



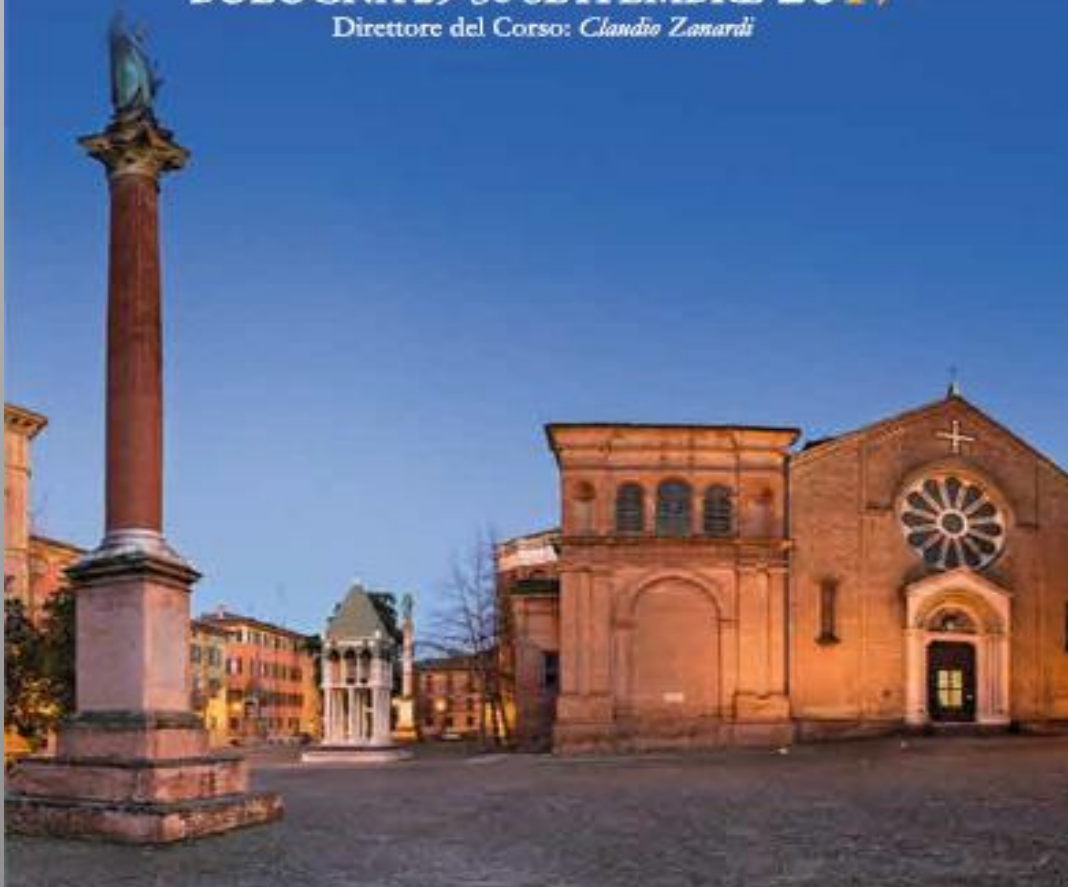
A.G.E.O.

ASSOCIAZIONE GINECOLOGI EXTRA OSPEDALIERI

CORSO DI AGGIORNAMENTO IN
GINECOLOGIA E OSTETRICIA

BOLOGNA 29-30 SETTEMBRE 2017

Direttore del Corso: *Claudio Zanardi*

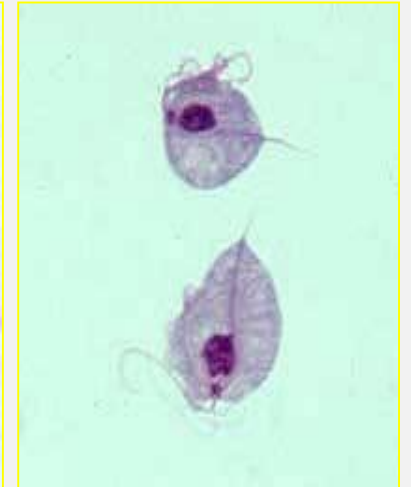
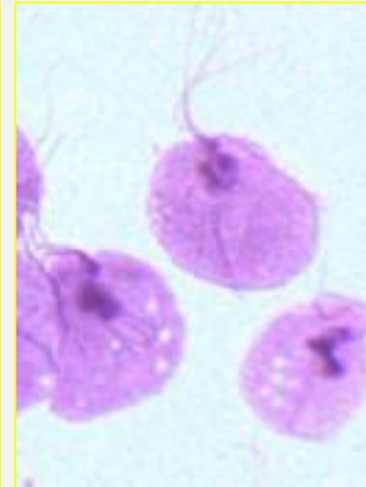
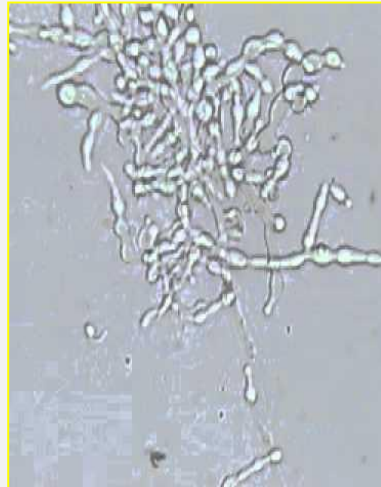
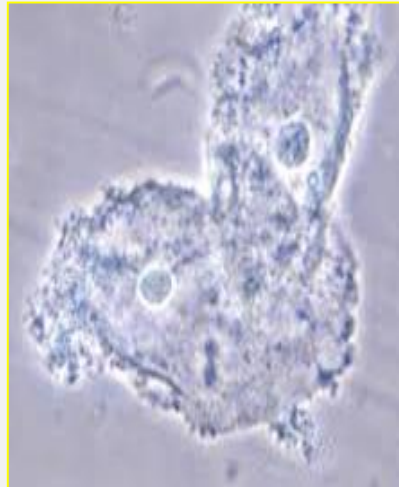
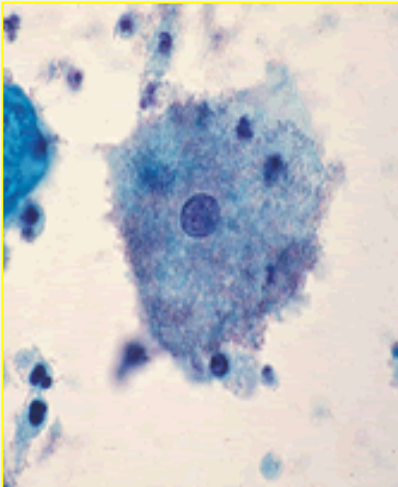


VAGINITI E VAGINOSI

Brunella Guerra
Bologna

VAGINITI / VAGINOSI

- ✓ Processi infettivi di tipo essudativo a varia eziologia
- ✓ Patogeni responsabili : Batteri, Miceti, Trichomonas Vaginalis
- ✓ Colpiscono il 90% delle donne in età fertile



ROTTURA DELL'EQUILIBRIO DEL MICROBIOTA VAGINALE

↓ Alterazione dei meccanismi di controllo dell'omeostasi vaginale

↓ Modificata suscettibilità dell'ospite



INFEZIONE

DISBIOSI

VAGINOSI BATTERICA

Sindrome polimicrobica

- ▶ Abnorme proliferazione di anaerobi o facoltativi di norma presenti in vagina a basse concentrazioni
- ▶ Marcata riduzione o assenza di lattobacilli H_2O_2

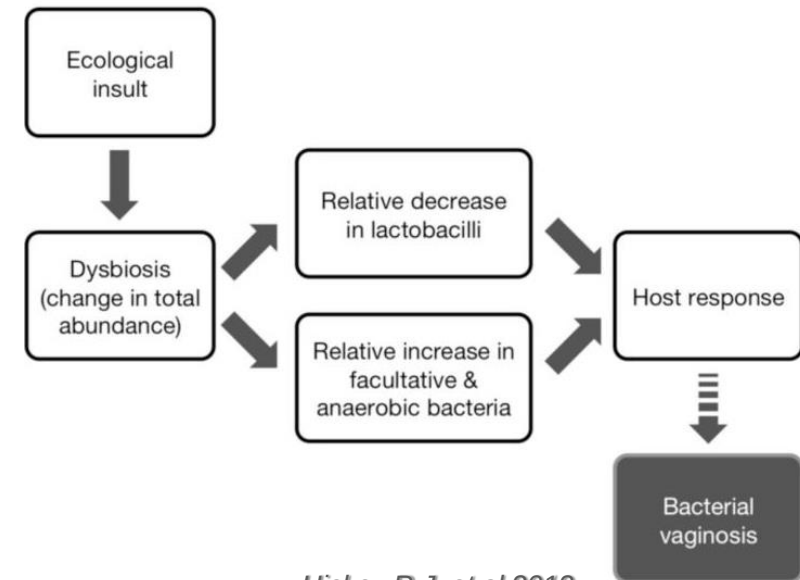
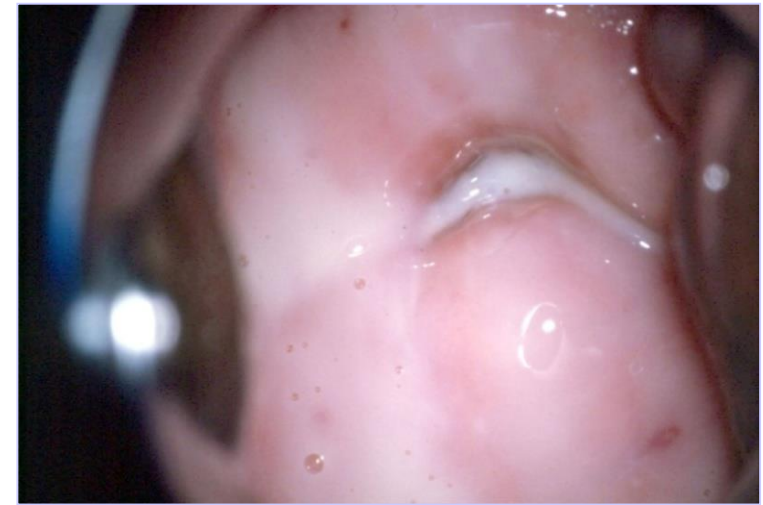
↑ *Gardnerella Vaginalis*

↑ Anaerobi (*Bacteroides*, *Mobiluncus*, *Veillonella*, *Prevotella*, *Peptostreptococchi*, *Atopobium V*, *Eggerthella*, *Biphidobacterium*....)

