molle*, (cosidette di I generazione ).
- A queste forme sono state aggiunte numerose altre patologie .Oggi sono più frequenti quelli della seconda generazione (herpes,hpv,chlamydie,ureoplasmi,miceti)
- Secondo il WHO ogni anno si verificano 340 milioni di nuovi casi di ITS nel mondo
- Le ITS sono le infezioni piu' diffuse dopo quelle respiratorie (ECDC)



- SI conoscono una trentina di ITS
- ETA' DAI 15 AI 50 ANNI
- GRUPPI CORE (msm,migranti,prostitute tossicodipendenti,minoranze etniche )
- Aumento nella popolazione normale delle ITS di seconda generazione

# EPIDEMIOLOGIA

## Aumento della loro incidenza e prevalenza

- cambiamento delle abitudini sessuali
- controllo dell'AIDS nei paesi occidentali
- immigrazione
- urbanizzazione
- industrializzazione
- turismo sessuale
- resistenza agli antibiotici

## La prevalenza è maggiore

- - nei giovani adulti e senza partner fisso
- - in chi fa uso di contraccettivi non di barriera
- - in chi fa uso di droghe iniettabili
- - per mancato uso del preservativo
- - nei soggetti con più partner
- - nei soggetti con precedenti di MTS
- - negli omosessuali maschi
- - nella razza nera (?)
- l'età media di incidenza è più bassa nelle donne rispetto ai maschi

# ***CLASSIFICAZIONE EZIOLOGICA***

<b><i>AGENTE CAUSALE</i></b>	<b><i>MALATTIA</i></b>
<b><u>BATTERI</u></b> Treponema pallidum	Sifilide
Neisseria gonorrhoeae	Gonorrea- Vulvite
Haemophilus Ducrey	Ulcera molle
Calymmatobacterium granulomatis	Granuloma inguinale
Chlamydia trachomatis	Linfogranuloma venereo, cervicite
Ureaplasma urealyticum	Infezioni urogenitali
Gardnerella vaginalis	Vaginosi
<b><u>VIRUS</u></b> Herpes simplex II	H. simplex genitalis
Papilloma virus	Condilomi acuminati
Parapox virus	Mollusco contagioso
<b><u>MICETI</u></b> Candida albicans	Vulvovaginite
Epidermofiti, Tricofiti	Vulvite- Intertrigo
<b><u>PROTOZOI</u></b> Trichomonas	Tricomoniasi
<b><u>METAZOI</u></b> Sarcoptes scabiei	Scabbia
Phtirius pubis	Pediculosi del pube

# CLASSIFICAZIONE CLINICA?

ULCERE GENITALI?

QUADRI INFIAMMATORI  
(URETRITI, VAGINITI)?

NEOFORMAZIONI  
ESCRESCENZE ?

# CLASSIFICAZIONE CLINICA

## ULCERE GENITALI

- HERPES GENITALE
- SIFILIDE
- LINFOGRANULOMA VENEREO
- GRANULOMA INGUINALE/VENEREO
- ULCERA MOLLE

# HERPES GENITALE

- Infezione primaria genitale: generalmente dovuta a HSV2(80%), è a trasmissione sessuale.
- Prevalanza : il 10% in Italia nella pop.adulta
- Nella donna: vulvovaginite acuta con edema, eritema ed ulcerazioni dolorose della mucosa vulvovaginale.  
Linfoadenopatia satellite, febbre, disuria
- Nel maschio: lesioni simili al glande, al prepuzio e all'asta
- Molti asintomatici:shedding



# HERPES SIMPLEX

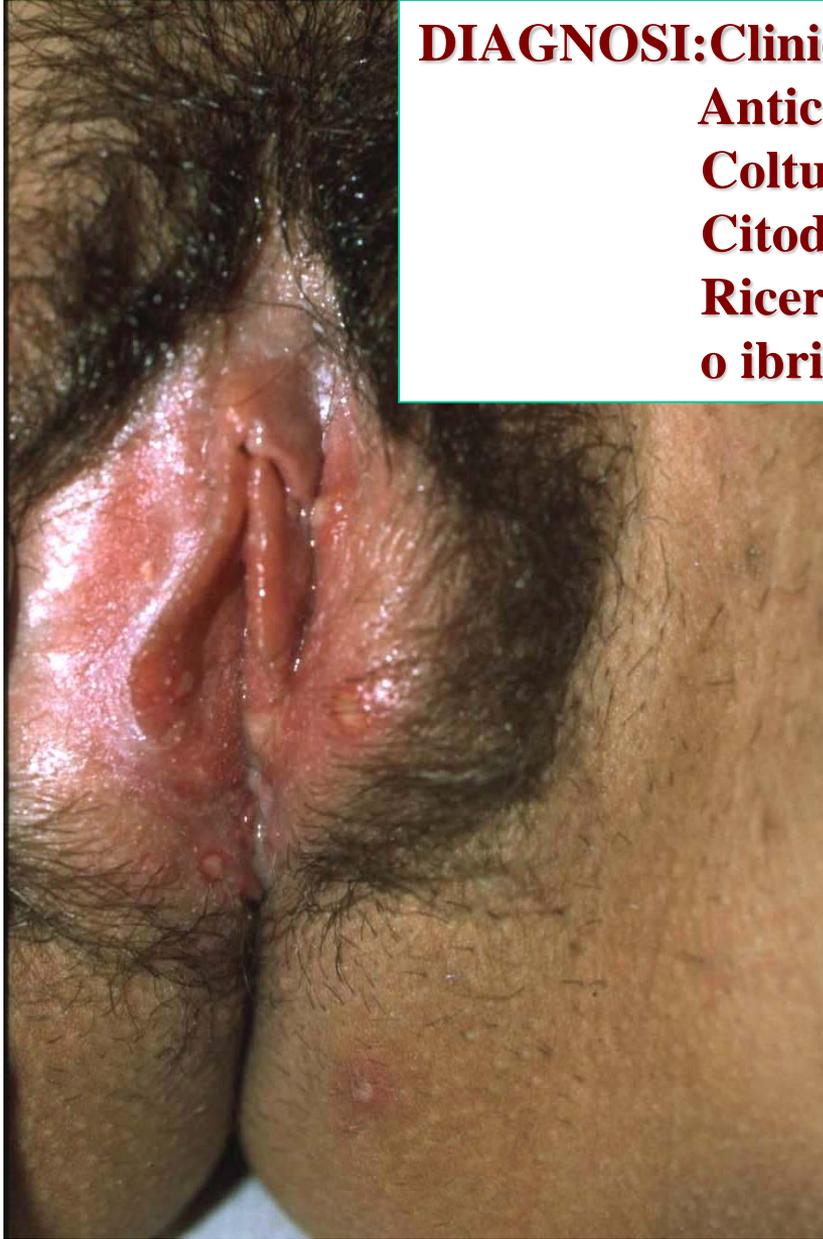
HSV 1-2

1000 (nuovi casi ogni anno in Italia)



**DIAGNOSI: Clinica**

**Anticorpi monoclonali  
Coltura per HSV1 e 2  
Citod. Di Tzank  
Ricerca DNA con PCR  
o ibridizzazione**



**HSV 2**



**AFTOSI**

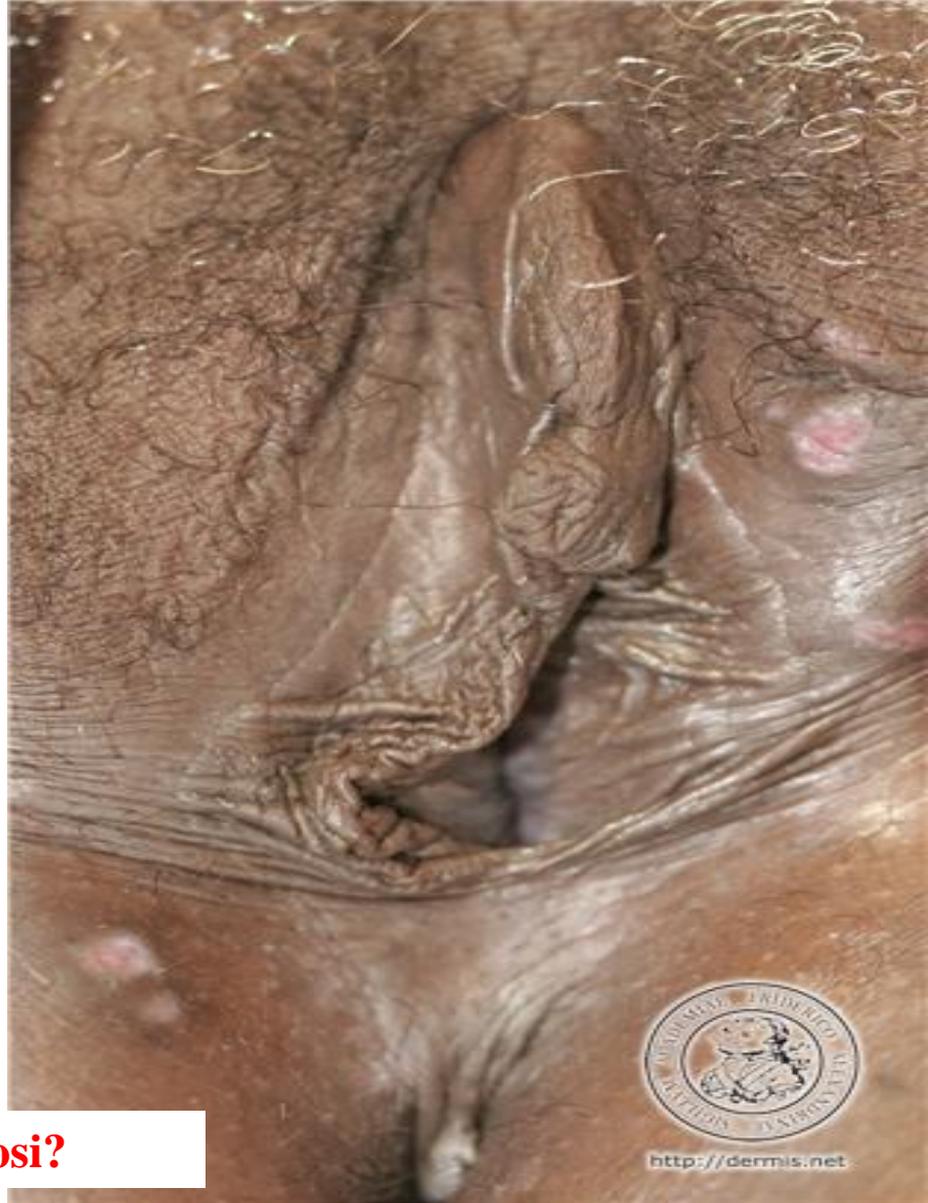


**HSV 2**



**ECZEMA EROSO**





**Quale diagnosi?**

# SIFILIDE

- Agente eziologico batterico: *Treponema Pallidum*, è una infezione molto complessa
- Le epidemie della lue sono legate alle migrazioni da aree ad elevata prevalenza in altre zone (migrazione, prostituzione:core)
- Soggetta a Notifica
- Contatto diretto (orale, anale, vaginale)
- Trasmessa dalla madre al figlio in gravidanza e attraverso emo-trasfusione
- Periodo di incubazione a seconda dello stadio della malattia

# Sifilide acquisita

- **Precoce** : 1) **primaria** (sifiloma ),comparsa dopo una incubazione da 10 a 90 giorni nella sede di inoculazione +linfonodo satellite  
2)**secondaria** (compare dopo 3-6 settimane con coinvolgimento multisistemico)  
3)**latente** (sifilide sierologica asintomatica con durata dell'infezione meno di 1 anno)
- **Tardiva**: 1) **latente tardiva** con tests pos da +un anno e 2) **terziaria** (cardiovascolare e neurosifilide dopo 10 -30 anni con meno di 2 anni per la comparsa di uveite ,irite

# SIFILIDE

- Sifilide primaria: ulcera non dolorosa con adenite satellite che compare nella sede di contagio 2-4 settimane dopo il rapporto. Scompare spontaneamente
- Sifilide secondaria: esantema aspecifico: “la grande simulatrice” dopo 2-4 mesi dall’episodio primario
- Sifilide terziaria: dopo anni: “gomme” cutaneo-mucose, patologie d’organo, tabe dorsale.



