

Perdite vaginali: quando sospette?

Le donne in età fertile hanno piccole perdite di aspetto lattescente, acquoso o mucoso, che derivano dalla secrezione cervicale e dalla desquamazione delle cellule vaginali. Si tratta di secrezioni potenzialmente fastidiose per il senso di umidità e di biancheria sporca che inducono, ma del tutto fisiologiche. Sono invece indice di infezione quando cambiano colore, aumentano di volume, hanno un cattivo odore o sono accompagnate da bruciore, prurito, irritazioni estese.

La più comune delle infezioni è sostenuta dalla *Gardnerella vaginalis* e da batteri anaerobi come *Atopobium vaginae*, *Prevotella*, *Mobiluncus*, che vanno a sostituire i lattobacilli predominanti a livello vaginale. In più del 50% dei casi, l'infezione non provoca infiammazione né sintomi (vaginosi) e si contraddistingue per l'odore sgradevole di "pesce" delle perdite, abbondanti e di colore biancastro o grigio. L'odore deriva dalle amine volatili prodotte dai batteri anaerobi e si accentua con pH tendente all'alcalinità come durante le mestruazioni. Quando è presente infiammazione della mucosa vaginale (vaginite), compaiono anche irritazione e dolore. Non è chiaro se l'infezione venga trasmessa per via sessuale o sia il risultato di uno squilibrio nell'ecosistema vaginale. Ha una incidenza più alta nelle donne sessualmente attive, ma il trattamento del partner non comporta benefici nella prevenzione delle recidive. La spirale e le lavande vaginali sono fattori di rischio, mentre i contraccettivi orali svolgono un ruolo protettivo, probabilmente per la maggiore produzione di glicogeno (indotta dagli estrogeni) favorente la crescita dei lattobacilli e il mantenimento del pH acido. La vaginosi batterica è associata a parti pretermine e complicanze infettive successive a interventi ginecologici e va trattata. Metronidazolo (500 mg 2 volte/die per 7 giorni) e clindamicina orale (300 mg 2 volte/die per 7 giorni) sono i farmaci di riferimento; il metronidazolo è di prima scelta perché a differenza della clindamicina non è attivo sui lattobacilli e consente un ripristino più rapido della normale flora vaginale. I gel per uso intravaginale di metronidazolo e clindamicina (5 g la sera per 5 giorni) dal punto di vista terapeutico equivalgono alle preparazioni orali e sono elettivi in gravidanza. Il trattamento è efficace, ma nell'arco di 3 mesi, in quasi una donna su tre l'infezione si ripresenta; un tasso così alto di recidive viene spiegato dalla persistenza di aggregazioni (biofilm) di *Gardnerella vaginalis* e *Atopobium vaginae* aderenti all'epitelio vaginale dopo la guarigione clinica che si moltiplicano e causano una nuova infezione. Ad oggi, per quanto promettenti, le evidenze a favore dei probiotici sono insufficienti per porli in concorrenza con metronidazolo e clindamicina né suggestive di un effetto sinergico eradicante quando usati in combinazione con i due antibiotici.

L'infezione da *Trichomonas* (protozoo) è caratterizzata da secrezioni giallo-verdastre, schiumose, che possono essere maleodoranti per la presenza concomitante di batteri anaerobi e accompagnate da dolore durante il coito (*dispareunia*) e difficoltà nella minzione (*disuria*). L'infezione si trasmette per via sessuale ed è molto contagiosa. Il trattamento antibiotico è lo stesso della vaginosi batterica e deve essere esteso al partner maschile (di solito asintomatico).

La *Candida* è un fungo normalmente presente nell'organismo, che in particolari condizioni (es. lievi deficit immunologici, uso di antibiotici o della "pillola", diabete) può crescere rapidamente e causare una infiammazione vaginale con prurito e bruciore vulvare, talora associati a *dispareunia* e *disuria*. Le perdite sono bianche, dense, di aspetto caseoso. Circa 2/3 di tutte le donne in età fertile ha avuto almeno un episodio di candidosi vaginale nell'arco della vita; l'infezione tende a recidivare nelle donne con diabete mal controllato o trattate con antibiotici per periodi prolungati (es. tetracicline per l'acne). Si risolve con l'uso di antimicotici intravaginali come miconazolo (5 g di crema al 2% la sera per 7 giorni; una capsula molle da 400 mg la sera per 3 giorni o da 1.200 mg in dose singola) o clotrimazolo (5 g di crema al 2% la sera per 3 giorni o una compressa da 100 mg la sera per 6 giorni).

A cura del dott. Mauro Miselli

Bibliografia

1. Bradshaw CS. and Sobel DJ. Current treatment of bacterial vaginosis - limitations and need for innovation. *J Infect Disease* 2016; 214 suppl 1.
2. Hainer BL and Gibson MV. Vaginitis: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 2011; 83:807-15.
3. Vodstrcil LA et al. Hormonal contraception is associated with a reduced risk of bacterial vaginosis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013;8(9):e73055.
4. Amaya-Guio J et al. Antibiotic treatment for the sexual partners of women with bacterial vaginosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 Oct 1;10:CD011701.
5. Huang H et al. Effects of probiotics for the treatment of bacterial vaginosis in adult women: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Arch Gynecol Obstet* 2014; 289:1225-34.