↑ *Micoplasma spp*

↓ *Lattobacilli*

- ▶ Elevata concentrazione di fattori di virulenza batterica (*sialidasi*, *protidasi*, *mucinasasi*)
- ▶ Assente o minima reazione leucocitaria



Hickey R.J. et al 2012

VAGINOSI BATTERICA

- ✓ Non è la classica infezione causata da un singolo patogeno
- ✓ I batteri che troviamo nella donna con VB sono gli stessi che riscontriamo nell'ambiente vaginale in condizioni fisiologiche
- ✓ La differenza non è qualitativa ma quantitativa (il rapporto anaerobi/aerobi varia di norma tra 2:1 e 5:1 mentre in corso di VB tra 1:100 e 1:1000)
- ✓ Non sono di norma presenti modificazioni infiammatorie

La VB è una IST ?

	IST CLASSICA	VAGINOSI BATTERICA
<i>N partners sessuali</i>	<i>Sì</i>	<i>Sì</i>
<i>Nuovo partner sessuale</i>	<i>Sì</i>	<i>Sì</i>
<i>Uso del condom</i>	<i>Protettivo</i>	<i>Parzialmente protettivo</i>
<i>Coitarca precoce</i>	<i>Sì</i>	<i>?</i>
<i>Età <25aa</i>	<i>Sì</i>	<i>No</i>
<i>Riscontro in vergini</i>	<i>No</i>	<i>Sì</i>
<i>Prevalenza in lesbiche</i>	<i>↓</i>	<i>↑</i>
<i>Trattamento del partner</i>	<i>Riduce la prevalenza</i>	<i>Nessun effetto</i>
<i>Fumo</i>	<i>Sì</i>	<i>Sì</i>
<i>Razza nera</i>	<i>Sì</i>	<i>Sì</i>

DEBATE

Open Access

The epidemiology of bacterial vaginosis in relation to sexual behaviour

Hans Verstraelen^{1*}, Rita Verhelst², Mario Vaneechoutte¹, Marleen Temmerman²

✓ *G. vaginalis* carriage and BV occurs rarely with children, but is common among adolescent, even sexually non-experienced girls, contradicting the idea that sexual transmission is a necessary prerequisite to disease acquisition.

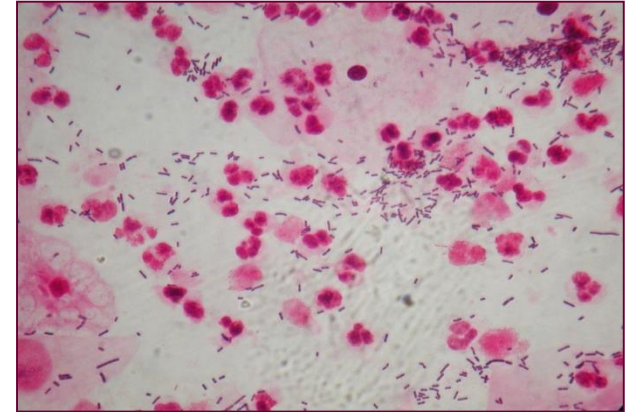
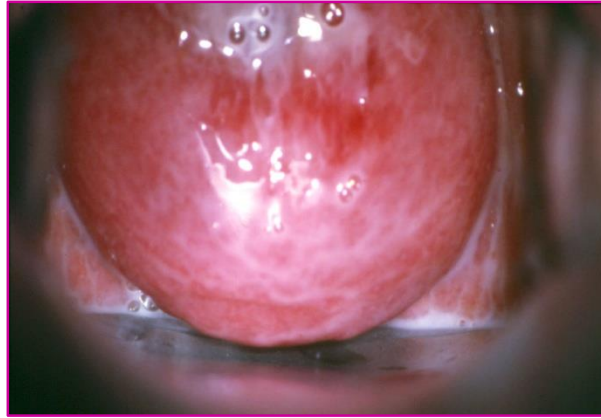
✓ *G. vaginalis* carriage is enhanced by non-penetrative digitogenital contact, but not necessarily by penetrative intercourse.

✓ Several studies have shown high concordance rates of *G. vaginalis* carriage between male-to-female sexual partners. Antibiotic treatment has not been found to be protective against BV. BV is slightly protective, whereas male circumcision is slightly protective, whereas male circumcision is slightly protective.

✓ BV is also common among women-who-have-sex with women and this relates at least in part to noncoital sexual behaviours.

There is incomplete evidence that BV acts as an STI. BV may be considered a sexually enhanced disease (SED) with frequency of intercourse being a critical factor

VAGINITE AEROBICA



Agenti eziologici

Batteri aerobi di derivazione intestinale

Prevalenza

Non definita

Possibili cause

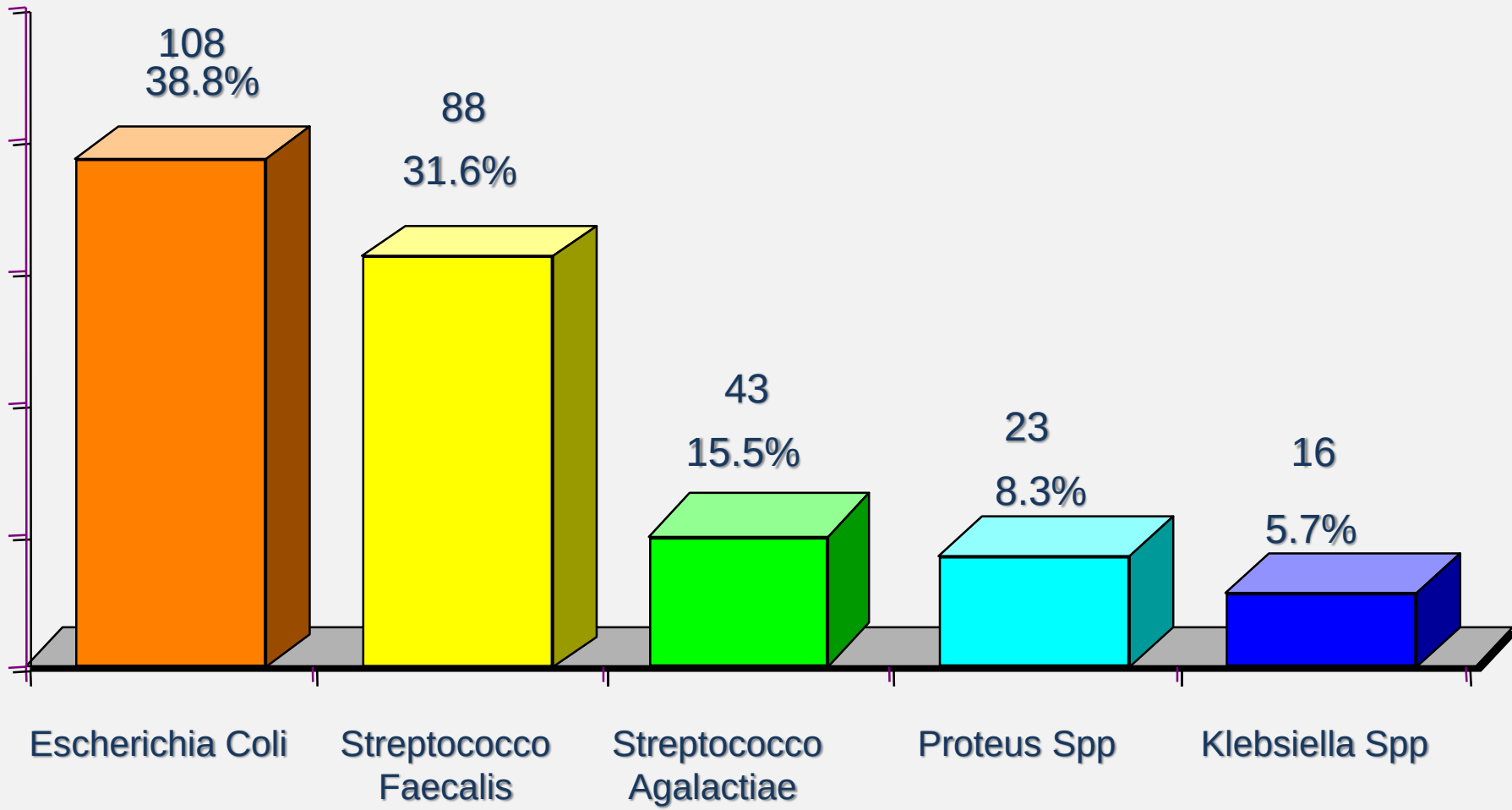
- *Dismicrobismi intestinali cronici*
- *Abitudini igieniche non corrette*
- *Ipoestrogenismi*