**SIFILIDE**  
**(*Treponema pallidum*)**



**LUE 1°**



**LUE 2°**

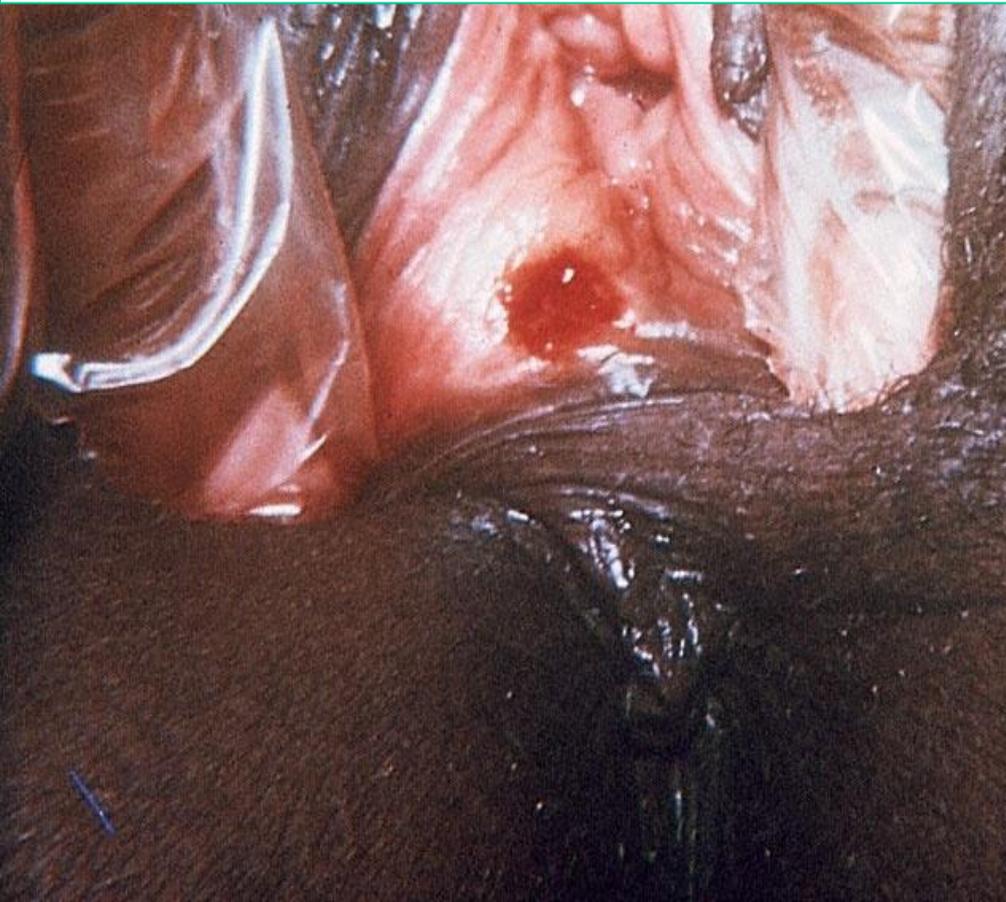
## **DIAGNOSI: Ricerca del Treponema**

**Sierologia della Lue( ricerca di Ac antitreponemici TPHA, ELISA, IgM IgG anti- treponemici)**

**(Ricerca Ac antilipoidei VDRL)**

**Determinazione dell'Ag treponemico con PCR**

**Ricerca di Ac specifici in Western Blot**



# Tests sierologici

- Test non specifici: VDRL,RPR, servono per l'attività della malattia ,non diagnostici
- Test specifici: TPHA,FTA/ABS (cicatrice)
- Western Blot per la ricerca di anticorpi specifici IgM e IgG diretti contro le strutture antigeniche del T.P

# Raccomandazioni particolari su chi trattare

- Soggetti che hanno avuto contatti nei 3 mesi precedenti la diagnosi di sifilide Ia (neg)
- Per i contatti antecedenti i 90 giorni (né test né follow- up)
- Infezione latente sconosciuta con  $>V.D.R.L.1:32$
- Minimo sospetto di lue in gravidanza

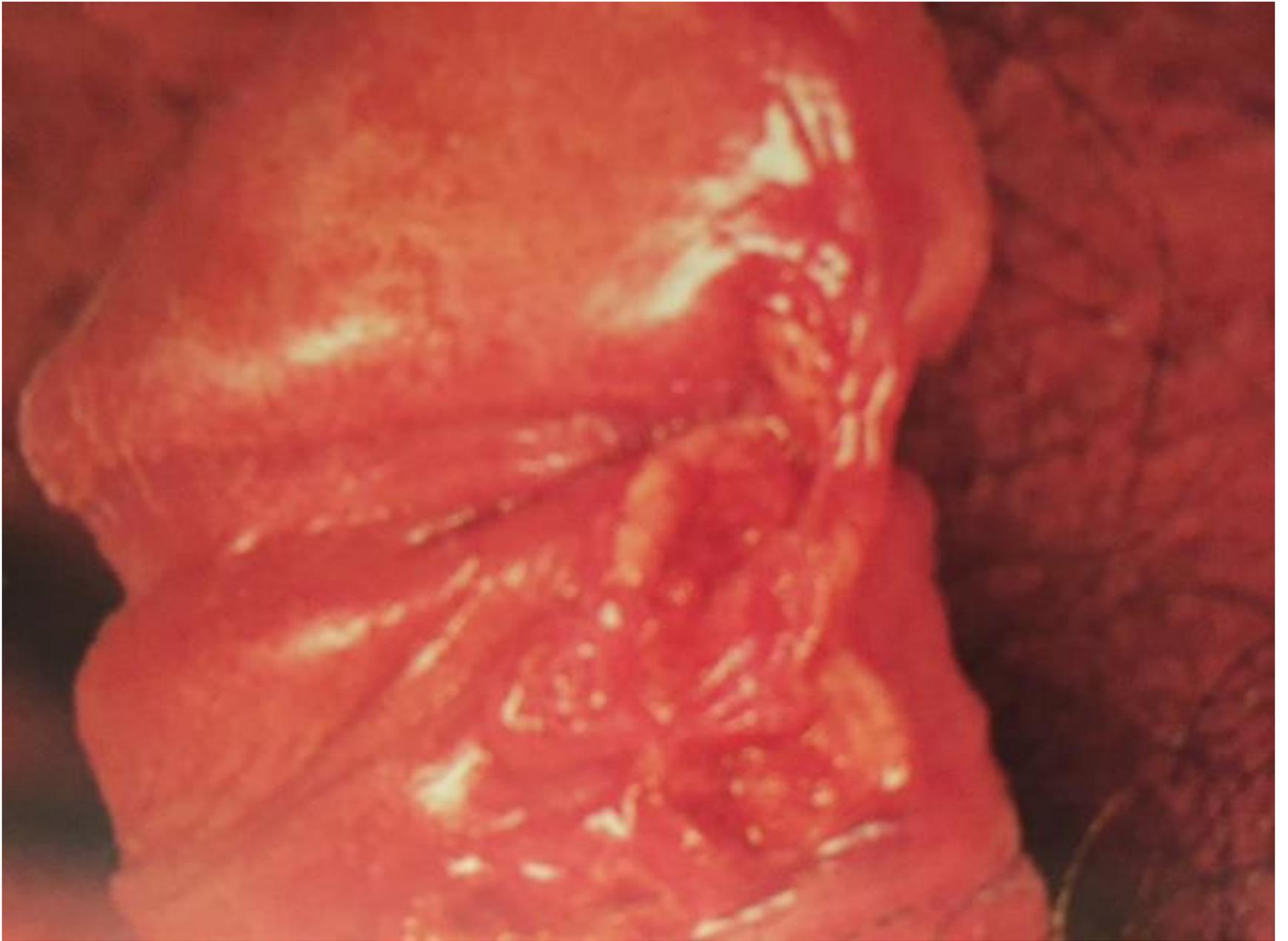






# ULCERA MOLLE

- *Haemophilus Ducrey*
- *Detta anche ulcera venerea o chancroid*
- *Ulcera a bordi sottominati, dolente con linfadenopatia regionale suppurativa*
- Endemica nei Paesi in via di sviluppo (africa, caraibi)
- Negli ultimi anni si sono riscontrati alcuni focolai epidemici in città europee ed americane per una diffusione della malattia attraverso la prostituzione
- Più frequente nel maschio



## **ULCERA MOLLE** (*Cancroide*)

**Haemophilus ducreyi:** Gram- intra ed extra cellulare  
piccoli focolai endemici in città europee

Tempo di incubazione: 3-10 giorni

Nel 10% dei casi associata a lue

**CEFTRAXIONE**

**,AZITROMICINA, CIPROXIN**

**DIAGNOSI:** Colorazione Gram o Giemsa  
Isolamento in coltura e successiva colorazione o ibridizzazione  
**PCR non routinaria**







# LINFOGRANULOMA VENEREO

- *CHLAMYDIA TRACHOMATIS: SIEROTIPI L1, L2, L3. ENDEMICA NEI PAESI TROPICALI E SUBTROPICALI SI MANIFESTA CON UNO STADIO PRIMARIO ULCERATIVO ED UNA LINFOADENITE SECONDARIA CON SUPPURAZIONE (BUBBONI )*
- *INFEZIONI GENITALI DA CHAMIYDIA TRACHOMATIS: SIEROTIPI DA D A K*

# Linfogranuloma venereo

## Chlamydia trachomatis da D a K

- Più frequente nei Paesi industrializzati
- Colpisce *giovani adulti*, attorno ai 20 anni, di *tutti gli strati sociali*
- Si manifesta con uretrite, cervicite o proctite
- Nella donna ha evoluzione subdola ed il rischio è la malattia infiammatoria pelvica con sterilità



## **LINFOGRANULOMA VENEREO** (*Malattia di Nicholas-Favre*)

*Chlamidia trachomatis* sierotipi **L1, L2, L3**, parassiti intracellulari obbligati Gram-negativi in Europa è Eccezionale. Tempo di incubazione: da 3 giorni a quattro settimane