Calcoli biliari

Nei paesi occidentali, il 10-15% degli adulti è portatore di calcoli biliari, che spesso vengono scoperti per caso nel corso di esami radiologici o ecografici eseguiti per altre ragioni mediche. Nell'80% di queste persone, i calcoli rimangono silenti per tutta la vita, non provocano sintomi e non richiedono alcun trattamento. I calcoli sono costituiti per lo più da colesterolo, che viene normalmente mantenuto in soluzione nella bile grazie alla presenza di acidi e sali biliari; quando si crea uno squilibrio tra questi composti, il colesterolo precipita, si aggrega e forma dei calcoli. Familiarità, sesso femminile, obesità ed età avanzata, sono fattori predisponenti lo sviluppo dei calcoli, mentre il caffè (2-3 tazzine al giorno) sembra svolgere un ruolo protettivo.

Sintomi. La colecisti (o cistifellea) è una piccola ghiandola che raccoglie e concentra la bile secreta dal fegato prima di riversarla nel duodeno, dove prende parte alla solubilizzazione dei grassi. Durante la digestione, la colecisti si contrae spingendo la bile nel duodeno attraverso il coledoco. Quando un grosso calcolo o più calcoli di piccole dimensioni vanno ad ostruire temporaneamente il dotto cistico, le violente e improduttive contrazioni della colecisti causano un *dolore molto forte (colica)*, localizzato all'ipocondrio destro, con irradiazione alla spalla destra e alla schiena, che dura alcune ore e che di solito spinge il paziente a rivolgersi al pronto soccorso. Un'ostruzione persistente del dotto cistico innesca un processo infiammatorio infettivo (*colecistite acuta*), che rappresenta la complicanza più frequente (e più grave): in questo caso il dolore è accompagnato da nausea, vomito e febbre. Nonostante la colica biliare possa seguire un pasto abbondante, gli alimenti grassi non sono un fattore precipitante specifico e molti disturbi gastrointestinali, come eruttazione, digestione lenta, senso di pienezza, vengono erroneamente attribuiti ai calcoli.

Diagnosi. L'ecografia addominale è l'esame diagnostico d'elezione: rileva la presenza di calcoli nel 95% dei casi.

Trattamento. Nei pazienti con coliche frequenti, la *colecistectomia per via laparoscopica* rappresenta la terapia di scelta. L'assenza di colecisti è compatibile con una vita normale perché la bile secreta dal fegato passa direttamente nel duodeno attraverso il dotto epatico. L'intervento viene eseguito utilizzando strumenti chirurgici e ottici che, inseriti nell'addome attraverso piccole incisioni, permettono di asportare la ghiandola senza lasciare cicatrici vistose. La procedura è meno invasiva della colecistectomia a cielo aperto, comporta una degenza ospedaliera e una convalescenza più brevi, minori problemi postoperatori. Nei pazienti che rifiutano l'intervento o per i quali i rischi chirurgici sono elevati (per malattie concomitanti o età avanzata), i calcoli possono essere sciolti mediante la somministrazione orale di acidi biliari. I candidati al trattamento sono i pazienti con calcoli radiotrasparenti (cioè quelli con maggiori probabilità di essere composti da colesterolo) e con una colecisti funzionante. L'*acido ursodesossicolico*, al dosaggio di 8-10 mg/kg/die, dissolve l'80% dei calcoli di diametro ≤ 5 mm entro 6 mesi e il 90% dopo un anno. Quando i calcoli sono più grossi, gli esiti sono meno soddisfacenti e per aumentare le percentuali di successo l'acido ursodesossicolico viene utilizzato dopo una seduta di *litotrixxia extracorporea ad onde d'urto*, una terapia non invasiva che si basa sulla emissione di onde acustiche pulsanti ad elevata energia per disgregare i calcoli di grandi dimensioni in frammenti più piccoli. L'abbinamento consente di eliminare l'80% circa dei calcoli di diametro ≤ 20 mm. Anche dopo una solubilizzazione completa, entro 5 anni, nella metà dei casi i calcoli si riformano. L'assunzione cronica di basse dosi di acido ursodesossicolico può dimezzare le recidive, ma non tutti i pazienti tollerano il farmaco così a lungo; il suo più frequente effetto indesiderato è la diarrea. L'acido ursodesossicolico viene utilmente impiegato a scopo preventivo anche negli obesi che perdono peso velocemente dopo un bypass chirurgico allo stomaco o che seguono una dieta a basso contenuto calorico e sono ad alto rischio di calcolosi (per l'eccessivo ristagno della bile nella cistifellea che favorisce la precipitazione del colesterolo).

A cura del dott. Mauro Miselli

Bibliografia

1. Siddiqui AA. Gallstones. *www.msmanuals.com*. 2. Gurusamy KS. Gallstones. *BMJ* 2014;348:g2669. 3. Stokes CS et al. Ursodeoxycolic acid and diet higher in fat prevent gallbladder stones during weight loss: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2014; 12:1090-100. 4. Zhang YP et al. Systematic review with meta-analysis: coffee consumption and the risk of gallstone disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 42:637-48.