Trasmissione

*Per contiguità (usuale)
Sessuale (possibile)*

VAGINITE AEROBICA

Microrganismi isolati in 178 * pazienti

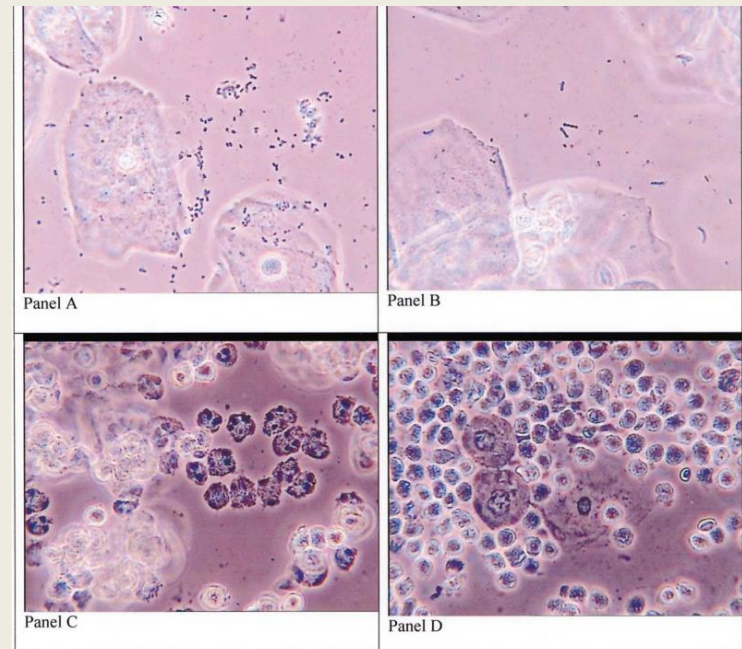
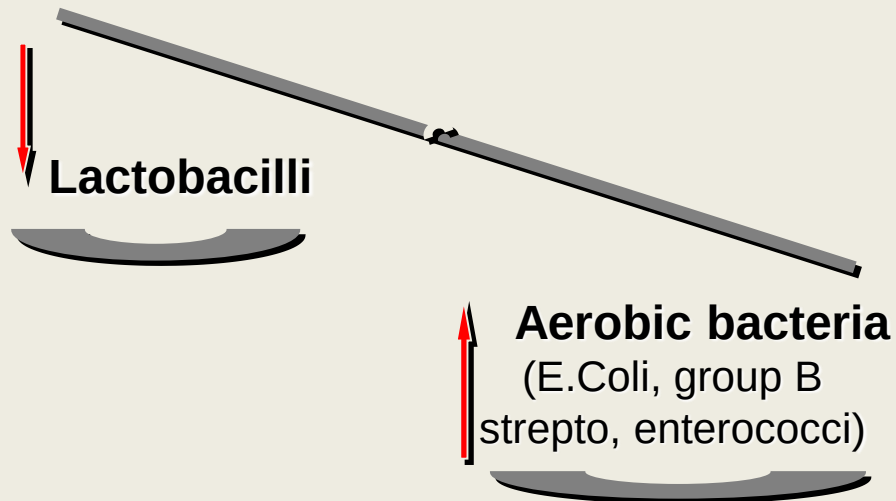


* Reperti associati in 67 casi

Guerra et al. 1998

Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis: aerobic vaginitis

Gilbert G.G. Donders^{a,*}, Annie Vereecken^b, Eugene Bosmans^{b,c},
Alfons Dekeersmaecker^c, Geert Salembier^c, Bernard Spitz^a



VAGINITE AEROBICA vs VAGINOSI BATTERICA

	VAGINITE AEROBICA	VAGINOSI BATTERICA
Lattobacilli	<i>Scarsi o assenti</i>	<i>Scarsi o assenti</i>
Batteri predominanti	<i>Aerobi (enterici)</i>	<i>Anaerobi</i>
Leucociti	<i>Numerosi</i>	<i>Scarsi o assenti</i>
Ph	<i>>5</i>	<i>>4.5</i>
Fish odor test	<i>Negativo</i>	<i>Positivo</i>
Essudato vaginale	<i>Bianco-giallastro talvolta maleodorante (sgradevole, acre)</i>	<i>Bianco-grigiastro Spesso maleodorante (pesce avariato)</i>
Sintomi irritativi	<i>Bruciore, dispareunia</i>	<i>Assenti</i>
Segni infiammatori	<i>Presenti</i>	<i>Assenti</i>
Terapia	<i>Kanamicina/Clinda/ Cloramfenicolo</i>	<i>Clinda/Metronidazolo</i>

VULVOVAGINITE DA CANDIDA

▶ **Candida Albicans** 70-80%

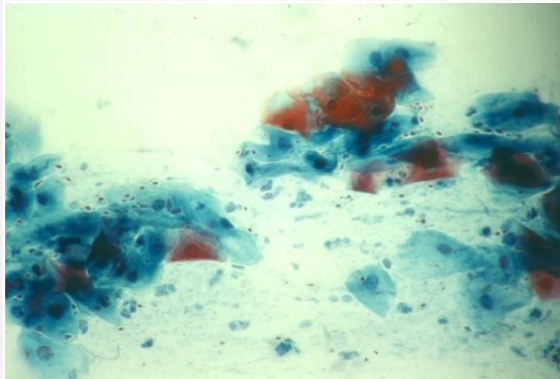
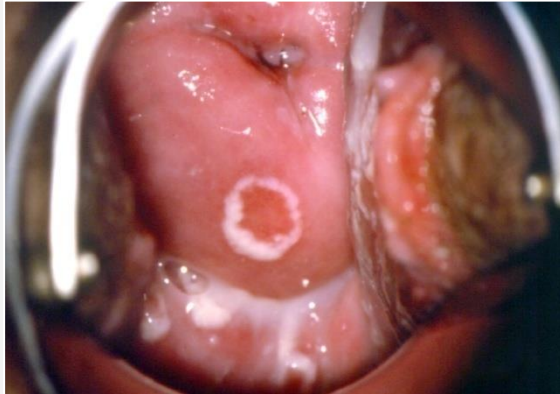
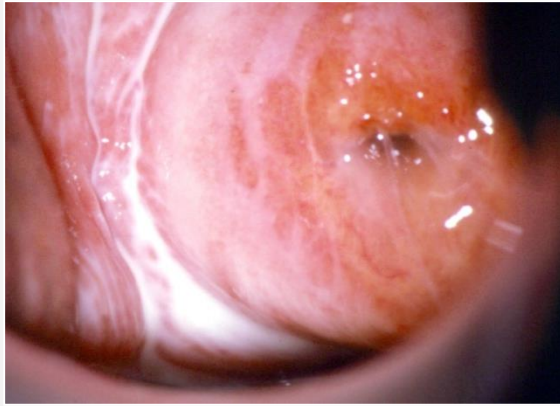
▶ **Specie Non-Albicans** 20-30%

<i>C. Glabrata</i>	14.6 %
<i>C. Crusey</i>	4.0 %
<i>C. Tropicalis</i>	2.3%
<i>C. Parapsilopsis</i>	0.6%
<i>C. Guillermondii</i>	
<i>Saccaromyces C.</i>	

Corsello 2003

Diabete (>50%)
Ricorrenze (10-20%)
Immunodepressione

CANDIDA GLABRATA



- ✓ I sintomi sono meno severi ma il decorso è cronico
- ✓ Prevalge il bruciore sul prurito
- ✓ La leucorrea è scarsa o inesistente
- ✓ Tollera maggiormente il ph alcalino
- ✓ Coesiste facilmente con altre infezioni
- ✓ E' meno sensibile agli azoli
- ✓ Correla con una precedente esposizione agli azoli
- ✓ E' più frequente nell'ospite patologico
- ✓ Non sviluppa ife

FATTORI PREDISPONENTI ALLA CANDIDIASI

Diabete non compensato

Diete iperglicidiche

Diete ricche di latticini

- Aumentata disponibilità glucosio (*substrato nutritivo*)
- Gli zuccheri del latte favoriscono
- La crescita dei lieviti

Stato ormonale

- Età fertile
- Fase premenstruale
- E/P dose-dipendente
- HRT
- Gravidanza

↑ Glucosio (*substrato nutritivo*)
↑ Adesività alle cellule vaginali
↑ Germinazione miceliale

Antibiotici

Perturbazione flora stanziale
↑ Ph

- Replicazione e germinazione
- Miceliale(?)
- Invasione epiteliale facilitata
- ($\text{ph} \geq 5$)

Immunodepressione

- Congenita e acquisita
- Corticosteroidi
- Patologie debilitanti, stress
- Denutrizione, tabagismo
- Alterazioni immunità mucosale

Rapporti sessuali

- Microtraumatismi
- Rapporti oro-genitali

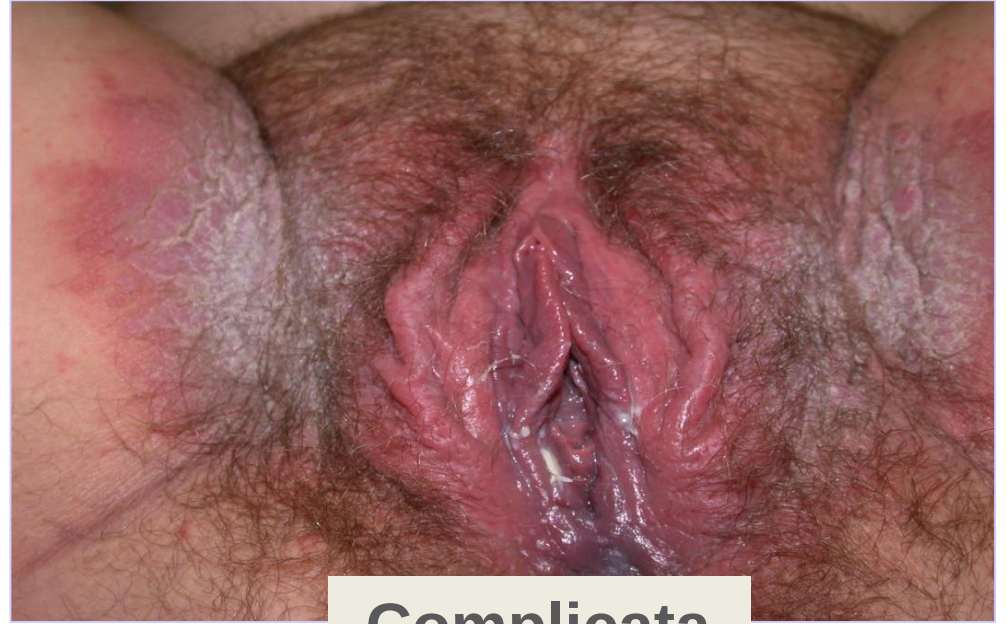
Indumenti sintetici

- ↑ Temperatura
- ↑ Umidità
- Ipersensibilità, allergia

VULVOVAGINITE DA CANDIDA



Non complicata



Complicata





VULVOVAGINITE DA CANDIDA

NON COMPLICATA

COMPLICATA

Sintomatologia

Moderata

Severa *oppure*

Frequenza

Sporadica

Ricorrente *oppure*

Specie

Albicans

Non-albicans *oppure*

Ospite

Normale

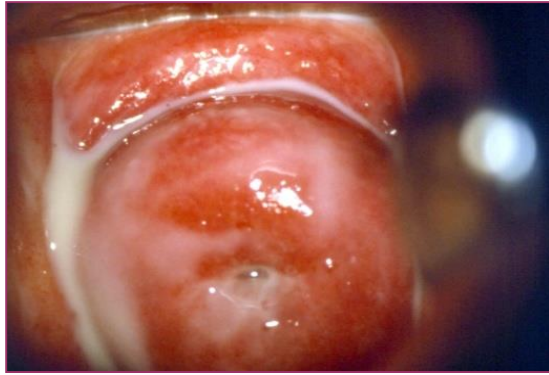
Anormale
(es. immunodepresso,
diabetico, debilitato, ecc.)