DOXICICLINA 100X2X21gg

•**CERVICITI**: *Chlamidia trachomatis* sierotipi **da D a K**,

Tempo di incubazione: 7-14 giorni

DOXICICLINA 100 X 2X 7gg, AZITROMICINA 1gr

**DIAGNOSI: Ricerca diretta o in coltura mediante Ac monoclonali fluorescinati anti C. Trachomatis**



**LINFOGRANULOMA VENEREO**

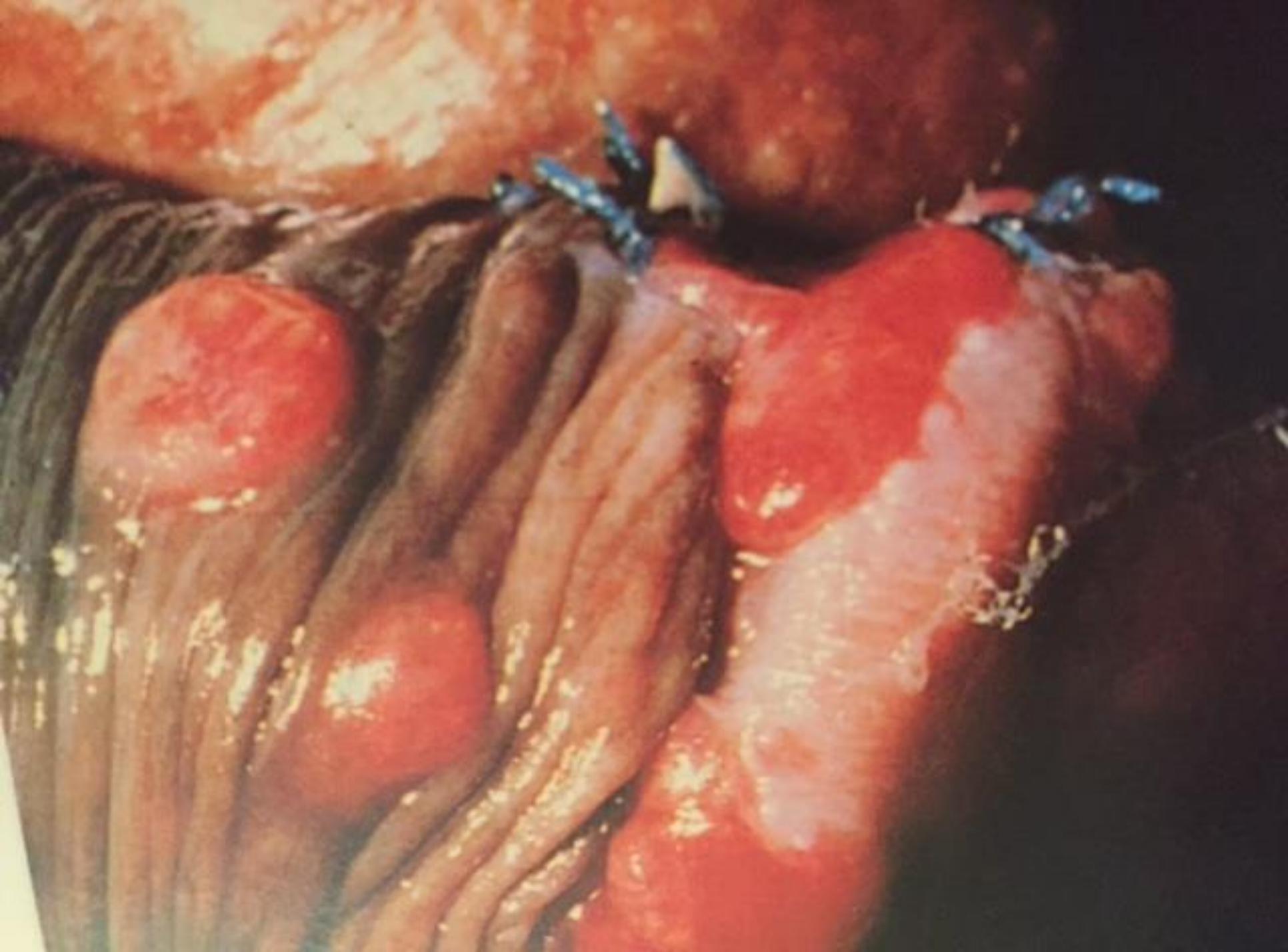


**IDROSADENITE**



# GRANULOMA INGUINALE

- *Calymmatobacterium granulomatis*  
(*klebsiella granulomatis*)
- *Detto anche granuloma venereo o donovanosi (aree tropicali e subtropicali)*
- *Ulcere presentano alla base tessuto di granulazione di colore rosso carne e linfoadenopatia regionale*
- Endemica nei Paesi in via di sviluppo





## **GRANULOMA INGUINALE (Donovanosi)**

*Calymmatobacterium granulomatis*

(endemico in Caraibi, India, ecc..)

gram neg. Intracellulare

Incubazione da 1 a 10 settimane

All'interno dei macrofagi piccoli grappoli di batteri scuri (corpi di Donovan)

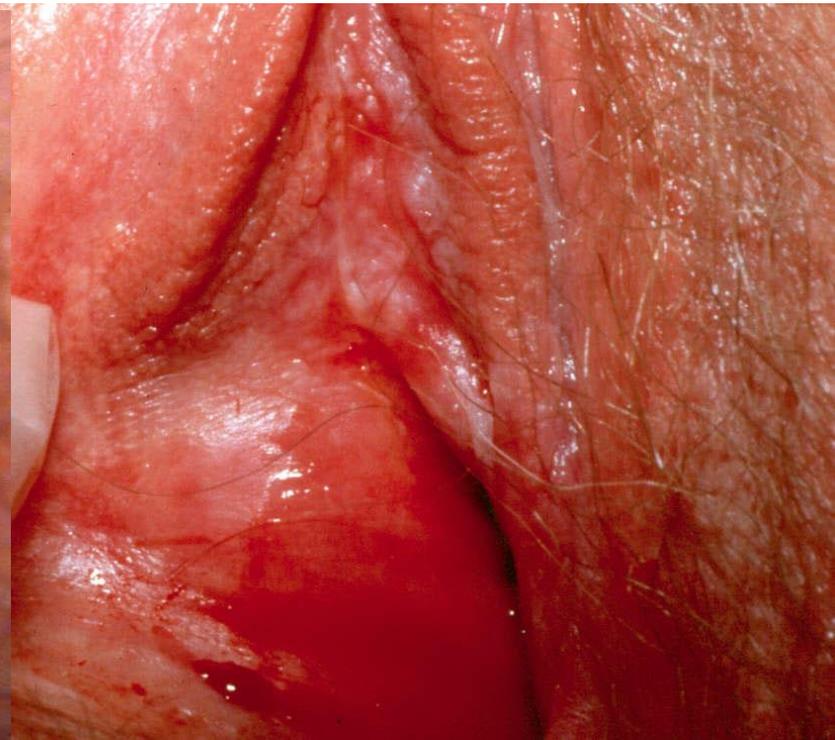
DOXICICLINA 100X2X21gg

**DIAGNOSI: Colorazione  
Di Wright e Giemsa**

### **GRANULOMA INGUINALE**



### **LICHEN EROSIVO**



## Differential Characteristics of Genital Ulcer Diseases

<b>Diseases</b>	<b>Occurrence in the U.S.</b>	<b>Number and Location</b>	<b>Tenderness</b>	<b>Ulcer Appearance</b>	<b>Adenopathy</b>
<b>HSV</b>	Most common	Clusters of ulcers on labia and penis	Tender	Uniform size clean base erythematous border	Tender inguinal nodes
<b>Syphilis</b>	Less common than HSV.	One or two on vagina and penis	Little to no tenderness	Clean base indurated border	Rubbery, mildly tender
<b>Chancroid</b>	Less common than HSV.	One or two, lesions may coalesce, On labia and penis	Painful	Can be large, ragged and necrotic base, undermined edge	Very tender, fluctuant inguinal nodes
<b>LGV</b>	Rare	Ulcer lasts 2-3 weeks, labia and penis	Painless	Ulcer spontaneously heals at time of fluctuant adenopathy	Fluctuant inguinal nodes, groove sign (Poupart's ligament)
<b>Granuloma Inguinale</b>	Very Rare: Imported cases from India, Papua New Guinea, the West Indies, South America and Africa (is a major cause of genital ulcers in those countries.	Kissing lesions labia and penis	Painless	Clean, beefy red base, stark white heaped-up ulcer edges	Nodes usually firm can mimic LGV.

# IL PROBLEMA

- **COSA FARE DI FRONTE AD UNA ULCERA GENITALE ?**
- COSA FARE DI FRONTE AD UNA VULVOVAGINITE ?
- COSA FARE DI FRONTE AD UNA URETRITE ?/BALANOPOSTITE ?
- E' TUTTO M.T.S?

# LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

(MMWR 47/RR-1/; 1-118, 1998 - Centers for Disease Control)

## MALATTIE CARATTERIZZATE DA ULCERE GENITALI

MALATTIA	AGENTE EZIOLÓGICO	PRIMA SCELTA	ALTERNATIVE	NOTE
CANCROIDE (Ulcera molle)	Haemophilus ducrey	CEFTRIAXONE 250 mg im (dose singola)	CIPROFLOXACINA 500 mg bid per 3 giorni	Riportati isolamenti con resistenza intermedia ad Eritromicina e/o Ciprofloxacina.  Sono richiesti cicli di terapia più lunghi: evitare la dose singola (Ceftriaxone/Azitromicina)
		AZITROMICINA 1 gr po (dose singola)	ERITROMICINA 500 mg qid per 7 giorni	
		HIV+: ERITROMICINA 500 mg qid per 7 giorni		
		GRAVIDANZA: ERITROMICINA 500 mg qid per 7 giorni		La sicurezza di Azitromicina non è stata accertata. Non usare Ciprofloxacina
HERPES GENITALE IN IMMUNOCOMPETENTE PRIMO EPISODIO	HSV 1,2	ACYCLOVIR 400 mg po tid per 7-10 giorni	VALACICLOVIR 1 gr bid per 7-10 giorni	Efficacia sovrapponibile tra i vari farmaci (valutare il costo) Il trattamento può essere prolungato se la guarigione risulta incompleta dopo 10 giorni
ACYCLOVIR 200 mg x 5 per 7-10 giorni				
FAMCICLOVIR 250 mg tid po per 7-10 giorni				
EPISODI RICORRENTI		ACYCLOVIR 400 mg po tid per 5 giorni		Il trattamento può accorciare la durata della manifestazione clinica. Va iniziato precocemente (prodromi, prime ore)
		ACYCLOVIR 200 mg x 5 po per 5 giorni		
		ACYCLOVIR 800 mg bid po per 5 giorni		
		VALACICLOVIR 500 mg bid per os per 5 giorni		
		FAMCICLOVIR 125 mg bid po per 5 giorni		
TERAPIA SOPPRESSIVA CRONICA		ACYCLOVIR 400 mg bid po		Diminuiscono gli episodi sintomatici. Non pare che l'uso prolungato favorisca l'insorgenza di resistenze ai farmaci.
		VALACICLOVIR 250 mg bid o 500 mg al giorno monodose		
		VALACICLOVIR 1000 mg/die (se > 10 episodi all'anno)		
		FAMCICLOVIR 250 mg bid po		

ROCEFIM    CIPROXIN  
ZITROMAX

TALAVIR-ZELITREX  
VAMVIR-ZIRAVIR

E' stata valutata (University of Washington) l'efficacia di uno schema terapeutico di breve durata con farmaci antivirali nei pazienti con infezione da virus herpes simplex di tipo 2 ( HSV-2 ). I pazienti sono stati trattati con **Aciclovir ( 800 mg somministrati per os 3 volte al dì ( tid ) per 2 giorni, o con placebo.**

Dei 131 pazienti arruolati , 84 sono stati tenuti sotto osservazione per una o più recidive , e 65 per due recidive.

L'Aciclovir , somministrato per 2 giorni ha ridotto in modo significativo la durata delle lesioni ( 4 giorni con Aciclovir versus 6 giorni con placebo ;  $p = 0.001$  ) , gli episodi ( 4 giorni con Aciclovir versus 6 giorni ;  $p < 0,001$  ) , lo shedding virale ( 25 ore versus 58,5 ore , rispettivamente ;  $p = 0.04$  ).

