

Vaginiti e vaginosi

Brunella Guerra - Bologna

Si tratta di processi flogistici a carico della vagina con frequente coinvolgimento degli altri distretti del basso tratto genitale. La sintomatologia che le caratterizza è di tipo irritativo ovvero rappresentata da prurito, bruciore, calore, fastidio, senso di secchezza e talvolta dolore, specie in relazione ai rapporti sessuali. Il riscontro di secrezioni vaginali anormali, con o senza eritema ed edema dei tessuti, completa di norma il quadro clinico. L'eziologia infettiva è riscontrabile approssimativamente nella metà delle donne che lamentano sintomi vulvovaginali, in particolare in circa il 10% dei casi in età prepubere, nel 40-50% delle donne con sintomi in post-menopausa, ma sostiene certamente la quota più rilevante (circa il 90%) dei casi riferiti in età fertile. A consentire il realizzarsi della condizione flogistica è uno squilibrio del microbiota vaginale che modificando la suscettibilità dell'ospite può portare ad una condizione di disbiosi per redistribuzione quantitativa delle specie batteriche stanziali oppure all'infezione vera e propria a seguito dell'attecchimento di patogeni esogeni.

Tra i patogeni responsabili di patologia infettiva genitale, quelli determinanti l'insorgenza di vaginiti sono essenzialmente batteri, miceti o protozoi, con netta predominanza delle forme batteriche e micotiche in quasi tutte le casistiche. La vastità del problema è tale da poter tranquillamente affermare che le vaginiti, specie quelle su base infettiva, rappresentano, se non il primo, uno dei motivi per cui più frequentemente le donne si rivolgono al proprio medico o al ginecologo. Se tempestivamente diagnosticate e opportunamente trattate, esse sono risolvibili di solito in tempi brevi. Si tratta dunque di una patologia non grave, ma che merita attenzione sia per le possibili complicanze, alcune delle quali di particolare rilevanza per le implicazioni in ambito riproduttivo, sia per la frequenza di forme recidivanti, fonte talvolta di disagio cronico e di una scadente vita di relazione. Per spiegare la ricorrenza delle infezioni vulvovaginali sono state avanzate varie ipotesi. Ad esempio, in caso di vulvovaginite micotica, oltre ai classici fattori predisponenti (diabete, gravidanza, contraccettivi orali, antibiotici ed immunosoppressori) presenti solo in un gruppo limitato di donne con ricorrenze, vengono chiamate in causa la possibilità di reinfezione endogena dal serbatoio intestinale o esogena per trasmissione sessuale, l'implicazione di specie non-Albicans che rispondono meno bene agli azoli per lo meno alle posologie convenzionali, possibili resistenze al fluconazolo, deficit dell'immunità cellulo-mediata o risposte di tipo allergico-iperergico e differenze genetiche nella risposta immune al microrganismo.

In caso di Vaginosi batterica, che è un classico esempio di disbiosi, le cause delle frequenti ricorrenze restano ancora poco note. Alcune esperienze prospettiche hanno evidenziato- intercalati alle ricorrenze vere e proprie - episodi di micosi vaginali e di infezioni urinarie, facendo ritenere che l'incapacità a ristabilire con la terapia l'effettiva normalizzazione dell'ambiente vaginale debba essere la condizione principale per le frequenti recidive. Meno remota appare invece la causa di cronicizzazione da *Trichomonas Vaginalis*: anche se possibile, la resistenza al metronidazolo è rara e più spesso si tratta di reinfezioni esogene da partners non trattati. Per quanto riguarda la cronicizzazione delle vaginiti da enterobatteri, che raggiungono l'ambiente vaginale per lo più per contiguità, ne sono all'origine verosimilmente dismicrobismi intestinali, ma non possono essere esclusi, quali fattori predisponenti, colonizzazioni vestibolari persistenti o infezioni urinarie subcliniche. In sintesi, le cause di recidiva sono: l'incompleta eradicazione con la terapia che nell'ospite permittente ripropone a breve il problema; la reinfezione esogena per via sessuale o endogena da altri distretti corporei; la possibile anche se infrequente resistenza ai farmaci, la costituzione di biofilm patogeni in cui i