INFEZIONE VULVOVAGINALE DA CANDIDA

Trasmissibilità sessuale

- E' un patogeno non obbligato del cavo orale, intestino, cute, vagina
- Più del 20% delle donne adulte sane asintomatiche presenta la coltura vaginale positiva per C.albicans
- Pur essendo spesso inclusa tra le infezioni a trasmissione sessuale, la vulvo-vaginite da candida deve essere considerata un'infezione opportunistica di origine endogena piuttosto che un'infezione esogena da contatto

La trasmissione sessuale è possibile ma non rilevante



VAGINITE DA TRICHOMONAS VAGINALIS

Eziologia ed epidemiologia

Agente eziologico

Trichomonas Vaginalis

Prevalenza

10-20%

Serbatoi di infezione

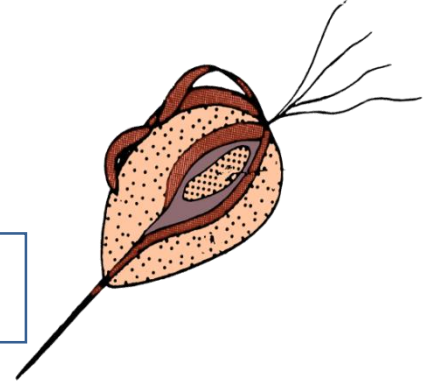
Vagina, ghiandole di Bartolino e di Skene, uretra distale maschile e femminile, prostata, vescichette seminali

Patologie correlate

Infezioni post-chirurgiche, PROM, parto pretermine

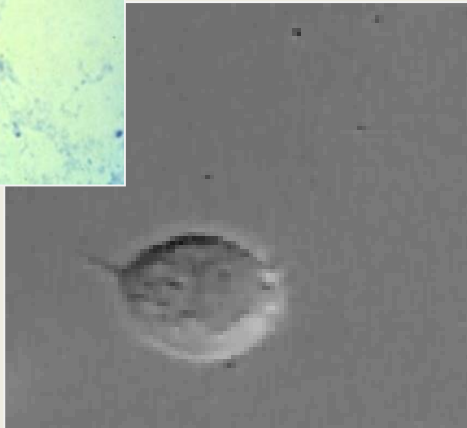
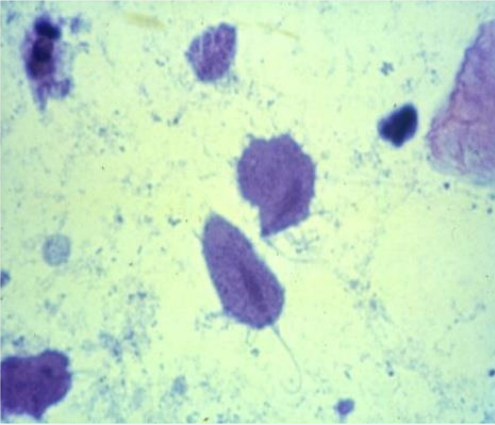
Trasmissione sessuale

Pressocché esclusiva



INFEZIONE DA TRICHOMONAS VAGINALIS

Trasmissione sessuale



Tasso di trasmissione
in coppie discordanti
70* - 85*% a 48h
dal rapporto sessuale

**Protozoo flagellato
generalmente di forma ovoidale
anaerobio**

**I flagelli (4 anteriori e 1
posteriore) lo rendono in grado
di muoversi e di estendere 2-3 volte
la sua lunghezza**

- * Se il partner a rischio è maschio
- * Se il partner a rischio è femmina

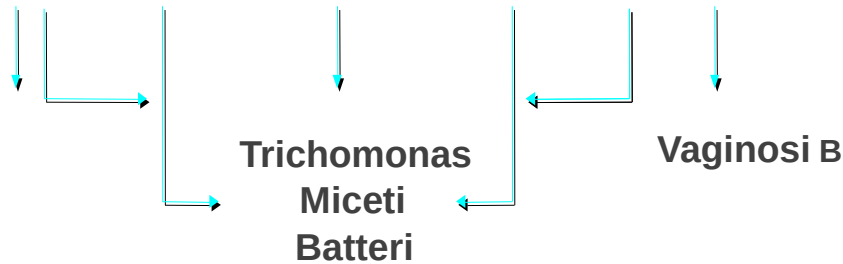
***I maschi portatori asintomatici
sono il più importante vettore e
serbatoio della malattia***

ASPETTI CLINICI

Sintomi

Percezione di leucorrea anormale

Prurito Bruciore Dispareunia Disuria Nessun sintomo



Segni

ASPETTO DELLE MUCOSE

CERVICE	Eritema	Miceti , Trichomonas , Batteri
VAGINA	No flogosi	Vaginosi Batterica

VULVA	Eritema, edema →	Miceti, Trichomonas
	No flogosi →	Vaginosi Batterica

Segni

CARATTERIZZAZIONE DELL'ESSUDATO

- *Bianco, compatto, disomogeneo, inodore* → MICETI
- *Bianco-grigiastro, fluido, omogeneo, maleodorante* → VAGINOSI BATTERICA
- *Bianco-grigiastro o giallastro, fluido, omogeneo, schiumoso* → TRICHOMONAS VAGINALIS
- *Bianco-grigiastro o giallastro, fluido, aspecifico* → VAGINITE BATTERICA
- *Bianco pastoso, omogeneo* → “VAGINOSI” LATTOBACILLARE

ASPETTI CLINICI

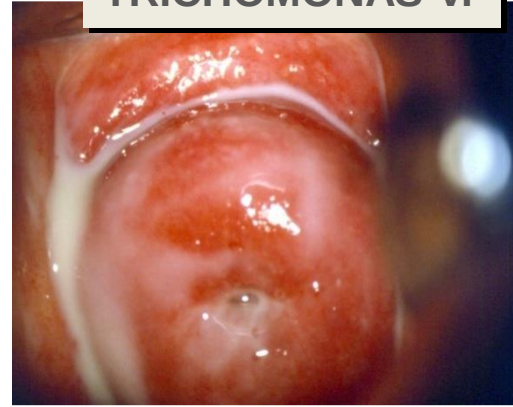
CANDIDA



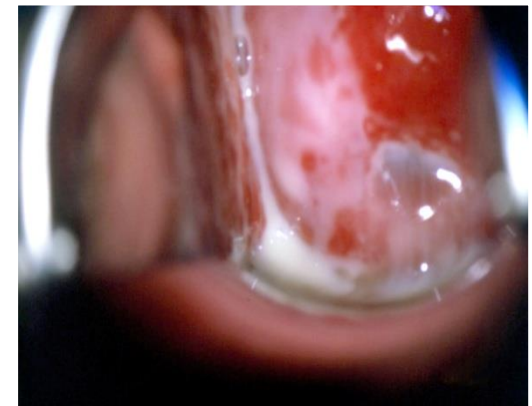
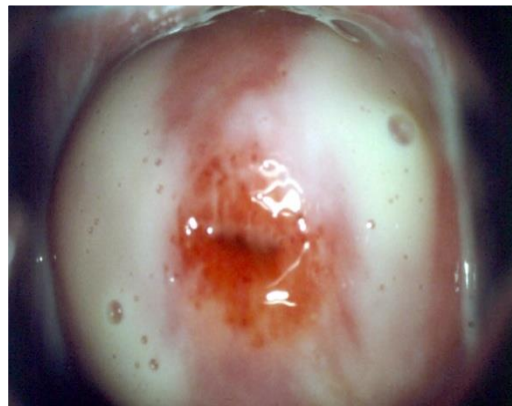
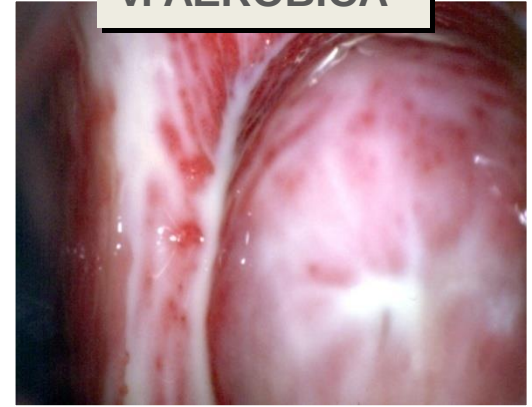
VAGINOSI B.



TRICHOMONAS V.



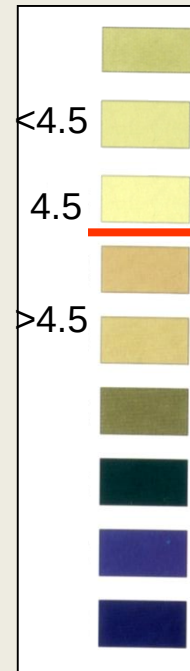
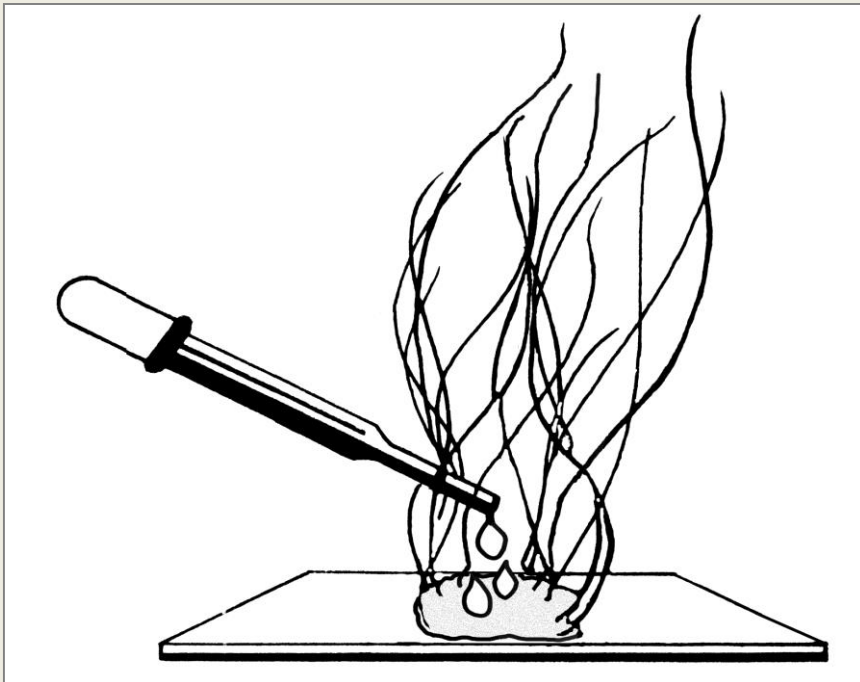
V. AEROBICA