**I risultati di questo studio indicano che uno schema terapeutico di 2 giorni con Aciclovir può rappresentare una valida alternativa nel trattamento dell'herpes genitale ricorrente.**

Wald A et al , Clin Infect Dis 2002 ; 34: 944-948

IMMUNOCOMPROMESSO		ACYCLOVIR 5-10 mg/Kg ev ogni 8 ore per 5-7 giorni (o fino a risoluzione clinica) ACYCLOVIR 400 mg x 3 o x 5 po per 14-21 giorni (o fino a risoluzione) FAMCICLOVIR 500 mg bid po per 7 giorni (o fino a risoluzione) VALACYCLOVIR 1 gr bidpo per 7 giorni (o fino a risoluzione)		La via e.v. riservata ai casi di malattia grave o con complicanze Se ulcere persistenti: probabile ceppo resistente ad Acyclovir (cross resistenza con Valacyclovir e solitamente con Foscavir): usare Foscarnet 40 mg/Kg ev x 3 oppure Cidofovir gel 1% topico qd per 5 giorni
HERPES GENITALE IN GRAVIDANZA		Il primo episodio clinico di herpes genitale durante la gravidanza può essere trattato con Aciclovir per os. In presenza di infezione da HSV che mette a rischio la vita della madre, è indicata la somministrazione e.v di Acyclovir		
GRANULOMA INGUITNALE (Donovanosi)	Calymmatobacterium granulomatis	TMP/SMX-DS bid po per 3 settimane	CIPROFLOXACINA 750 mg bid po per 3 settimane ERITROMICINA 500 mg x 4 po per 3 settimane	La risposta clinica si osserva generalmente entro una settimana. Proseguire fino a risoluzione delle lesioni (fino a 4 settimane)
		DOXICICLINA 100 mg bid po per 3 settimane		
		HIV+ o in caso di scarsa risposta clinica aggiungere aminoglicoside: GENTAMICINA 1 mg/Kg e.v ogni 8 ore GRAVIDANZA: ERITROMICINA 500 mg x 4 po per 3 settimane. L'aggiunta di un aminoglicoside per via parenterale (es. Gentamicina) dovrebbe essere presa in considerazione		
LINFOGRANULOMA VENEREO	Chlamydia trachomatis (L1-L2-L3)	DOXICICLINA 100 mg bid po per 3 settimane HIV+: idem GRAVIDANZA: ERITROMICINA 500 mg x 4 po per 3 settimane	ERITROMICINA 500 mg x 4 po Per 3 settimane	Eventuale drenaggio della linfoadenopatia ascessualizzata
SIFILIDE PRIMARIA, SECONDARIA E LATENTE < 1 anno (sierconversione, segni clinici inequivocabili di sifilide 1° o 2° o partner di paziente con sifilide 1°, 2° o latente < anno)	Treponema pallidum	PENICILLINA G BENZATINA 2,4 MU im (dose singola)	DOXICICLINA 100 mg bid po per 14 giorni TETRACICLINA 500 mg qid po per 14 giorni CEFTRIAXONE 1 gr qd im per 8-10 giorni (i dati sull'efficacia del Ceftriaxone sono insufficienti)	Trattare nuovamente i pazienti che hanno segni clinici di persistenza di malattia o con titolo (test nontreponemici) in aumento dopo 6, 12 mesi.

**BACTRIM**

**BASSADO**

SIFILIDE LATENTE > 1 ANNO (liquor normale)	PENICILLINA G BENZATINA 2,4 MU im alla settimana, per 3 settimane	DOXICICLINA 100 mg bid po per 28 giorni TETRACICLINA 500 mg qid po per 28 giorni	Scarsa evidenza clinica sull'efficacia del trattamento alternativo alla penicillina Indicata PL se: segni/sintomi neurologici/oculari, evidenza sifilide terziaria attiva (aortite, gomme), fallimento terapia, HIV+
NEUROSIFILIDE (compresa oculare)	PENICILLINA acquosa cristallina G 3-4 MU ogni 4 ore ev (18-24 MU al giorno) per 10-14 giorni	PENICILLINA PROCAINA 2,4 MU im/die + Probenecid 500 mg x 4 po, entrambi per 10-14 giorni	Pazienti allergici a penicillina: effettuare la desensibilizzazione e poi trattamento con penicillina
SIFILIDE PRIMARIA, SECONDARIA E LATENTE < 1 anno IN HIV+	PENICILLINA G BENZATINA 2,4 MU im	Alcuni esperti raccomandano trattamenti aggiuntivi (per esempio tre dosi settimanali di Penicillina Benzatina G, come per la sifilide tardiva	Trattare nuovamente i pazienti che hanno segni clinici di persistenza di malattia o con titolo (test nontreponemici) che non diminuisce dopo 6, 12 mesi. Consigliato esame del liquor dopo 6 mesi dal trattamento
SIFILIDE LATENTE > 1 anno IN HIV+ (liquor normale)	PENICILLINA G BENZATINA 2,4 MU im alla settimana, per 3 settimane		Effettuare esame liquor <u>prima</u> di iniziare il trattamento
SIFILIDE IN GRAVIDANZA	Trattamento con il regime di PENICILLINA appropriato per lo stadio della sifilide	Alcuni esperti raccomandano trattamenti aggiuntivi: per esempio una dose aggiuntiva di Penicillina Benzatina G 2,4 MU im, 1 settimana dopo la dose iniziale nel caso di sifilide 1°, 2° o latente	Pazienti allergiche a penicillina: effettuare la desensibilizzazione e poi trattamento con penicillina Tetraciclina e Doxyciclina sono controindicate. Eritromicina non è raccomandata per l'elevato rischio di inefficacia nel feto

CLASSIFICAZIONE CLINICA?

ULCERE GENITALI?

QUADRI INFIAMMATORI  
(URETRITI,CERVICITE  
VAGINITI,)?

NEOFORMAZIONI  
ESCRESCENZE ?

# GONORREA

- Agente eziologico: *Neisseria gonorrhoeae*
- Infiammazione acuta purulenta con quadri clinici differenti a seconda dell'età, il sesso e le abitudini sessuali
- Incubazione da 2 a 10 giorni
- NOTIFICA obbligatoria
- WHO: 106 mil. nuovi casi /anno

# Gonorrea nel maschio

- Uretrite anteriore: "scolo"
- Se non trattata si complica con uretrite posteriore, prostatite, epididimite e possibile sterilità

# GONORREA

*Neisseria gonorrhoeae* incidenza: 12- 20 casi/100.000 abitanti/anno

Tempo di incubazione: 2-10 giorni

CEFTRAXIONE 250mg IM ,DOXICICLINA 100X2X7gg,

AZITROMICINA 1gr

nuclear leukocyte

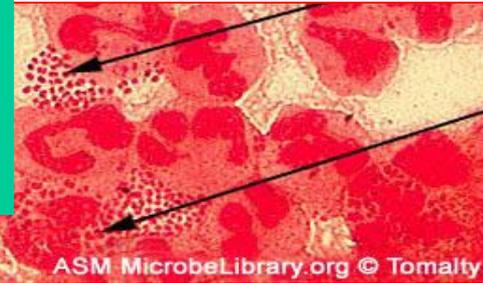
gram-negative

**DIAGNOSI: Microscopica e coloraz. Di Gram**

**Idem dopo coltura**

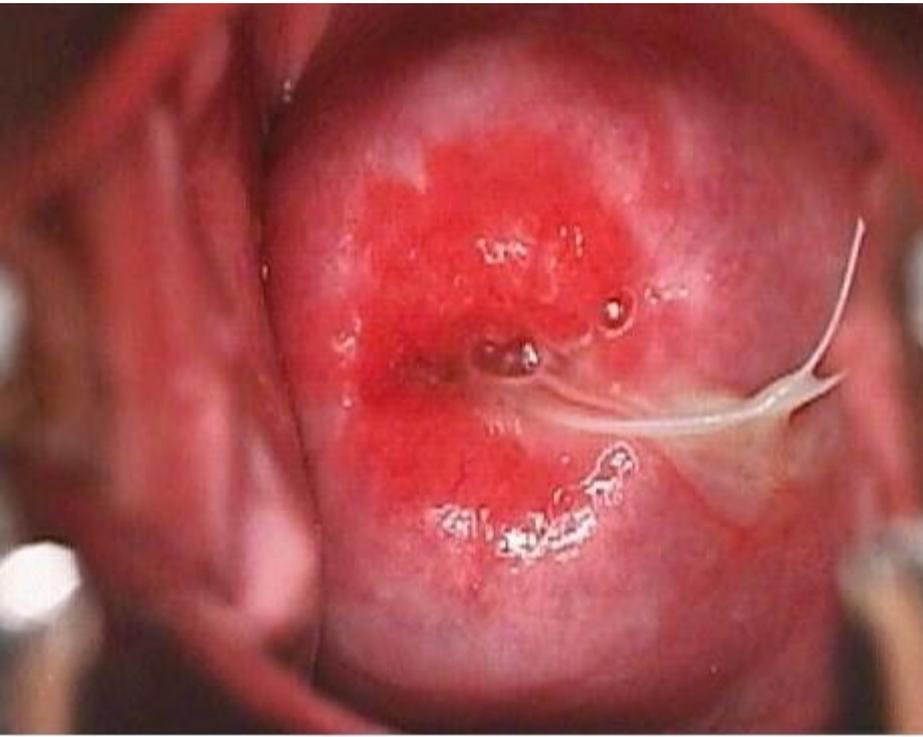
**Elisa**

**Ibridizzazione molecolare**



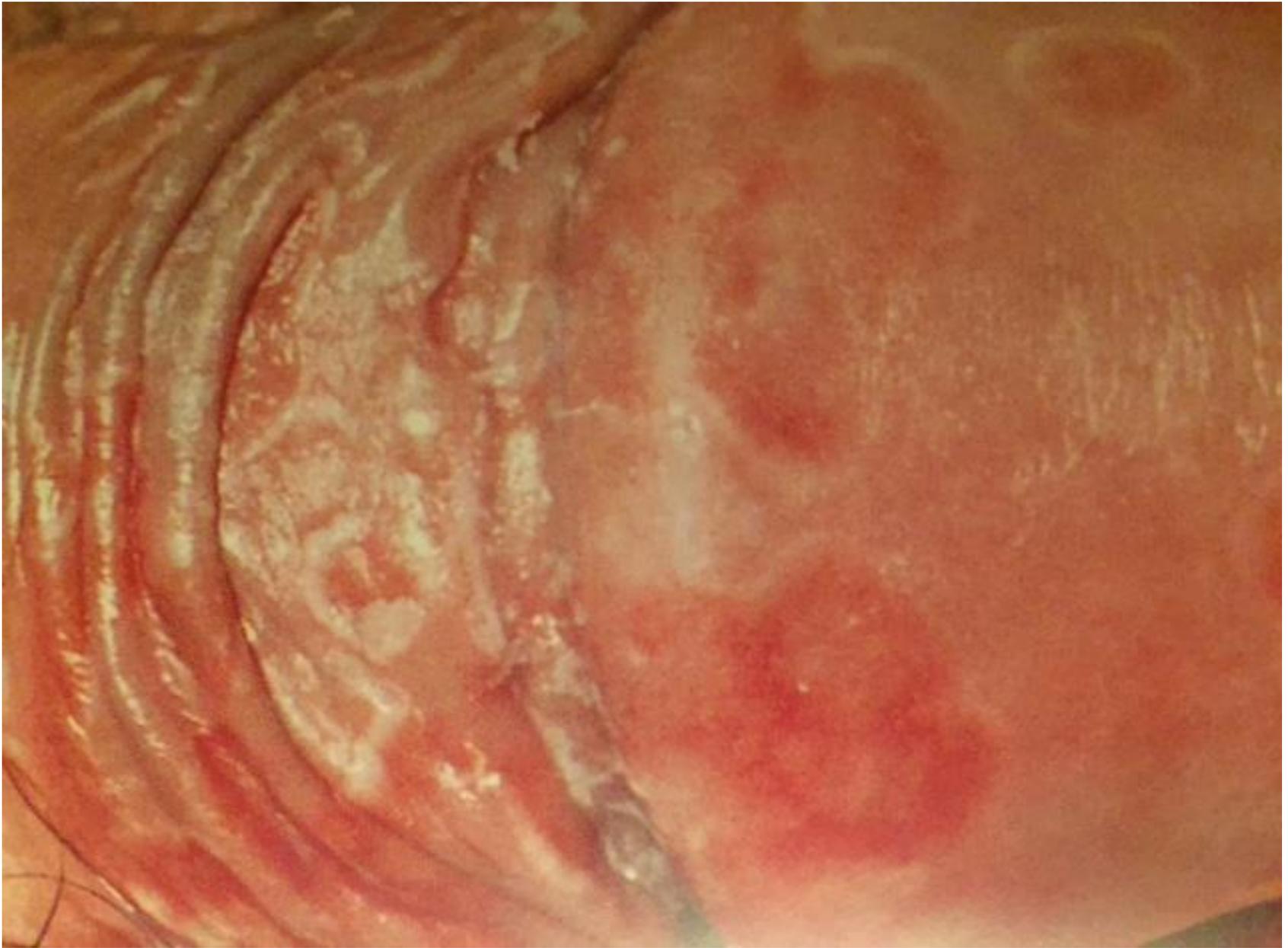
Intracellular gram-negative diplococci

ASM MicrobeLibrary.org © Tomalty



# Gonorrhea nel msm

- Infezione può interessare la regione ano-rettale: proctite
- Si può manifestare con faringite