microrganismi sono scarsamente raggiungibili da farmaci e dalle difese immunitarie e pronti ad attivarsi per riaggregare l'ospite; forme iatrogene per selezione di ceppi resistenti o di altri patogeni, riconducibili più banalmente a gestioni un po' approssimative e a trattamenti inadeguati. In conclusione, anche per questa patologia "minore" la gestione deve essere attenta ed articolata, includendo il rispetto della metodologia diagnostica, l'adesione alle linee guida di trattamento, la normalizzazione dell'ambiente vaginale, la somministrazione di norme comportamentali per rimuovere eventuali fattori di rischio e prevenire la cronicizzazione, la diagnosi ad ogni episodio, l'esclusione di altre possibili cause non infettive e un'adeguata informazione alla paziente per evitare in particolare timori o ansie che ostacolano invariabilmente la guarigione.

Bibliografia

- Borges S, Silva J, Teixeira P. The role of lactobacilli and probiotics in maintaining vaginal health. *Arch Gynecol Obstet* 2014, 289:479–489
- Donders GG, Vereecken A, Bosmans E, Dekeersmaecker A, Salembier G, Spitz B. Definition of a type of abnormal flora that is distinct from bacterial vaginosis: aerobic vaginitis. *Br J Obstet Gynecol* 2002;109: 34-43.
- Donders GG, Sobel JD *Candida vulvovaginitis: A store with a butterfly and a show window. Mycoses.* 2017;60(2):70-72.
- Gaydos CA, Beqaj S, Schwebke JR, Lebed J, Smith B, Davis TE, Fife KH, Nyirjesy P, Spurrell T, Furgerson D, Coleman J, Paradis S, Cooper CK. Clinical Validation of a Test for the Diagnosis of Vaginitis. *Obstet - Gynecol.* 2017;130(1):181-189.
- Guerra B, Infante F, De Aloysio D. *Vaginiti e Vaginosi.* Monza Vigrafica, 2004 pp.127
- Guaschino S, De Seta, Sartore A, Ricci G, De Santo D, Piccoli M, Alberico S. Efficacy of maintenance therapy with topical boric acid in comparison with oral itraconazole in the treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 184: 598-602.
- Hanson L, VandeVusse L, Jermé M, Abad CL, Safdar N. Probiotics for Treatment and Prevention of Urogenital Infections in Women: A Systematic Review. *J Midwifery Womens Health.* 2016;61(3):339-55.
- Martin DH, Marrazzo JM. The Vaginal Microbiome: Current Understanding and Future Directions *The Journal of Infectious Diseases* 2016;214(S1):S36–41
- Mastromarino P, Vitali B, Mosca L. Bacterial vaginosis: a review on clinical trials with probiotics. *New Microbiologica*, 36, 229-238, 2013
- Matheson A, Mazza D. Recurrent vulvovaginal candidiasis: A review of guideline recommendations. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2017 Apr;57(2):139-145.
- MMWR -CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3 / 2015
- Palacios S, Espadaler J, Fernández-Moya J. M, Prieto C, Salas N. Is it possible to prevent recurrent vulvovaginitis? The role of *Lactobacillus plantarum* I1001 (CECT7504) *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* (2016) 35:1701–1708
- Recine N, Palma E, Domenici L, Giorgini M et al. Restoring vaginal microbiota: biological control of bacterial vaginosis. A prospective case–control study using *Lactobacillus rhamnosus* BMX 54 as adjuvant treatment against bacterial vaginosis. *Arch Gynecol Obstet* 2015
- Reid G, Dols J, Miller W Targeting the vaginal microbiota with probiotics as a means to counteract infections. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2009;12(6):583-7.
- Sobel JD, Kapernick PS, Zervos M, Reed BD, Hooton T, Soper D, Nyiresy P, Heine MW et al. Treatment of complicated *Candida* vaginitis: comparison of single and sequential dose of fluconazole. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 185:363-369
- Sobel, J.D. Recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 214: 15–21
- Vitali B, Cruciani F, Picone G, Parolin C, Donders G, Laghi L. Vaginal microbiome and metabolome highlight specific signatures of bacterial vaginosis *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2015;34(12):2367-76.
- Witkin SS. The vaginal microbiome, vaginal anti-microbial defence mechanisms and the clinical challenge of reducing infection-related preterm birth. *BJOG* 2015;122:213–219.