VULVOVAGINITI

Indagini diagnostiche

- Ph
- Fish odor test
- Esame microscopico a fresco
- Esame colturale

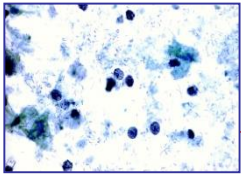


Leucorrea anormale

< 4.5 Ph > 4.5

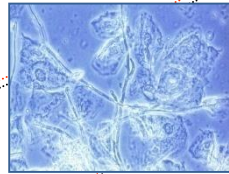
negativo Fish odor test positivo o negativo

Esame microscopico



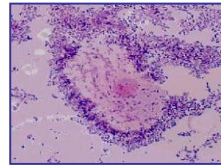
lattobacilli
no leucociti
citolisi

**Vaginosi
citolitica**



ife e/o spore
no/pochi lattobacilli
leucociti

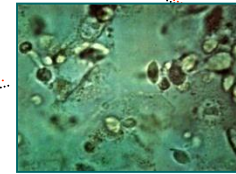
Miceti



clue cells
no/pochi lattobacilli
no/pochi leucociti

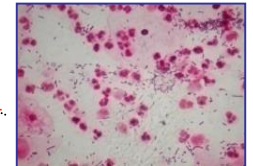
GRAM

**Vaginosi
Batterica**



elementi ovalari
flagellati mobili
leucociti
batteri liberi
no lattobacilli

**Trichomonas
Vaginalis**



batteri liberi
leucociti
no/pochi lattobacilli
cellule parabasali

**Vaginite
Aerobica**

VAGINOSI BATTERICA

Diagnosi clinica

Criteri di Amsel*

- Essudato omogeneo aderente alle pareti vaginali, talvolta schiumoso
- Ph>4.5
- Fish odor test → positivo
- Clue cells* (≥2 x campo) all'esame microscopico a fresco

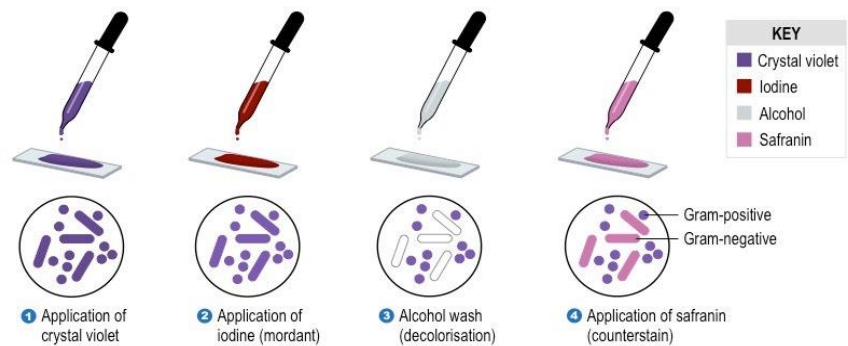
* la presenza di 3 dei 4 criteri di Amsel depone per VB

* sensibilità 90%, specificità 98%



Diagnosi di laboratorio

GRAM STAIN



NUGENT SCORE

Morfotipi	N° per campo	Punteggio
<i>Lactobacillus simili</i> (bacilli Gram positivi)	> 30	0
	5 – 30	1
	1- 4	2
	< 1	3
<i>Mobiluncus simili</i> (batteri Gram negativi)	0	4
	> 5	2
	< 1-4	1
<i>Gardnerella/Bacteroides</i> (coccobacilli Gram variabili e batteri Gram negativi pleiomorfi)	> 30	4
	5 – 30	3
	1 – 4	2
	< 1	1
PUNTEGGIO: 0 - 3 Normale 4 - 6 Intermedio 7 - 10 V.Batterica		



[European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases](#)

December 2015, Volume 34, [Issue 12](#), pp 2367–2376 | [Cite as](#)

Vaginal microbiome and metabolome highlight specific signatures of bacterial vaginosis

B. Vitali ,F. Cruciani, G. Picone, C. Parolin, G. Donders, L. Laghi



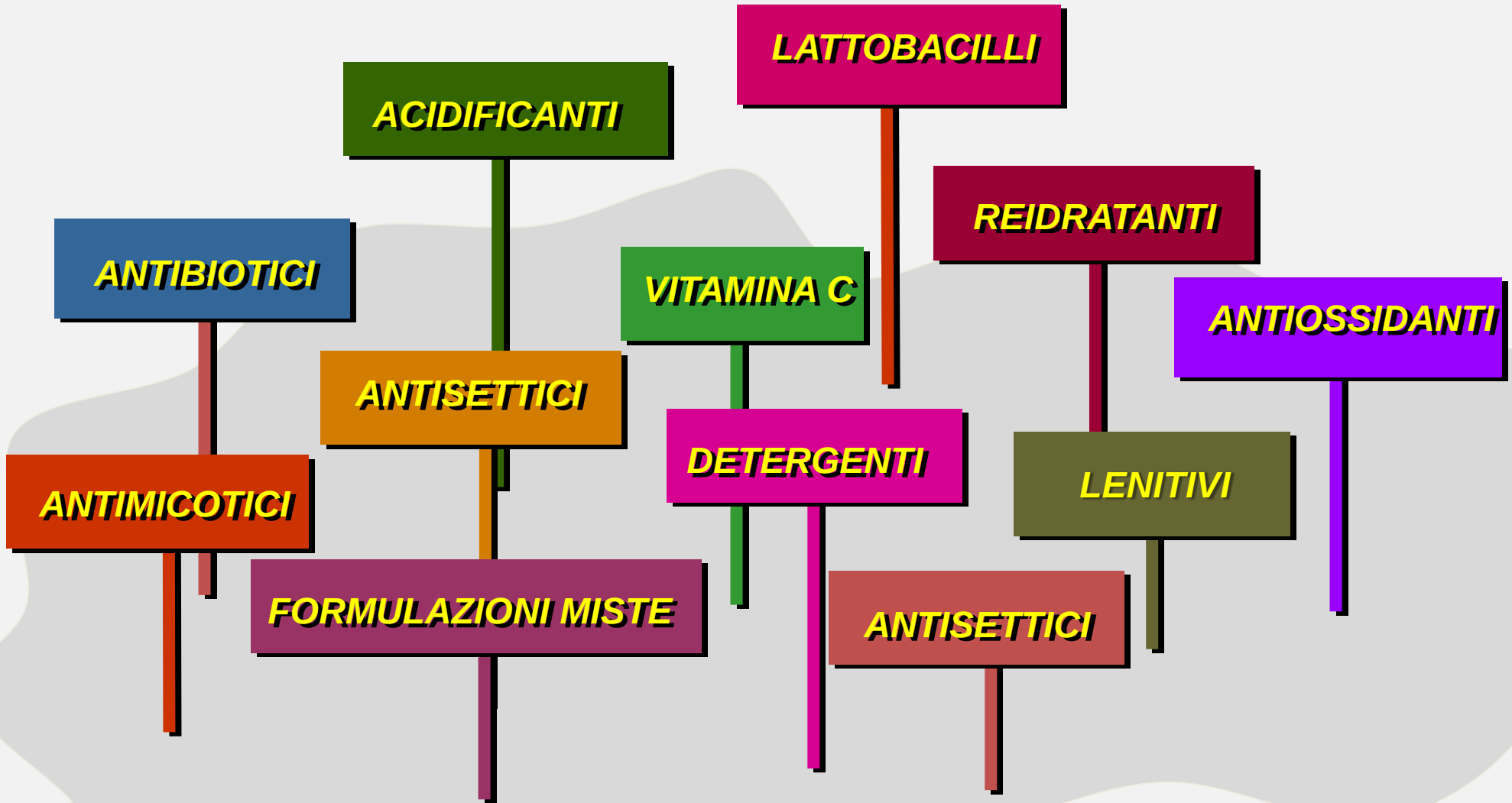
VOL. 130, NO. 1, JULY 2017

Original Research

Clinical Validation of a Test for the Diagnosis of Vaginitis

Charlotte A. Gaydos, MS, DrPH, Sajo Begaj, PhD, Jane R. Schwebke, MD, Joel Lebed, DO, Bonnie Smith, WHCNP, Thomas E. Davis, MD, PhD, Kenneth H. Fife, MD, PhD, Paul Nyirjesy, MD, Timothy Spurrell, MD, Dorothy Furgerson, MD, Jenell Coleman, MD, Sonia Paradis, MS, and Charles K. Cooper, MD

PRESIDI TERAPEUTICI



VAGINITI: UN PROBLEMA BANALIZZATO?