# Gonorrea nella donna

- Endocervicite purulenta
- Se non trattata può esitare in endometrite, annessite e possibile sterilità

# Gonorrrea neonatale

- Paesi in via di sviluppo
- Contagio del neonato durante il passaggio nel canale del parto
- Congiuntivite gonococica che può complicarsi con panoftalmite e cecità

# INFEZIONI NON GONOCOCCICHE NON CLAMIDIALI

- Agenti eziologici: Micoplasma, Streptococco beta emolitico, anaerobi
- Uretrite, vaginite, cervicite, anorettite

# VULVOVAGINITI

- B** • Agente eziologico: **Gardnerella vaginalis**, coccobacillo associato ad altri batteri anaerobi ed a
- A** *Mycoplasma genitalis*
- T** • Epidemiologia: causa più frequente di disturbi vaginali nelle donne in età fertile
- T** • Fonte di contagio: non necessariamente sessuale, può essere espressione di un dismicrobismo
- E** • Diagnosi: clinica, ricerca a fresco o dopo colorazione con Gram di elementi coccobacillari
- R** depositati sulle cellule epiteliali (*clue cells*)
- I** • Terapia: metronidazolo (per os e topico).

- P**
- R**
- O**
- T**
- O**
- Z**
- O**
- I**
- Agente eziologico: **Trichomonas vaginalis**, parassita di natura protozoaria, flagellato
  - Fonte di contagio: contatto interumano diretto
  - Epidemiologia: infezione genitale più frequente nel mondo (*vaginosi batterica*)
  - Tempo di incubazione: 4 giorni – 3 settimane
  - Diagnosi: esame microscopico estemporaneo del preparato a fresco, esame colturale su terreni specifici
  - Terapia: metronidazolo (2 g in dose singola)

- M**
- I**
- C**
- E**
- T**
- I**
- Agente eziologico: **Candida albicans** (oltre 90% dei casi), **Candida glabrata**
  - Fonte di contagio: tratto gastroenterico (recidive), partner (?)
  - Epidemiologia: molto frequente soprattutto in pazienti gravide, con diabete mellito, in terapia con antibiotici o estro-progestinici
  - Diagnosi: clinica, esame colturale
  - Terapia: sistemica e topica con imidazolici

# IL PROBLEMA

- COSA FARE DI FRONTE AD UNA ULCERA GENITALE ?
- COSA FARE DI FRONTE AD UNA VAGINITE ?
- **COSA FARE DI FRONTE AD UNA URETRITE ? CERVICITE ?**
- E' TUTTO M.T.S?

## URETRITI E CERVICITI

URETRITI NON GONOCOCCICHE	Chlamydia (50 % dei casi), Mycoplasma hominis, Ureaplasma, Trichomonas, Mycoplasma genitalium	AZITROMICINA 1 gr po (dose singola) DOXICICLINA 100 mg bid po per 7 giorni	ERITROMICINA BASE 500 mg qid po per 7 giorni ERITROMICINA etilsuccinata 800 mg qid po per 7 giorni <b>OFLOXACINA 300 mg bid per 7 giorni</b>	Uretrite ricorrente o persistente (sintomi persistenti o recidive frequenti dopo il trattamento): METRONIDAZOLO 2 gr po (dose singola) + ERITROMICINA BASE 500 mg qid per 7 giorni o ERITROMICINA etilsuccinata 800 mg qid po per 7 giorni
		HIV+: idem		
CERVICITE MUCOPURULENTA da Chlamydia	Chlamydia trachomatis	AZITROMICINA 1 gr po (dose singola) DOXICICLINA 100 mg bid per 7 giorni	ERITROMICINA BASE 500 mg qid po per 7 giorni ERITROMICINA etilsuccinata 800 mg qid po per 7 giorni OFLOXACINA 300 mg bid per 7 giorni	
		HIV+: idem		
		GRAVIDANZA:	ERITROMICINA BASE 500 mg qid po per 7 giorni <b>AMOXICILLINA 500 mg tid po per 7 giorni</b>	ERITROMICINA BASE 250 mg qid po per 14 giorni ERITROMICINA etilsuccinata 800 mg qid po per 7 giorni ERITROMICINA etilsuccinata 400 mg qid po per 14 giorni

**OFLOCIN-FLOBACIN**

**VELAMOX- ZIMOX**

<p>URETRITI, CERVICITI, PROCTITI, FARINGITI GONOCOCCICHE NON COMPLICATE</p>	<p>Neisseria gonorrhoeae</p>	<p>CEFIXIME 400 mg po (dose singola) CEFTRIAXONE 125 mg IM (dose singola) CIPROFLOXACINA 500 mg po (dose singola) OFLOXACINA 400 mg po (dose singola) + AZITROMICINA 1 gr po (dose singola) oppure  DOXICILCINA 100 mg bid po per 7 giorni</p>	<p>SPECTINOMICINA 2 gr (dose singola) AZITROMICINA 2 gr po (dose singola) Cefalosporine in dose singola alternative a quelle di prima scelta sono: ceftizoxime 500 mg im, cefotaxime 500 mg im, cefotetan 1 gr im, cefoxitina 2 gr im + Probenecid 1 g po (esperienza clinica limitata) Chinoloni in dose singola alternativi: Enoxacina 400 mg po, Lomefloxacina 400 mg po, Norfloxacin 800 mg po (esperienza clinica limitata)</p>	<p>Considerare che il 50% circa dei pazienti con uretrite e cervicite hanno una concomitante infezione da Chlamydia: trattare entrambe le infezioni Se acquisita in Asia non usare chinoloni (ceppi di gonococco resistenti) Spectinomycin poco efficace nel caso di faringite gonococcica</p>
<p>CONGIUNTIVITE GONOCOCCICA</p>	<p>CEFTRIAXONE 1 gr IM (dose singola) + lavaggio dell'occhio con soluzione salina</p>			
<p>INFEZIONE GONOCOCCICA DISSEMINATA (batteriemia)</p>	<p>CEFTRIAXONE 1gr/die im/ev CEFOTAXIME 1 gr ev tid CEFTIZOXIME 1 gr ev tid</p>		<p>CIPROFLOXACINA 500 mg bid ev OFLOXACINA 400 mg bid ev SPECTINOMICINA 2gr im bid</p>	<p>Ospedalizzare e proseguire fino a 24 ore dopo il miglioramento dei sintomi, passare a terapia orale per un totale di 7 giorni con: CEFIXIME 400 mg po bid CIPROFLOXACINA 500 mg po bid OFLOXACINA 400 mg po bid</p>
<p>MENINGITE ENDOCARDITE DA GONOCOCCO</p>	<p>CEFTRIAXONE 1-2 gr ev bidvdurata: 10-14 giorni per meningite, 4 settimane per endocardite</p>			
<p>GONOCOCCO IN HIV+</p>	<p>idem</p>			
<p>GONOCOCCO IN GRAVIDANZA</p>	<p>Cefalosporine come sopra indicato</p>		<p>SPECTINOMICINA 2gr im bid</p>	

CEFIXORAL

TROBICIN

CEFTRIAXONE- AXOBAT

## MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID)

<p>PID, SALPINGITE, ASCESSO TUBO-OVARICO terapia parenterale</p>	<p>N.gonorrhoeae, C.trachomatis, anaerobi, G.vaginalis, H.influentiae, Enterobacteriaceae, Str.agalactiae, M.hominis, U. urealyticum</p>	<p>CEFOTETAN 2 gr ev bid CEFOXITINA 2 gr ev qid + DOXICICLINA 100 mg bid po o CLINDAMICINA 450 mg qid po</p> <p>CLINDAMICINA 900 mg ev tid + GENTAMICINA dose carico di 2 mg/Kg ev o im seguito da 1,5 mg/Kg tid o 4,5 mg/Kg in monosomministrazione giornaliera poi proseguire con CLINDAMICINA 450 mg qid po o DOXICICLINA 100 mg bid po</p>	<p>OFLOXACINA 400 mg ev bid + METRONIDAZOLO 500 mg ev tid</p> <p>AMPICILLINA/SULBACTAM 3 g ev qid + DOXICICLINA 100 mg bid po</p> <p>CIPROFLOXACINA 200 mg ev bid + DOXICICLINA 100 mg bid po + METRONIDAZOLO 500 mg ev tid</p>	<p>Mantenere la terapia parenterale fino a 24 ore dopo il miglioramento clinico. Proseguire per os per un totale di 14 giorni</p> <p>In caso di ascesso tubo- ovarico preferire il regime comprendente Clindamicina (maggior copertura anaerobi)</p> <p>Trattare i partner sessuali, anche se asintomatici</p>
<p>PID, SALPINGITE, ASCESSO TUBO-OVARICO terapia orale</p>		<p>OFLOXACINA 400 mg po bid per 14 giorni + METRONIDAZOLO 500 mg po bid per 14 giorni oppure</p> <p>CEFTRIAXONE 250 mg im (dose unica) o CEFOXITINA 2 gr im (dose singola) (+ PROBENECID 1 gr po dose singola) + DOXICICLINA 100 mg bid po per 14 giorni</p>		<p>Trattare i partner sessuali, anche se asintomatici</p>
<p>PID in HIV+</p>		<p>Utilizzare sempre terapia parenterale</p>		
<p>PID in GRAVIDANZA</p>		<p>Utilizzare sempre terapia parenterale</p>		

## BALANITE

<p>BALANITE</p>	<p>Candida (40%), Strepto gr B, Gardenella</p>	<p>Azolici per os, come per la vaginite da Candida</p>	<p>In 1/4 dei partner maschili di donne infette da Candida. Escludere la balanite circinata (sdr. Reiter). La balanite plasmacellulare (non infettiva) risponde all'idrocortisone crema</p>
-----------------	--	--	---

## EPIDIDIMITE

ORCHI-EPIDIDIMITE ETA' < 35 ANNI	N.gonorrhoeae, C.trachomatis	CEFTRIAXONE 250 mg im/ die + DOXICICLINA 100 mg bid po per 10 giorni oppure OFLOXACINA 300 mg bid po per 10 giorni	Riposo a letto, elevazione dello scroto, analgesici Valutazione della partner
ETA' > 35 ANNI oppure maschi omosessuali	Enterobacteriaceae (coliformi)	CIPROFLOXACINA 500 mg bid po OFLOXACINA 200 mg bid po per 10-14 giorni	AMP/SB 3 gr qid ev, CEFOTAXIME 2 gr tid ev, CEFTRIAXONE 2 gr/die, TC/CL 3,1 gr qid ev, PIP/TZ 3,375 gr qid ev Piuria nel mitto intermedio, dolore scrotale, edema Riposo a letto, elevazione dello scroto, analgesici

