

La sfida terapeutica delle candidosi ricorrenti

F. Murina

Primo Referente Servizio di Patologia Vulvare, Ospedale V. Buzzi, Università di Milano

Direttore Scientifico Associazione Italiana Vulvodinia

Il 70-75% circa delle donne, in particolare in età fertile, sperimenta almeno una volta un'infezione vulvo-vaginale da candida, ed il 40-50 % di queste va incontro ad una recidiva.

Il 5-8% delle infezioni acute evolve in una forma di vulvo-vaginite da candida ricorrente, caratterizzata da almeno quattro episodi in un anno.

D'altro canto la candida è un germe che normalmente colonizza la vagina, tanto che è possibile isolarlo fino al 20% degli esami colturali vaginali di donne asintomatiche.

La maggior parte delle infezioni sono caratterizzate dalla candida albicans, isolata nell'85-95% degli esami colturali, e sebbene vi siano fattori associati alla trasformazione di una colonizzazione asintomatica da candida in vaginite sintomatica, nella maggior parte dei casi questi non sono identificabili.

La trasmissione sessuale della candida può avvenire attraverso un rapporto per via vaginale o tramite il contatto orogenitale, malgrado ciò il ruolo della reintroduzione del micete per via sessuale come causa delle forme ricorrenti, è ancora molto dubbio.

La vulvite ciclica frequentemente insorge in donne celibi e solo una piccola quota di partner maschili di donne affette dalla condizione presenta una colonizzazione da candida. La maggior parte degli studi ha evidenziato come trattare il partner maschile delle donne affette dalla condizione non riduce la frequenza e la ricorrenza degli episodi di vulvo-vaginite.

La recidiva occasionale è in genere legata a reinfezione od a fattori esogeni identificabili (diabete, gravidanza, assunzione di antibiotici, etc.); le forme cicliche ricorrenti, invece, sono legate all'incapacità a tollerare le persistenti piccole quote vaginali del micete e raramente sono causate da una resistenza ai farmaci anti-micotici.

Il fattore "ospite" responsabile di questi episodi ricorrenti non sono ancora stati del tutto identificati, e verosimilmente più elementi interagiscono fra loro, prevalentemente di origine genetica (polimorfismi del sistema delle interleuchine).

Partendo dall'osservazione che un elevato numero di pazienti con vulvodinia presenta un'anamnesi positiva per candidosi vulvo-vaginali, 27 donne con vulvodinia sono state sottoposte a patch-test per una serie di allergeni standard e per alcuni commensali vaginali, tra i quali quelli per la candida albicans.

Basse concentrazioni di candida albicans hanno evidenziato un numero di patch test più alto rispetto alle concentrazioni più elevate. I meccanismi immunologici che portano allo sviluppo dei sintomi dopo l'esposizione alla candida albicans sono speculativi, ma possono coinvolgere i neurotrasmettitori che si è dimostrato influenzare l'ipersensibilità da contatto e che sono presenti in abbondanza nel vestibolo vulvare. L'uso profilattico del fluconazolo in regime posologico di 150 mg la settimana, si è dimostrato efficace nel controllare le vulvo-vaginiti ricorrenti da candida nel 90% circa dei casi. In particolare uno studio prospettico, randomizzato versus placebo ha evidenziato come delle 387 pazienti trattate per 6 mesi con il farmaco, solo l'1.5% ha dovuto sospendere il trattamento per la comparsa di effetti collaterali.

Riferimenti bibliografici

- Sobel JD: Vulvovaginal candidosis. Lancet 369(9577):1961-71; 2007
- Sobel JD: Candida vulvovaginitis. Semin Dermatol 15(1):17-28; 1996
- Sobel JD: Candidal vulvovaginitis. Clin Obstet Gynecol 36(1):153-65; 1993
- Foxman B: The epidemiology of vulvovaginal candidiasis: risk factors. Am J Public Health 80(3):329-31; 1990
- Thin RN, Leighton M, Dixon MJ: How often is genital yeast infection sexually transmitted? Br Med J 9;2(6079):93-4; 1977
- Lev-Sagie A, et Al: Polymorphism in a gene coding for the inflammasome component NALP3 and recurrent vulvovaginal candidiasis in women with vulvar vestibulitis syndrome. Am J Obstet Gynecol 200(3):303e 1-6; . 2009
- Ramirez De Knott HM, et Al: Cutaneous hypersensitivity to Candida albicans in idiopathic vulvodinia. Contact Dermatitis 53(4):214-8; 2005
- Sobel JD. Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. N Engl J Med 26;351(9):876-83; . 2004

La semeiotica del dolore e le comorbidità associate	5
Fisiopatologia e semeiologia della dispareunia e del vaginismo <i>A. Graziottin</i>	6
Le dermatosi quale causa di dolore vulvare <i>M. Preti</i>	11
La sfida terapeutica delle candidosi ricorrenti <i>F. Murina</i>	15
L'infezione da HPV: dalla prevenzione all'overtreatment <i>L. Mariani</i>	16
Mastociti, infiammazione e comorbidità nel dolore sessuale femminile	19
Il punto di vista del ginecologo <i>A. Graziottin</i>	20
Il punto di vista dell'urologo <i>D. Grassi</i>	21
Il punto di vista del gastroenterologo <i>V. Stanghellini</i>	23
Aspetti relazionali e sociali del dolore sessuale femminile	25
L'Associazione Italiana Vulvodinia <i>M. Puliatti</i>	26
L'Associazione Italiana Cistite Interstiziale <i>L. Nasta</i>	28
L'Associazione Italiana Endometriosi <i>J. Veit</i>	29
L'Associazione Nazionale Fibromialgia e Stanchezza Cronica <i>R. Romor</i>	30
Implicazioni ostetriche del dolore sessuale femminile	33
Il punto di vista del ginecologo <i>G. Radici</i>	34
Il punto di vista dell'ostetrica <i>M. Esposito</i>	36
Il punto di vista del sessuologo <i>N. Giovannini, A. Graziottin</i>	38
Il punto di vista del fisioterapista <i>A. Bortolami</i>	40
Dolore sessuale femminile: comorbidità, diagnosi e terapia	43
Endometriosi e dispareunia: diagnosi e terapia <i>P. Vercellini</i>	44
Sindrome della vescica dolorosa e dispareunia: diagnosi e terapia <i>M. Cervigni</i>	45
Il dolore vulvare: implicazioni neurologiche e muscolari <i>L. Bertolasi</i>	47
Vulvodinia, dispareunia e contraccezione ormonale	49
Innocente? <i>A. Graziottin</i>	50
Colpevole? <i>F. Murina</i>	51
La vulvodinia: il dilemma del dolore "senza cause apparenti"	53
Eziopatogenesi e semeiologia <i>A. Graziottin, F. Murina</i>	54
Le implicazioni psicosessuologiche <i>M. Puliatti</i>	56
Strategie terapeutiche <i>F. Murina, A. Graziottin</i>	60



Organizzato da:

Associazione Italiana Vulvodinia O.N.L.U.S.

**Fondazione Alessandra Graziottin
per la cura del dolore nella donna**



Il dolore sessuale femminile e le comorbilità associate

- dai sintomi alla diagnosi e alla terapia -

venerdì **12 marzo 2010**

MILANO - Museo della scienza e della tecnologia Leonardo da Vinci

Con il patrocinio di:

A.G.E.O. Associazione Ginecologi Extra Ospedalieri

A.GI.CO. Associazione Ginecologi Consultoriali

F.I.O.G. Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia

S.I.G.O. Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

S.I.I.V. Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia

Abstract Book