Patologia “minore”

- ✓ Manifestazioni circoscritte al basso tratto genitale
- ✓ Sintomatologia essenzialmente irritativa
- ✓ Ampia disponibilità di farmaci
- ✓ Risoluzione generalmente rapida

Problemi

- ✓ Possibili complicanze per diffusione al tratto genitale alto
- ✓ Frequenti ricorrenze
- ✓ Facile cronicizzazione
- ✓ Scadente vita di relazione
- ✓ Implicazioni psicologiche per possibile o temuta trasmissibilità sessuale
- ✓ Timore inconfessato di patologia oncologica non riconosciuta

COMPLICANZE DELLE VULVOVAGINITI

PREMENARCA



Adesione piccole labbra

ETÀ FERTILE



Ginecologiche



Ostetriche

MENOPAUSA



Dispareunia

Infezioni urinarie ricorrenti

Dispareunia
Algie pelviche

PID

Infezioni post-chirurgiche
Infezioni urinarie ricorrenti

Shock tossico

staphylococcus aureus
streptococcus pyogenes

Aborto

Parto pretermine

Corionamnionite

PROM

Sepsi neonatali

Endometriti post-parto e post-aborto

sterilità
gravidanza ectopica
sinechie endouterine
sindrome aderenziale pelvica

VAGINOSI BATTERICA / IST



La VB aumenta il rischio di IST e di acquisizione sessuale dell'HIV

- ◆ Attivazione dei CD4 (target primario per l'infezione da HIV) a seguito dell'innalzamento del PH vaginale (*Larsson et al. 2005*)
- ◆ Assenza di perossido di idrogeno (effetto tossico nei confronti di molti microrganismi) per mancanza/scarsità di lattobacilli H₂O₂ (*Tomas et al. 2004*)
- ◆ Alta concentrazione di fattori di virulenza batterica (sialidasi, mucinasi ecc) in grado di favorire l'infezione delle mucose cervico-vaginali da parte di patogeni trasmessi sessualmente (*Olmsted et al. 2003*)

VAGINITI RICORRENTI

Frequenza

CANDIDIASI



Il 75% delle donne ha 1 episodio di VVC
Il 40% delle donne riferisce 2 o più episodi
Il 5-10% delle donne ha 4 o più episodi/anno

VAGINOSI BATTERICA



Il 25% dei casi recidiva ad 1 mese
Il 45% dei casi recidiva a 3 mesi
Il 75-80% dei casi recidiva a 6-9 mesi

TRICHOMONIASI



Il 5-10% dei casi presenta episodi subentranti

VAGINITE AEROBICA



Non nota / tendenza alla cronicizzazione

VAGINITI RICORRENTI

Possibili cause

RECIDIVA

Incompleta eradicazione in ospite permittente
(*Candidiasi* , *forme batteriche*)

REINFEZIONE

- Sessuale (*Candida* → 10-20% orogenitale); *Trichomonas* → quasi sempre!!!
- Endogena (*Candida* → 10-70% intestino)

RESISTENZA

- Fluconazolo → infrequente per *C.Albicans*, meno rara per non-*Albicans spp*
- Metronidazolo → 4-10%, *Tinidazolo* 1%
- Biofilm patogeni

IATROGENA

- Diagnosi non causale
- Trattamento inadeguato (*selezione di ceppi resistenti o altri patogeni*)

DIAGNOSI DI VAGINITI E VAGINOSI

COSE DA NON FARE

▶ **Fermarsi alla sola valutazione clinica**

Circa il 30-40% delle pazienti sintomatiche → *segni e/o sintomi aspecifici*

▶ **Somministrare farmaci solo sulla base di sintomi riferiti**

Il triage telefonico è un pessimo strumento diagnostico!

▶ **Usare le colture indiscriminatamente**

Sensibilità 83-94%
VPP < 50%



- Difficoltà a stabilire un ruolo patologico per ogni microrganismo identificato (VB,VA, micosi)
- Nelle indagini routinarie non vengono testati gli anaerobi

▶ **Autodiagnosi e autogestione**

Over-the-Counter Antifungal Drug Misuse Associated With Patient-Diagnosed Vulvovaginal Candidiasis

Daron G. Ferris, MD, Paul Nyirjesy, MD, Jack D. Sobel, MD, David Soper, MD, Adriana Pavletic, MD, and Mark S. Litaker, PhD

Table 1. Final Diagnoses for Women Who Intended to Treat Self-Diagnosed Vulvovaginal Candidiasis With an Over-the-Counter Antifungal Product

Final diagnosis	n	%
Normal	13	13.7
Vulvovaginal candidiasis	32	33.7
Trichomonas vaginitis	2	2.1
Bacterial vaginosis	18	18.9
Other*	10	10.5
Bacterial vaginosis and vulvovaginal candidiasis	18	18.9
Bacterial vaginosis and trichomonas vaginitis	1	1.1
Vulvovaginal candidiasis and trichomonas vaginitis	1	1.1
Total	95	100.0

* Includes atrophic vaginitis, irritant dermatitis, acute salpingitis, and diabetic pruritus.

Table 2. Association of Prior Diagnosis of Vulvovaginal Candidiasis Compared With Current Diagnosis

Current diagnosis	Prior clinical vulvovaginal candidiasis diagnosis*		Total
	Yes	No	
Any vulvovaginal candidiasis [†]	37 (48.1%)	14 (77.8%)	51
No vulvovaginal candidiasis [‡]	40 (51.9%)	4 (22.2%)	44
	$\chi^2 = 5.18, P = .02$ OR 0.26, 95% CI 0.08, 0.88		
Pure vulvovaginal candidiasis [§]	25 (32.5%)	7 (38.9%)	32
Mixed and other infections	52 (67.5%)	11 (61.1%)	63
	$\chi^2 = 0.27, P = 0.6$ OR 0.76, 95% CI 0.26, 2.18		

OR = odds ratio; CI = confidence interval.

* History of clinician-rendered diagnosis of vulvovaginal candidiasis.

[†] Any diagnosis of vulvovaginal candidiasis, including pure or mixed diagnosis (vulvovaginal candidiasis with bacterial vaginosis or trichomonas vaginitis).

[‡] Bacterial vaginosis, trichomonas vaginitis, other infections, or normal.

[§] Only vulvovaginal candidiasis.

^{||} Includes vulvovaginal candidiasis as a mixed infection with bacterial vaginosis or trichomonas vaginitis, normal, other infections, bacterial vaginosis, or trichomonas vaginitis.

OBSTETRICS & GYNECOLOGY 2002

- Solo un terzo delle donne usano farmaci antimicotici per una presunta vulvovaginite da candida hanno effettivamente una vulvovaginite da candida
- Una pregressa diagnosi di vulvovaginite da candida non aiuta a fare autodiagnosi appropriata

VAGINITI E VAGINOSI

Approccio metodologico corretto

Anamnesi

Osservazione dei genitali esterni

Visualizzazione della cervice e della vagina

Caratterizzazione dell'essudato

Determinazione del Ph vaginale

Fish odor test

Esame microscopico

Eventuale esame colturale/molecolare

Terapia causale

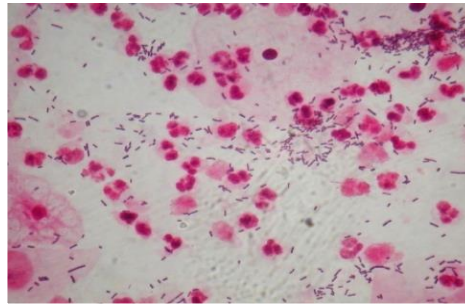
TRATTAMENTO DELLE VULVOVAGINITI

Infezione micotica



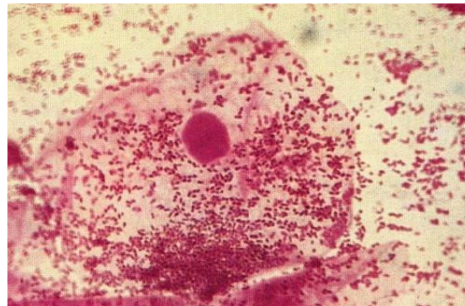
► **Antimicotici**
(azoli) **Orali o topici**

Vaginite aerobica



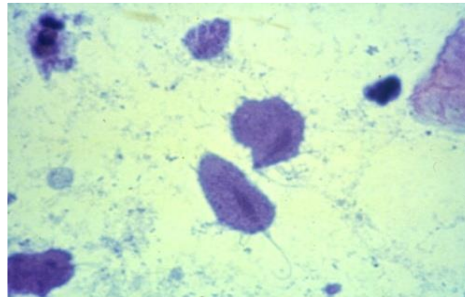
► **Antibiotici / antisettici**
(kanamicina, meclociclina,
chemicetina, clorexidina) **Topici**

Vaginosi batterica



► **Metronidazolo**
Tinidazolo **Orali o topici**
Clindamicina

**Infezione da
Trichomonas V**



► **Metronidazolo**
Tinidazolo **Orali**
(estensione al partner)

VULVOVAGINITE DA CANDIDA NON COMPLICATA

Terapia

Orale*

Fluconazolo	150mg/diex1 gg
Itraconazolo	200mg/diex3gg 200mg bid x1gg

* (controindicati in gravidanza e allattamento)

Topica

Econazolo
Miconazolo
Clotrimazolo
Isoconazolo
Fenticonazolo
Tioconazolo
Terconazolo
Sertaconazolo



Terapia a breve termine

Si può assecondare la preferenza della paziente

Trattamento del partner solo se sintomatico

Eradicazione > 90% dei casi

Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015

Severe VVC

Severe vulvovaginitis (i.e., extensive vulvar erythema, edema, excoriation, and fissure formation) is associated with lower clinical response rates in patients treated with short courses of topical or oral therapy. Either 7–14 days of topical azole or 150 mg of fluconazole in two sequential oral doses (second dose 72 hours after initial dose) is recommended.



CANDIDIASI VULVOVAGINALE RICORRENTE

Gestione *

- Rimozione/controllo dei fattori predisponenti (*clinici e comportamentali*)
- Terapia d'attacco + Terapia di mantenimento (*profilassi*)
- Farmaci alternativi al fluconazolo (*itraconazolo, acido borico*) nei casi da specie non-Albicans
- Trattamento del partner asintomatico (?)
- Sintomatici (*corticosteroidi a bassa potenza, antistaminici, emollienti, bicarbonato...*)

* Gli episodi ricorrenti debbono avere conferma microbiologica (coltura) La coltura consente inoltre di identificare la specie di Candida implicata. In caso di 2 colture negative con sintomi persistenti occorre considerare altre possibili cause non infettive

Vulvovaginiti da causa non infettiva

- ✓ Da agenti chimici o irritanti
- ✓ Allergiche
- ✓ Traumatiche
- ✓ Atrofiche
- ✓ Secondarie a malattie sistemiche o extragenitali
- ✓ Secondarie a dermatiti e dermatosi

*Saponi
Deodoranti
Tessuti sintetici
Farmaci
Spermicidi
Lubrificanti*

*Collagenopatie
Dismetabolismi
Morbo di Crohn
Dermatiti da contatto
Lichen planus
Sindrome di Behçet
Pemfigo, pemfigoide
Psoriasi*



CANDIDIASI RICORRENTE (RVVC)

Terapia di mantenimento *

ORALE	Fluconazolo	150 o 200 mg/ mese o settimana
	Itraconazolo	200mg x2/die 1° giorno ciclo 200mg/die primi 2gg ciclo
TOPICA	Acido borico	300-600mg/die inizio ciclo