## PROSTATITE

PROSTATITE ACUTA ETA' < 35 ANNI	N.gonorrhoeae, C.trachomatis	OFLOXACINA 400 mg po poi 300 mg bid po per 7 giorni LEVOFLOXACINA 500 mg/die po	Ofloxacin è efficace nei confronti di C.trachomatis e gonococco e penetra nella prostata. AIDS: la prostata può essere sede di infezione da Cryptococcus neoformans
PROSTATITE ACUTA ETA' > 35 ANNI	Enterobacteriaceae (coliformi)	OFLOXACINA 300 mg bid po per 10 giorni	TMP/SMX forte bid po per 10-14 giorni Alcuni autori suggeriscono di proseguire il trattamento per 3-4 settimane
PROSTATITE BATTERICA CRONICA	Enterobacteriaceae, Enterococchi, P.aeruginosa	CIPROFLOXACINA 500 mg bid po per 4 settimane OFLOXACINA 300 mg bid po per 6 settimane	TMP/SMX forte bid po per 1-3 mesi In caso di insuccesso della terapia, considerare la presenza di calcoli prostatici infetti
PROSTATITE CRONICA o PROSTATODINIA	Eziologia sconosciuta (probabile l'origine infettiva: Mycoplasma, Chlamydia)	DOXICICLINA 100 mg bid po per 14 giorni Alfabloccanti (il loro utilizzo è controverso)	ERITROMICINA 500 mg qid po per 14 giorni Presenza di sintomi da prostatite, con esame culturale negativo. E' la più comune sindrome prostatica

**CLASSIFICAZIONE CLINICA?**

**ULCERE GENITALI?**

**QUADRI INFIAMMATORI  
(URETRITI,CERVICITE  
VAGINITI,)?**

**NEOFORMAZIONI  
ESCRESCENZE ?**

# Human Papilloma Virus



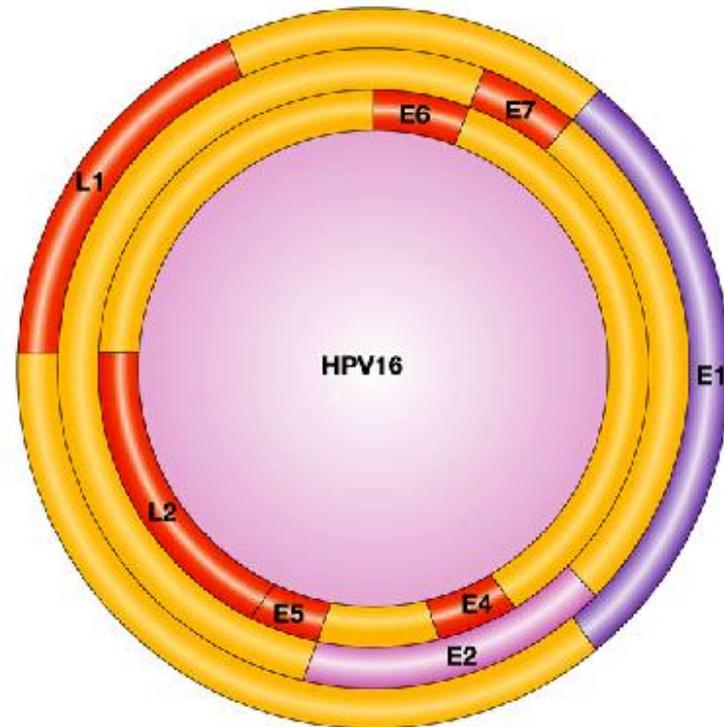
**INFEZIONE + FREQUENTE NELLA  
POPOLAZIONE FEMINILE  
IL 75% DELLE DONNE SI INFETTANO NEL  
CORSO DELLA VITA E IL 50 % SI INFETTA CON  
UN TIPO ONCOGENO (16-18)  
INFEZIONE SPESSO ASINTOMATICA  
ESCRESCENZE ANALI,PERINEALI,VULVARI  
DOLORE,BRUCIORE,SENSO DI FASTIDIO**

Esistono due vaccini : un **ambivalente** 16,18 e un **tetravalente** 8,11 (verruche genitali) + 16,18 (oncogeni)

Il vaccino è offerto gratuitamente alle bambine di 11-12 anni

Molto discussa la sua reale efficacia

il genoma



# PAPILLOMA VIRUS: classificazione

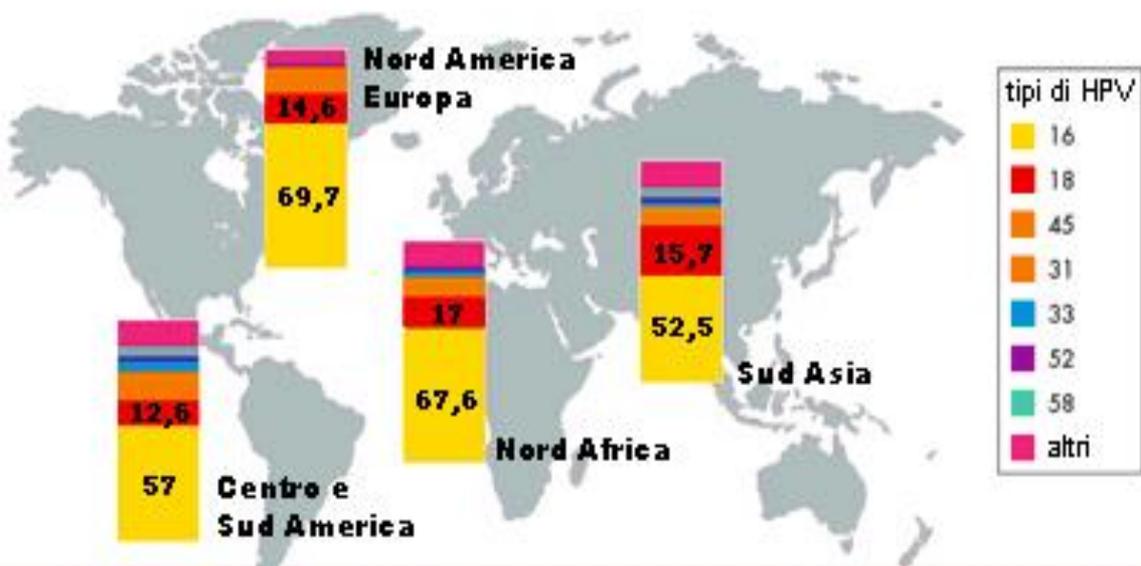
HPV CUTANEI

HPV MUCOSALI

## TIPO DI LESIONE

## RISCHIO

1	VERRUCHE PLANTARI	6	B	VERRUCHE GENITALI
2	VERRUCHE COMUNI	11	B	VERRUCHE GENITALI
3	VERRUCHE PIATTE	34, 40, 42	B	VERRUCHE ANO-GENITALI
5	VERRUCHE BENIGNE	72, 73	B	PAPILLOMI ORALI
8	VERRUCHE BENIGNE	16/18	A	TUMORI ANO-ENITALI
		31/33	A	TUMORI ANO-GENITALI



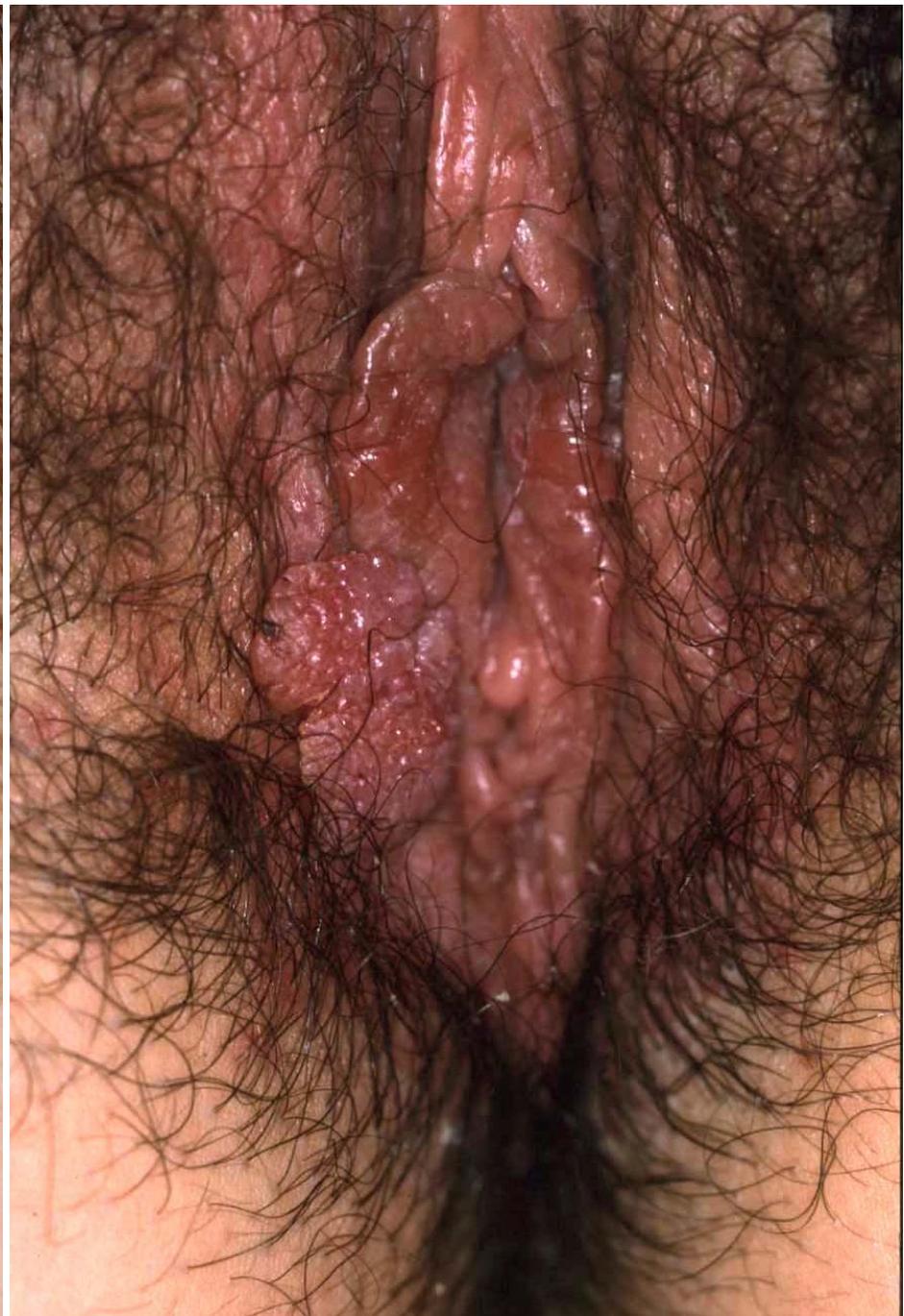
# **Incidenza infezione**

- **Si stima una incidenza mondiale di 300 Milioni di donne**
- **L'infezione da HPV è la più diffusa tra le malattie sessualmente trasmesse**

