

COME INQUADRARE E TRATTARE LE SECREZIONI VAGINALI ANOMALE

Dr. Lino Del Pup 360 693900 www.delpupginecologia.it

“Non prescrivere ovuli o lavande in base all’autodiagnosi o alla sola anamnesi”

Quando una paziente afferma di avere molte secrezioni vaginali va tenuto presente che è un’autovalutazione molto soggettiva, troppo poco specifica per impostare un trattamento antimicrobico. Buona parte delle leucorree riferite sono varianti della norma e non espressione di infezioni che comunque vanno escluse facendo eseguire un tampone vaginale generale con ricerca endocervicale di clamidia, neisseria e micoplasmi. Dato che diverse malattie sessualmente trasmesse possono associarsi va approfondita l’anamnesi ed eventualmente fatte indagini per HIV, Lue, epatiti. La clamidia può essere causa di infertilità, gravidanze extrauterine e algie pelviche.

In quadramento delle perdite vaginali e considerazioni cliniche

Gruppi di cause delle Leucorree	Agente eziologico	Considerazioni cliniche
Non-infettive	<ul style="list-style-type: none">_ Fisiologiche_ Ectopia o ectropion_ Corpi estranei in vagina_ Dermatiti vulvari	Indagare all’anamnesi Escluderle prima di usare antimicrobici
Infezioni non trasmesse per via sessuale	<ul style="list-style-type: none">_ Vaginosi batterica_ Candidosi genitale	Non serve trattare il partner
Malattie sessualmente trasmesse	<ul style="list-style-type: none">_ Chlamydia trachomatis_ Neisseria gonorrhoeae_ Trichomonas vaginalis_ HIV_ Lue_ Epatiti virali	Bisogna trattare anche in partner Ricerca attivamente anche le altre infezioni di questo gruppo perchè possono coesistere

“Il riscontro di microorganismi nel tampone vaginale o nel pap test non deve automaticamente indurre a prescrivere farmaci”. “Considerare che la causa più frequente di leucorrea infettiva è la vaginosi batterica”
“Non accettare le autodiagnosi di candida e prescrivere antimicotici, ma approfondire la diagnosi”.
“Considerare che le malattie sessualmente trasmesse tendono ad avere eziologia polimicrobica e che bisogna sempre trattare il partner” . “ Cercare sempre e trattare le cause di persistenza-ricidiva delle vaginiti”

Cause e potenziali rimedi nelle vaginiti recidivanti

Possibile Causa	Provvedimenti per evitare le recidive
Autosomministrazione incongrua	Educare a non autotrattare le vaginiti se non vi è una diagnosi precisa; non sottodosare o interrompere precocemente i farmaci prescritti
Resistenza agli antimicrobici	Usare terapie solo se servono, possibilmente basate sull’antibiogramma, usate in modo intensivo e con durata adeguata
Reinfezione dall’intestino	Bonifica del serbatoio intestinale e normalizzazione della flora
Alterazione delle ecosistema vaginale	Ripristinare i Lattobacilli ed il fisiologico pH; non usare lavande vaginali senza un piano terapeutico preciso
Rapporti sessuali	Trattamento del (o dei) partner, uso di profilattico; mangiare e lavarsi dopo il rapporto
Rapporti oro-genitali	Provare a limitarli nelle candidosi ricorrenti
Ambiente caldo, umido, poco areato	Indumenti traspiranti e comodi
Fumo e cortisonici	Non fumare e limitare l’uso di immunosoppressori
Ipoestrogenismo	Terapia estrogenica se serve normalizzare il trofismo, le difese ed il pH vaginale
Diabete non compensato	Garantire sempre un ottimale controllo glicemico
Deficit immunitari vaginali	Probabili ma difficili da dimostrare e da trattare

“L’eccessiva igiene può causare sintomi irritativi-allergici”. “Primum non nocere. Le lavande vaginali NON devono essere usate: aumentano dismicrobismi, vaginosi, endometriti, pelvi peritoniti ed eventi ostetrici avversi”.

“Il pH vaginale consente di impostare in modo economico e pratico la terapia”

Inquadramento e gestione pratica delle leucoree basandosi sul pH vaginale

pH	Sintomi o segni principali	Causa probabile	Terapia empirica
< 4.5	Nessuno	Poco rilevante	Nessuna
< 4.5	Prurito-Bruciore	Candida	Antimicotici
> 4.5	Nessun sintomo Odore di pesce	Vaginosi batterica	Metronidazolo
> 4.5	Prurito Perdite schiumose	Tricomonas	Metronidazolo
> 4.5	Nessun sintomo Purulente	Clamidia (anche solo sospetta)	Azitromicina

Caratteristiche cliniche utili per la diagnosi differenziale e trattamento delle leucoree

Sintomi e segni	Bruciore vaginale o assenza di sintomi	Bruciore, disuria, secchezza vaginale, eritema vaginale	Prurito, bruciore, disuria esterna, eritema ed edema vulvare o sintomi aspecifici	Bruciore e lievi sintomi irritativi	Prurito, bruciore, disuria. Cervice eritematosa “a fragola”	Algie pelviche, spotting, infertilità o spesso assenti o aspecifici	Algie pelviche, febbricola, segni di reazione peritoneale o nessun sintomo
Disparescenza	Superficiale o assente	Superficiale	Superficiale	Superficiale o assente	Superficiale	Profonda o assente	Profonda
Tipo di Leucorrea all'ispezione	Fluida, omogenea, lattescente o grigia, aderente, schiumosa	Fluida bianco-giallastra, con essudazione e desquamazione	Bianca, densa, a fiocchi, latte cagliato o a placche, molto aderente alle mucose.	Bianca, compatta, pastosa, finemente granulare	Giallo verdastra, omogenea o schiumosa, abbondante	Mucopurulenta proveniente dall'endocervice.	Mucorrea cervicale purulenta
Odore e test al KOH 10%	Molto odorosa, di “pesce avariato”	Sgradevole o acre	Inodore	Inodore	Odorosa nel 50%	Inodore	Indifferente
pH vaginale	> 4.5	>5	< 4.5	<4	>4.5	>4.5 o indifferente	>4.5 o indifferente
Eziologia	Gardnerella Vaginalis; anaerobi	Escherichia coli; Streptococco Gruppo B, fecalis	Candida albicans e non (Glabrata, tropicalis, crusei,...)	Lattobacilli	Tricomonas vaginalis	Chlamidia Tracomatis	Neisseria gonorrhoeae
Diagnosi	Vaginosi Batterica	Vaginite Aerobia	Candida	Vaginosi citolitica	Tricomonas	Clamidia	Gonorea
Terapia	Metronidazolo 500 mg x os x 2 x7 g o gel 0.75% x 5 g	Chemicetina o clorexidina ?	Clotrimazolo 2% x 3 g; Isoconazolo; Sertaconazolo monodose vag; Fluconaxolo 150x os.*	Bicarbonato o nulla?	Metronidazolo o tinidazolo 2 g x os mono o 500 mg x 2 x 7 g (no alcool) + partners	Azitromicina 1 g mono +/- 500 mg x 4 g o doxiciclina 100 mg x 2 x 7 g + partners	Ceftriaxone 50 mg im (o cefixime 400 mg x os) + azitromicina 1 g mono + partners

***Candidosi complicate-ricorrenti**: azolico protratto, fluconazolo 150-200 mg giorni 1-4-7 poi settimanale per mesi.
Non albicans: acido borico 300 mg x 2 oppure mono 600x 14g.