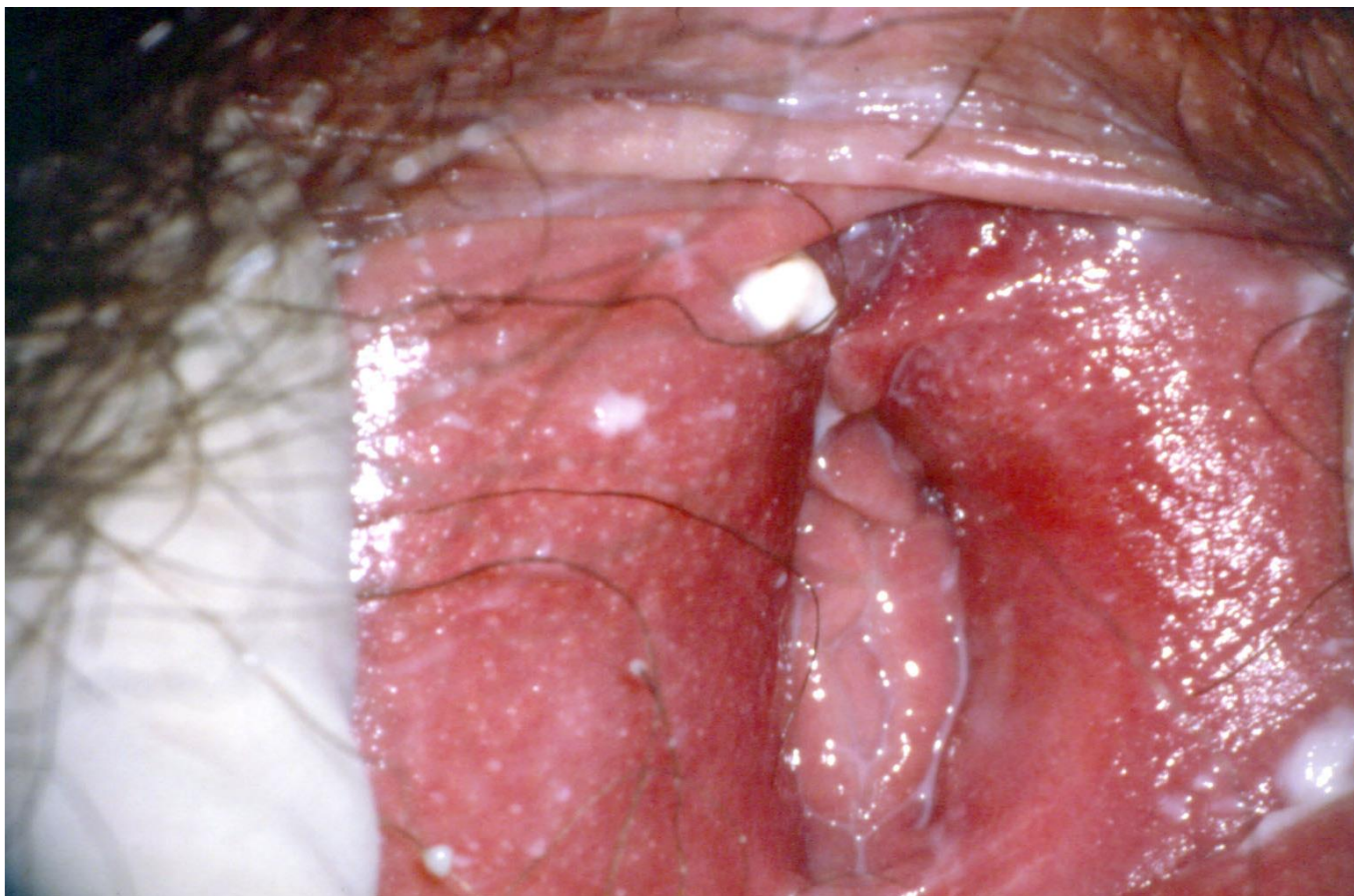
per almeno 6 mesi

* Non risolutiva (~ 30% di recidive post-profilassi → 70% di recidive a sei mesi)
Possibile ridotta suscettibilità al fluconazolo per somministrazioni long term

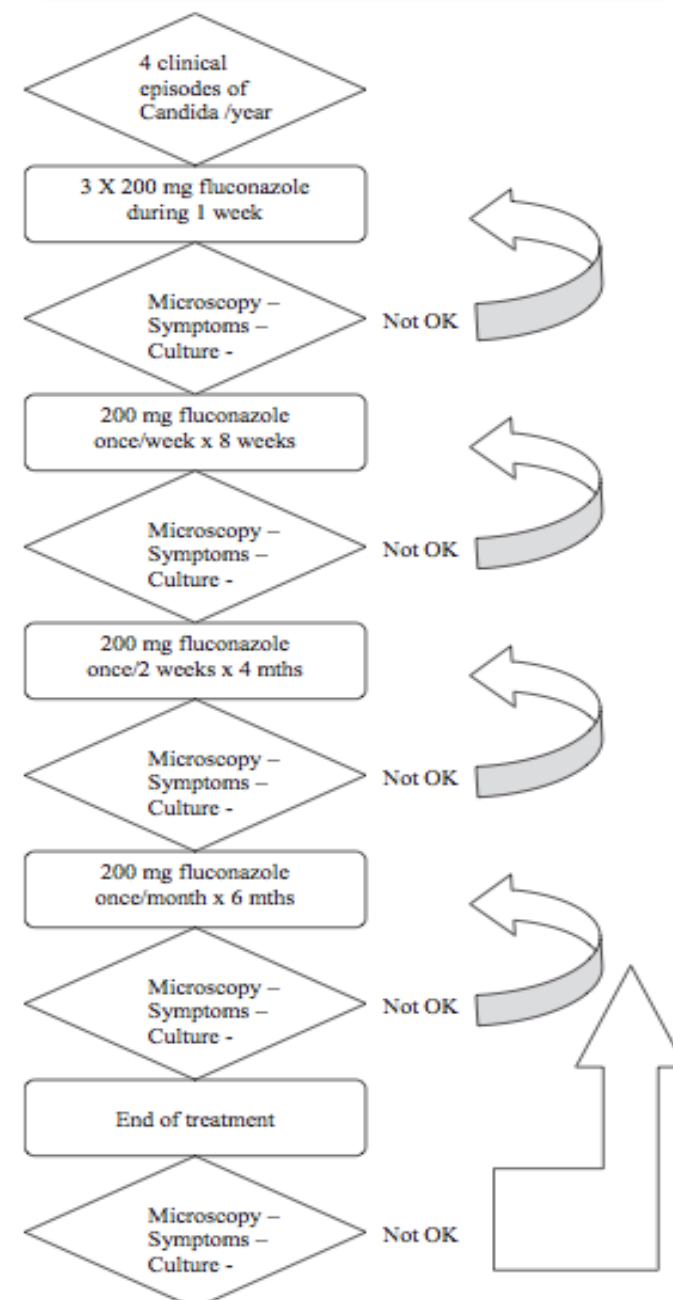
GENERAL GYNECOLOGY

Individualized decreasing-dose maintenance fluconazole regimen for recurrent vulvovaginal candidiasis (ReCiDiF trial)

Gilbert Donders, MD, PhD; Gert Bellen, RN; Geert Byttebier, MSc; Luc Verguts, MD; Piet Hinoul, MD; Ronald Walckiers, MD; Michel Stalpaert, MSc; Annie Vereecken, MPharm; Johan Van Eldere, MD, PhD



Disease free rate → 90% a 6 mesi, 77% ad un anno

ReCiDiF trial schema

REVIEW ARTICLE

Recurrent vulvovaginal candidiasis: A review of guideline recommendations

Alexia Matheson¹ and Danielle Mazza²

- ◆European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS* 2011
- ◆AWMF, Association for the Scientific Medical Societies in Germany Guideline: vulvovaginal candidosis, Mycoses 2015
- ◆ *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)* Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis. *J Obstet Gynaecol Can* 2015
- ◆American College of *Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* Vaginitis. *Am J Obstet Gynecol* 2006
- ◆Faculty of Sexual & reproductive Healthcare Clinical Guidance (FSRH) Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings. 2012

Le linee guida internazionali per il trattamento di RVVC sono coerenti

Tuttavia i trattamenti correntemente raccomandati sono subottimali

Ulteriori studi di ampie dimensioni sono auspicabili per identificare terapie più efficaci

ORIGINAL ARTICLE

Is it possible to prevent recurrent vulvovaginitis? The role of *Lactobacillus plantarum* I1001 (CECT7504)