**CONDILOMI ACUMINATI**  
**HPV 6,11, 16,18,31**

- Tempo di incubazione: 1-8 mesi

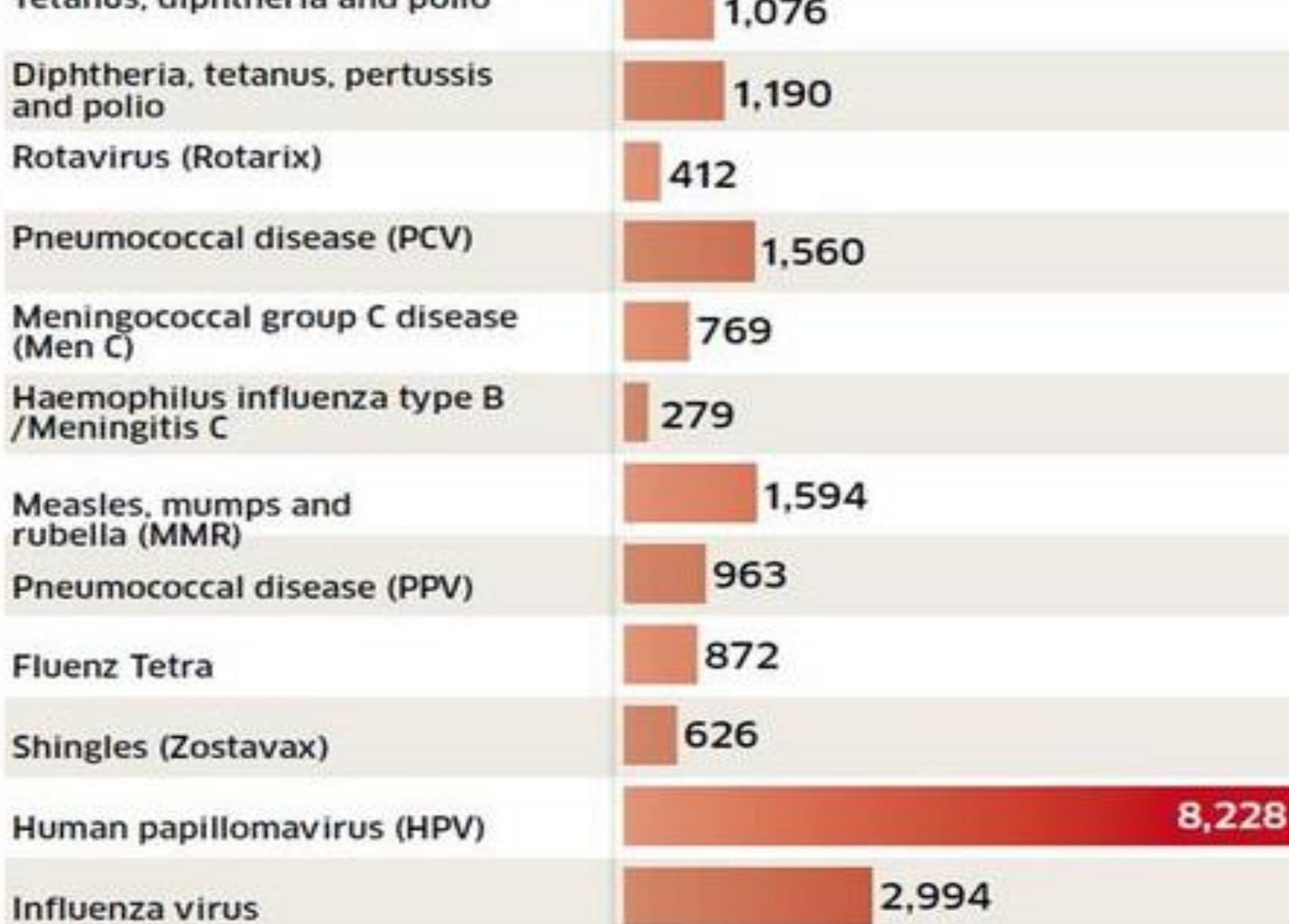






**Diagnosi: Ricerca del DNA HPV con  
tecniche di ibridizzazione o PCR**





# Contro la vaccinazione

- Le infezioni da HPV sono molto comuni nelle donne
- Sono infezioni benigne e passano inosservate
- Il vaccino non protegge dai condilomi, ma dal cancro della cervice uterina che è causato da due sierotipi di HPV (altre cause)
- Nessun vaccino ha efficacia certa e duratura
- Danni permanenti (autismo)
- La stessa merk dichiara in un report efficacia solo nel 20,5 % dei casi

## **Safety of human papillomavirus vaccines**

### **Committee reports**

[22 January 2016 - Safety of HPV vaccines \(from meeting of 2-3 December 2015\)](#)

[14 February 2014 - Human papillomavirus vaccines safety \(HPV\) \(from GACVS meeting of 11-12 December 2013\)](#)

[19 July 2013 - Update on human papillomavirus vaccines \(from meeting of 12-13 June 2013\)](#)

World health  
organization

### **Statements**

[GACVS Statement on Safety of HPV vaccines - 17 December 2015](#)  
pdf, 112kb

[GACVS Statement on the continued safety of HPV vaccination - 12 March 2014](#)

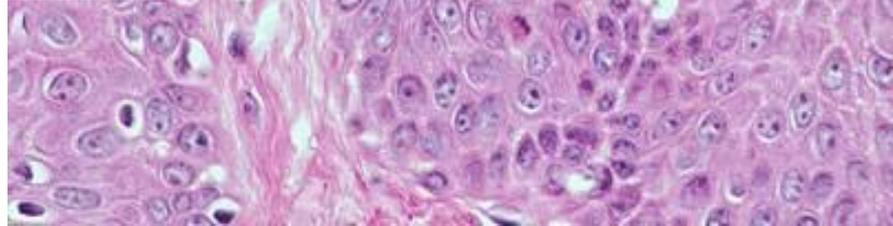
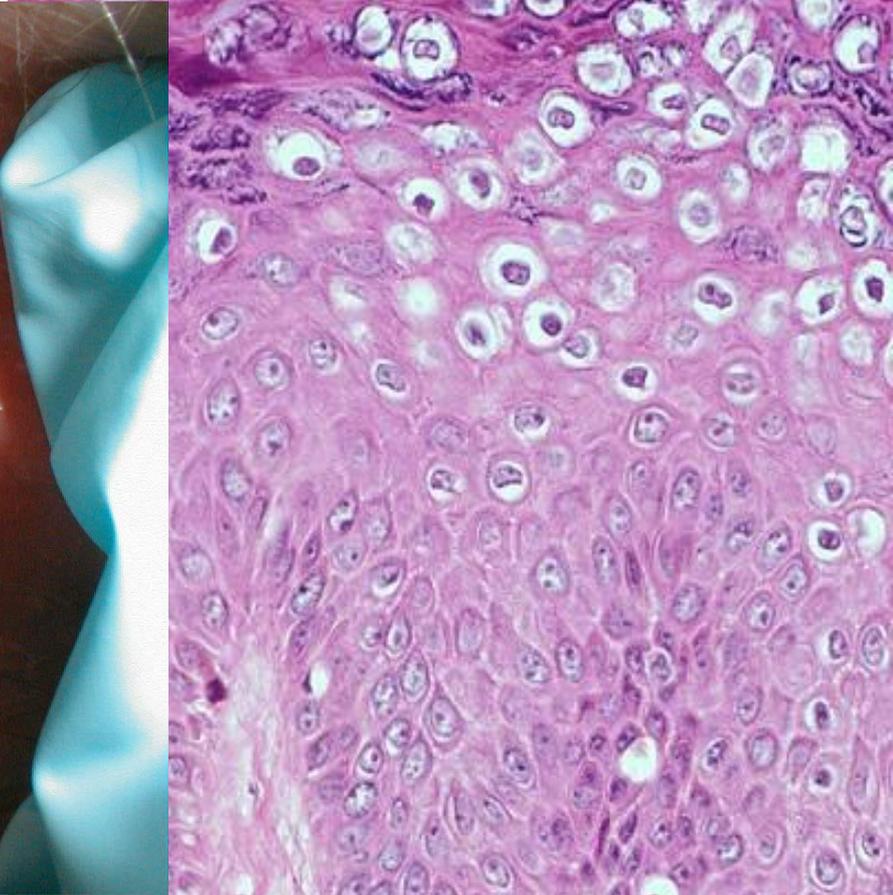
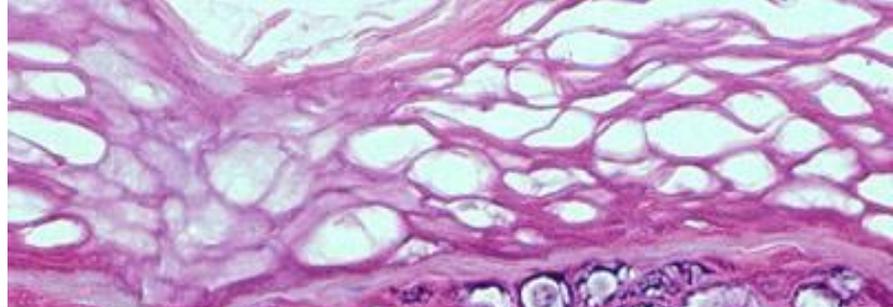
pdf, 173kb

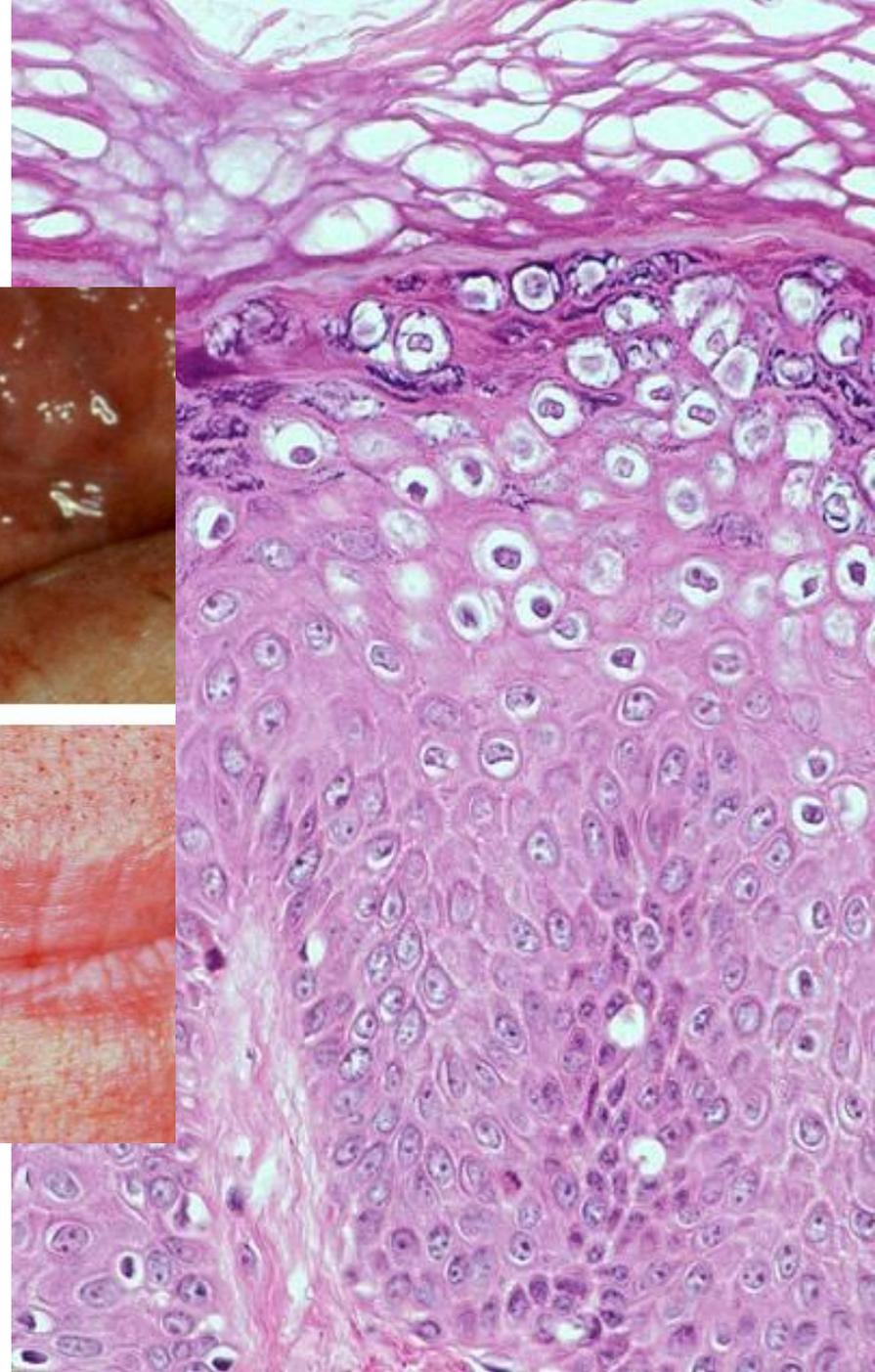
[GACVS Safety update on HPV Vaccines, Geneva - 17 December 2013](#)