S. Palacios¹ · J. Espadaler² · J. M. Fernández-Moya³ · C. Prieto⁴ · N. Salas¹

Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2016) 35:1701–1708

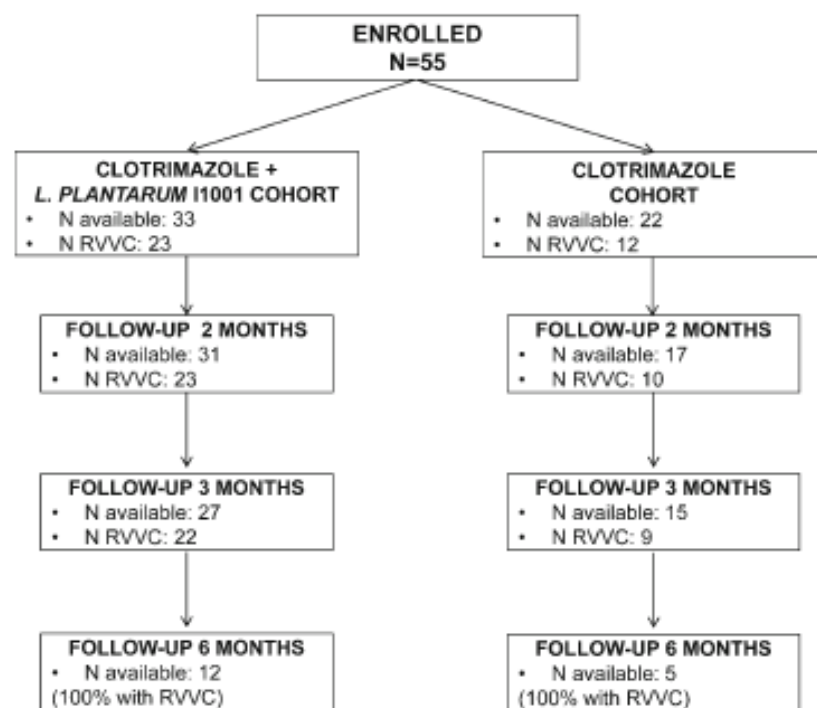
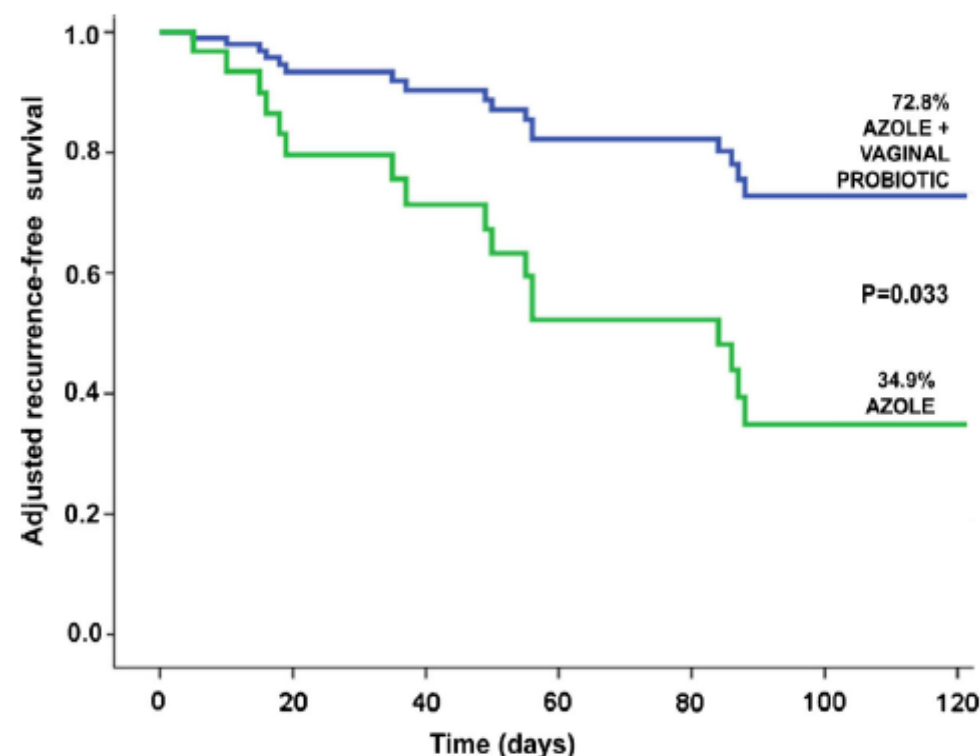


Fig. 1 Patients flow-chart across study visits

Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2016) 35:1701–1708



INFEZIONE DA TRICHOMONAS VAGINALIS

Terapia

Derivati del 5 – Nitroimidazolo

via orale

Metronidazolo * 2g in singola dose
500 mg x 2/die x7gg

Tinidazolo ** 2g in singola dose

- * •allertare su possibile effetto antabuse
- * •controindicato in gravidanza

***Estensione
del trattamento
al partner ****

RICORRENZE

- Ulteriore ciclo di terapia agli stessi dosaggi
- Ulteriore ciclo di terapia a dosaggio più alto
(2g di metronidazolo o tinidazolo/die x7-14gg)
- Associazione con terapia topica
- Paromomicina vaginale +Tinidazolo ad alti dosi (*aneddotico*)
- Trattamento del partner

*** Evitare rapporti
sessuali fino a
guarigione di entrambi
i partners**

**Raccomandare
l'utilizzo del condom**

VAGINOSI BATTERICA

Terapia

Antibiotici topici

Clindamicina

5g crema 2%/die x7gg

100mg ovuli/die x3gg

Metronidazolo

5g gel 0,75%/die x5gg

Antibiotici sistemici

Metronidazolo

500mg x2/die x7gg

Tinidazolo

2g/die x2gg o 1g/die x5gg

Clindamicina

300mgx2/die x7gg

Gravidanza

Metronidazolo orale

250mg x 3/die x 7gg

Metronidazolo orale

500mg x 2/die x 7gg

Clindamicina orale

300mg x 2/die x 7gg

La gestione della VB ricorrente non è standardizzata

- Impiego di regimi alternativi
- Metronidazolo gel 2/sett. per 4-6 mesi
- Metronidazolo orale 2 g ogni mese + fluconazolo 150 mg
- Metronidazolo 500mgx2/die x 7gg + ac. Borico 600 mg/die x 21gg + Metronidazolo gel 2/sett. per 4-6 mesi
- Acidificanti vaginali
- Vitamina C
- Lattobacilli topici
- Probiotici orali
- Trattamento del partner (?)

Bacterial vaginosis: a review on clinical trials with probiotics

Paola Mastromarino¹, Beatrice Vitali², Luciana Mosca³

¹Department of Public Health and Infectious Diseases, Section of Microbiology, Roma, Italy;

²Department of Pharmacy and Biotechnology, University of Bologna, Bologna, Italy;

³Department of Biochemical Sciences, Sapienza University School of Medicine, Roma, Italy

TABLE 1 - Clinical trials on probiotics use (or treatment) of bacterial vaginosis (BV).

Authors	Size	Type of study/ duration	Intervention	BV cure rate
Anukam <i>et al.</i> , 2006b	40	R, OB, AC 30 days	Daily vaginal capsule containing <i>L. rhamnosus</i> GR-1 (10 ⁹ CFU) and <i>L. reuteri</i> RC-14 (10 ⁹ CFU) or 0.75% metronidazole gel b.i.d. for 5 days	65% compared to 33% metronidazole (P = 0.056)
Mastromarino <i>et al.</i> , 2009	34	R, DB, PC 3 week	Daily vaginal tablet containing ≥10 ⁹ CFU of <i>L. brevis</i> CD2, <i>L. salivarius</i> FV2, and <i>L. plantarum</i> FV9 for 7 days	50% compared to 6% control (P = 0.017)
Parent <i>et al.</i> , 1996	32	R, PC 4 week	1-2 daily vaginal tablet containing <i>L. acidophilus</i> ≥10 ⁷ CFU and 0.03 mg estriol for 6 days	88% compared to 22% control (P < 0.05)
Hallén <i>et al.</i> , 1992	57	R, DB, PC 20-40 days	Vaginal suppository containing <i>L. acidophilus</i> 10 ⁸⁻⁹ CFU or placebo b.i.d. for 6 days	21% compared to 0% control (P = NS)

R = randomized; DB = double blind; PC = placebo controlled; OB = observer blind. AC = active controlled. CFU = colony forming units.

TABLE 2 - Clinical trials on probiotics use combined with antibiotic treatment for BV.

Authors	Size	Type of study/ duration	Intervention	BV cure rate
Anukam <i>et al.</i> , 2006a	125	R, DB, PC 30 days	Oral metronidazole 500 mg b.i.d. for 7 days and oral capsules containing <i>L. rhamnosus</i> GR-1 (10 ⁹ CFU) and <i>L. reuteri</i> RC-14 (10 ⁹ CFU) or placebo b.i.d. for 30 days starting on day 1 of metronidazole treatment	88% compared to 40% control (P < 0.001)
Petricic and Witt, 2008	190	R, OB, PC 4 weeks	Oral clindamycin 300 mg b.i.d. for 7 days, then vaginal capsules containing 10 ⁹ CFU of <i>L. casei rhamnosus</i> for 7 days	83% compared to 35% control (P < 0.001)
Larsson <i>et al.</i> , 2008	100	R, DB, PC 6 menstrual periods	Vaginal 2% clindamycin cream directly followed by vaginal capsules containing <i>L. gasseri</i> Lba EB01-DSM 14869 (10 ⁸⁻¹⁰ CFU) and <i>L. rhamnosus</i> Lbp PB01-DSM 14870 (10 ⁸⁻¹⁰ CFU) for 10 days, probiotic treatment repeated for 10 days after each menstruation during 3 menstrual cycles	65% compared to 46% control (P = 0.042)
Eriksson <i>et al.</i> , 2005	187	R, DB, PC 2 menstrual periods	Vaginal 100 mg clindamycin ovules for 3 days, then tampons containing 10 ⁸ CFU of <i>L. gasseri</i> , <i>L. casei rhamnosus</i> , <i>L. fermentum</i> or placebo tampons during the next menstrual period	56% compared to 62% control (P = NS)
Bradshaw <i>et al.</i> , 2012	268	R, DB, PC 6 months	Oral metronidazole 400 mg b.i.d. for 7 days followed by vaginal pessary containing <i>L. acidophilus</i> KS400 ≥10 ⁷ CFU and 0.03 mg estriol for 12 days	72% compared to 73% control (P = NS)

R = randomized; DB = double blind; PC = placebo controlled; OB = observer blind. CFU = colony forming units.

VAGINITE AEROBICA

Terapia

Antibiotici topici

Kanamicina	100mg ovuli/die x 6gg
Cloramfenicolo	250/500mg ovuli/die x 3gg
Clindamicina	5g crema 2%/die x7gg
Meclociclina	100mg ovuli/die x3gg
	35mg ovuli/die x 7gg

Antisettici topici

Clorexidina	10mg ovuli/die x 10gg
	2,5g gel/die x 6gg

RICORRENZE/PERSISTENZE

BONIFICA SERBATOIO INTESTINALE

- **Probiotici orali**
- **Vaccini colibacillari**
- **Dieta adeguata**

NORMALIZZAZIONE AMBIENTE VAGINALE

- **Acidificanti**
- **Lattobacilli esogeni**
- **Probiotici orali**

ESTROGENI TOPICI (ipoestrogenismi)

VAGINITI E VAGINOSI

Raccomandazioni conclusive

- ✓ **Rispettare la metodologia diagnostica**
- ✓ **Tener conto delle le linee guida di trattamento**
- ✓ **Normalizzare l'ambiente vaginale**
- ✓ **Rimuovere eventuali condizioni favorenti la cronicizzazione**
- ✓ **Riconsiderare la diagnosi ad ogni episodio**
- ✓ **Escludere altre possibili cause non infettive**
- ✓ **Informare adeguatamente la paziente**

GRAZIE