pdf, 19kb

[GACVS Safety update on HPV Vaccines - 13 June 2013](#)

pdf, 230kb





## VERRUCHE ANOGENITALI

<p>CONDILOMA ACUMINATO MASCHILE E FEMMINILE</p>	<p>HPV tipo 6 e 11 (i più comuni) HPV tipo 16, 18, 33 e 35 associati a displasia/Ca della cervice</p>	<p><u>Applicato dal paziente:</u>  <b>IMIQUIMOD</b> crema 5% x 3 volte /settimana prima di andare a letto: massimo per 16 settimane  <b>PODOFILOXINA</b> soluzione o gel 0,5% 2 applicazioni/die per 3 giorni; sospendere per 4 giorni e ripetere il ciclo per 4. Se necessario ripetere il ciclo 4-6 volte. Può dare reazioni locali, dolore, bruciore</p>	<p><u>Applicato dal medico:</u>  <b>PODOFILLINA</b> tintura di benzoina (applicare 1 volta alla settimana e lavare dopo 1-4 ore: per 6 settimane), acido tricloracetico, rimozione chirurgica, crioterapia o elettrocauterizzazione  <b>INTERFERONE</b> <math>\alpha</math>-2b <math>\alpha</math>-n3 1 milione di unità (0,1 ml) intralesionale 3 volte alla settimana per 3 settimane: per lesioni ai genitali esterni</p>	<p>Sono comuni le recidive dopo ogni tipo di trattamento          Biopsia su lesioni atipiche, pigmentate o persistenti          Sottoporre annualmente le donne a Pap-test</p>
		<p>HIV+: possono non rispondere in modo ottimale alla terapia, hanno una maggior frequenza di recidiva e di trasformazione in carcinoma squamoso. Utilizzare preferenzialmente Interferone intralesionale</p>		
		<p>GRAVIDANZA: evitare il trattamento con Imiquimod, Podofiloxina e Podofillina; eventualmente si può effettuare rimozione chirurgica</p>		

# **Principali sequele e complicanze delle infezioni sessualmente trasmesse:**

- Malattia infiammatoria pelvica
- Sterilità tubarica
- Ipofertilità
- Gravidanza ectopica
- Endometrite post partum
- Parto pretermine
- Stenosi uretrali
- Aborto e morte perinatale
- Oftalmia neonatorum
- Sifilide congenita

# LINEE INTERNAZIONALI DI CONTROLLO E PREVENZIONE DELLE MTS

- Educazione e counseling delle persone a rischio in modo da diminuire l'incidenza delle MTS mediante cambiamenti del comportamento sessuale
- Identificazione delle persone infette asintomatiche e loro trattamento
- Diagnosi e trattamento delle persone infette e counseling per diminuire la re-infezione
- Valutazione, trattamento e counseling dei partners sessuali
- Vaccinazioni preventive delle persone a rischio

# CONTROLLO DELLE I.T.S

- PREVENZIONE  
(counseling, vaccinazione, condom)
- SCREENING (gruppi a rischio )
- TRATTAMENTO (diagnosi e terapia)

# METODI DI PREVENZIONE

- ASTINENZA O RIDUZIONE DEL NUMERO DI PARTNERS SESSUALI
- VACCINAZIONE
- CONDOM

# ASTINENZA O RIDUZIONE DEL NUMERO DI PARTNERS SESSUALI

- La misura preventiva più sicura nei confronti delle MTS è l'astinenza sessuale o una relazione monogama con partner non affetto da MTS
- PROMISCUITA' = AUMENTO DEL RISCHIO
- Individui ad alto rischio di contrarre MTS: man sex man, sex workers, adolescenti (tessuti genitali ancora immature quindi più ricettivi), immuno-depressione da HIV

# VACCINAZIONE

## OMBRELLO MOLTO PICCOLO SOTTO CUI RIPARARSI

- Efficace solo per alcune infezioni come l'epatite A e B. Le MTS sono più di trenta, trasmesse da più di venti agenti eziologici
- Nuovo vaccino HPV: protegge solo da alcuni virus HPV che provocano il cancro della cervice uterina

- Le ragazze vaccinate possono comunque contrarre tutte le MTS sopraelencate compresi i condilomi
- Il vaccino non protegge dai condilomi, ma dal cancro della cervice uterina che è causato da alcuni sierotipi di HPV particolarmente virulenti.

# CONDOM

- Il condom *se correttamente usato* protegge con elevata efficacia dalla trasmissione sessuale di HIV
- Può ridurre il rischio di trasmissione di altre MTS: Chlamydia, Gonorrea, Trichomonas
- Riduce di circa il 70% il rischio di trasmissione di HPV
- Potrebbe diminuire il rischio di HSV2 ma i dati sono ancora limitati
- Non protegge dal rischio di trasmissione di malattie parassitarie come la scabbia o la pediculosi genitale

# USO CORRETTO DEL PROFILATTICO

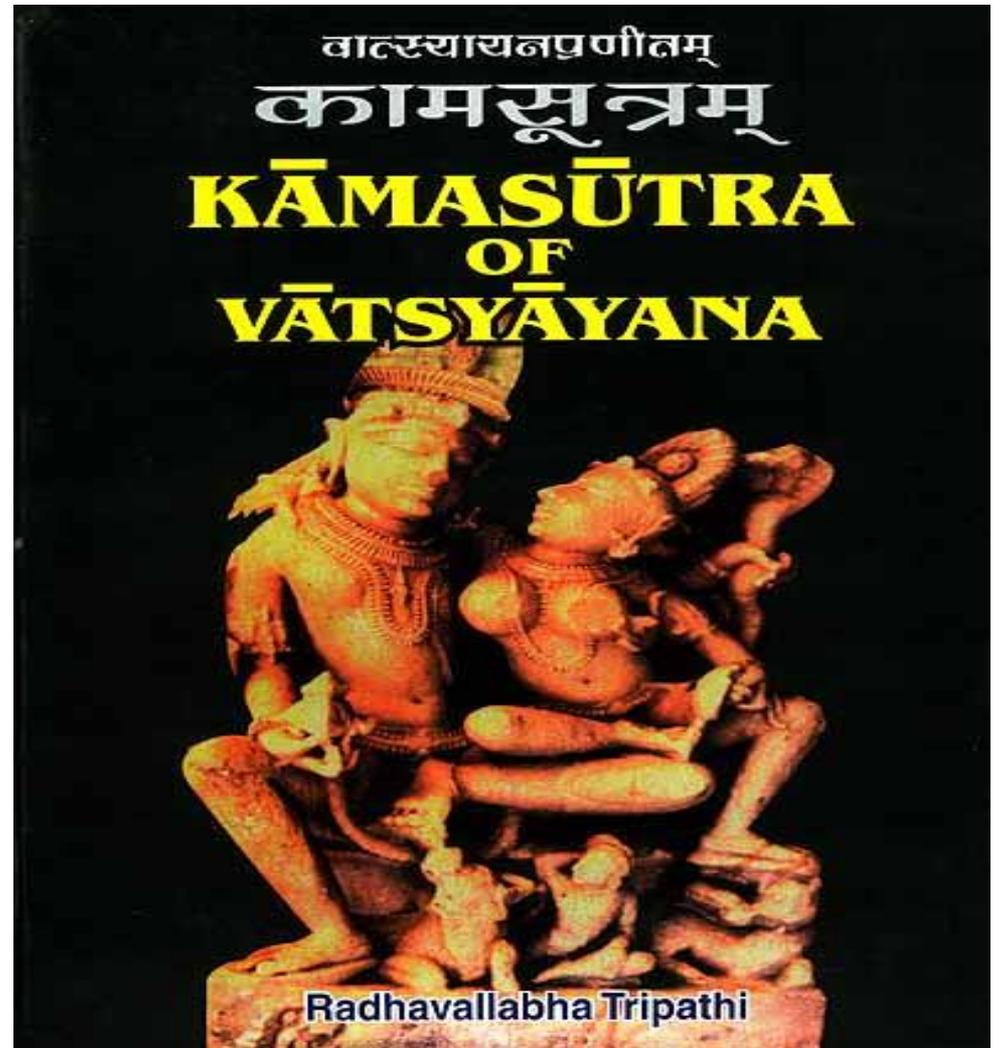
- *Durante ogni tipo di atto sessuale* (orale, vaginale e anale). I rapporti non completi (es. oro-genitale) possono essere a rischio se avviene scambio di sangue o liquido seminale. Le MTS possono manifestarsi anche con faringite, anite, ulcere all'interno della bocca
- *Per tutta la durata dell'atto sessuale*
- Il frizionamento crea microabrasioni che diventano porte di entrata per virus e batteri anche in una mucosa (genitale, orale, anale) apparentemente integra

# CONTRACCEZIONE NON E' PREVENZIONE

La pillola anticoncezionale, la spirale, la pillola del giorno dopo, i prodotti spermicidi diminuiscono in percentuale diversa il rischio di gravidanza, ma non diminuiscono in nessun modo il rischio di contrarre una malattia sessualmente trasmessa

## CONTROLLO DELLE ITS : SCREENING

- 1.SEXUAL CONTACT WITH KNOWN STI
- 2.THOSE UNDER 25 YEARS OF AGE WITH MULTIPLE PARTNERS
- 3..INTERCOURSE WITH NEW PARTNER IN LAST TWO MONTHS
- 4.MORE THAN TWO SEXUAL PARTNERS IN PREVIOUS 12 MONTHS
- 5.PERSONS IMMIGRATING FROM OR HAVING SEX IN COUNTRIES WHERE CERTAIN STIs ARE CURRENTLY EPIDEMIC
- 6.COMMERCIAL SEX WORKERS,INCLUDING “SURVIVAL SEX” (EXCHANGING SEX FOR MONEY,DRUGS,SHETER OR FOOD)
7. STREET INVOLVEMENT (HOMELESS)

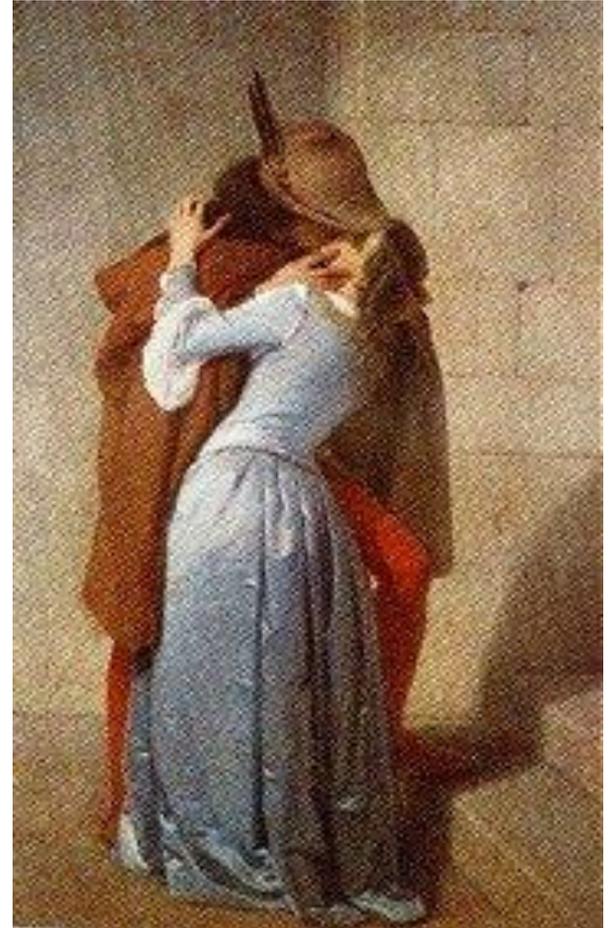


# CONCLUSIONI

*Una volta presa coscienza e consapevolezza dell'entità del problema ,*

*non confondere il desiderio effimero di trasgressione con la ingenuità, la leggerezza e la stupidità.*

- *E' il soggetto sano che deve difendere la propria salute!*





**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

