

MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

Le malattie sessualmente trasmissibili (MST) comprendono un'ampia varietà di sindromi cliniche causate da agenti patogeni, acquisite o trasmesse attraverso rapporti sessuali vaginali, orali o anali e attraverso sangue, liquidi organici (sperma, liquido pre-eiaculatorio, secrezioni vaginali, urine, saliva) ma anche tramite il contatto di cute e mucose.

Le infezioni a trasmissione sessuale (IST) rappresentano le infezioni più diffuse al mondo: secondo l'OMS l'incidenza mondiale è di circa 498,9 milioni di nuovi casi l'anno tra uomini e donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni, considerando esclusivamente le 4 infezioni più diffuse (clamidia, gonorrea, sifilide e tricomoniasi). In Italia dal 1991 è attivo un sistema di sorveglianza sentinella dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), secondo cui i nuovi casi l'anno sono in media 4.919 (nel periodo 2005-2011).

Le ragioni di una diffusione così massiva sono da imputare prevalentemente alla tendenza ad avere rapporti sessuali non protetti e partner sessuali multipli o occasionali. Inoltre, in molti casi le IST possono essere asintomatiche con un conseguente ritardo nell'impostazione di una terapia efficace e una facilitazione del contagio dei partner sessuali.

La vulnerabilità alle IST è influenzata dalle condizioni socio-economiche e da alcuni comportamenti a rischio quali la scarsa igiene intima. Inoltre, l'uso di droga, il fumo e l'abuso di alcol sono comportamenti associati inevitabilmente ad un calo dell'auto-protezione, ad un aumento delle pratiche di sesso non sicuro e ad un indebolimento del sistema immunitario. La combinazione di questi comportamenti, quindi, aumenta notevolmente le probabilità di contrarre IST.

Le MST possono essere causa di sintomi acuti, cronicizzazioni delle infezioni e gravi complicanze a lungo termine tra cui infertilità sia maschile che femminile e trasformazione oncogena (tumori a livello genitale, anale e del cavo orale secondari ad infezione da HPV, epatocarcinoma secondario ad infezioni da HBV e HCV).

Nel maschio, nella maggior parte dei casi, decorrono asintomatiche. Le manifestazioni cliniche più comuni sono la balanopostite e l'uretrite che possono manifestarsi con irritazione, manifestazioni muco-cutanee, disuria, dolore all'eiaculazione, secrezioni purulente. Più raramente le infezioni possono risalire l'uretra determinando quadri di orchiepididimite. La sintomatologia, in questi casi, consiste in un quadro di scroto acuto, ovvero un dolore acuto in sede scrotale, talvolta riferito a livello addominale, associato o meno a febbre e sintomi urinari. All'esame obiettivo si riscontra rigonfiamento del testicolo e/o dell'epididimo che presentano consistenza aumentata e sono dolorabili alla palpazione. Rare sono le complicanze quali la sepsi. Il coinvolgimento prostatico e delle vescichette seminali può determinare manifestazioni acute (prostatiti acute) con febbre associata a brividi, dolore addominale-perineale, dolore minzionale, oppure croniche (prostatite cronica) con i sintomi tipici del tratto urinario inferiore (LUTS).

Gli agenti patogeni che determinano le MST sono oltre 30 di origine batterica, virale, parassitaria e micotica.

IST ad eziologia batterica

Le IST batteriche sono le più diffuse al mondo. La *Neisseria gonorrhoeae* (106,1 milioni di nuovi casi di infezione l'anno a livello mondiale) e la *Chlamydia trachomatis* (105,7 milioni di nuovi casi di infezione l'anno a livello mondiale) sono responsabili da sole delle maggior parte delle uretriti ad

eziologia nota. Altre cause molto frequenti di uretriti non gonococciche (15-20%) sono le infezioni da *Mycoplasma genitalium* e *Ureaplasma urealyticum*. Il *Treponema pallidum* responsabile dei vari quadri clinici della sifilide è ancora un agente patogeno ad alta diffusione: si contano oltre 10,6 milioni di nuovi casi annui a livello mondiale. Relativamente più rare invece nelle regioni Occidentali, ma ancora endemiche in Africa, isole Caraibiche e sudovest Asiatico, sono invece le infezioni da *Haemophilus ducreyi*, agente patogeno responsabile dell'ulcera molle.

Per i dettagli sui quadri clinici, la diagnosi e la terapia dei singoli agenti eziologici si rimanda alla **Tabella 1**.

IST ad eziologia virale

L'infezione da *virus dell'immunodeficienza umano* (HIV) coinvolge più di 36 milioni a livello mondiale, con oltre un milione i pazienti deceduti nel solo 2016 per complicanze della patologia. L'infiammazione o l'ulcerazione di alcune lesioni muco-cutanee causate da altre IST possono predisporre alla trasmissione dell'HIV.

Le epatiti virali sono causate da tre tipi di virus che determinano differenti quadri clinici: *il virus dell'epatite A* (HAV), *il virus dell'epatite B* (HBV), *il virus dell'epatite C* (HCV). Le complicazioni e le evoluzioni di tali patologie possono essere fatali (epatite fulminante, cirrosi ed epatocarcinoma). L'*herpes genitale* (HSV-1, HSV-2) rappresenta la patologia ulcerativa a trasmissione sessuale più frequente nei paesi industrializzati (oltre 23 milioni di nuovi casi l'anno a livello mondiale). Il *papillomavirus umano* (HPV) è un virus ad alta diffusione (80 milioni di persone infette a livello mondiale) responsabile dello sviluppo di lesioni nell'area genitale sia benigne (condilomi), che maligne. Dei 100 totali oltre 40 sottotipi possono infettare l'epitelio genitale. Tra i più diffusi vi sono i tipi 6 e 11 che generalmente causano condilomi e i tipi 16 e 18 che causano lesioni piatte e microscopiche, più spesso associati allo sviluppo di tumori (genitali, anali e rettali, orali).

La diffusione dei vaccini per HAV, HBV e HPV sicuramente limita la diffusione di tali infezioni, riducendo per altro l'incidenza dei tumori ad esse correlati.

Vaccinazione HPV

Negli ultimi anni lo sviluppo di vaccini mirati ha consentito di poter attuare un'importante campagna di prevenzione delle infezioni e dei tumori e patologie HPV correlati. Il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale prevede nel dodicesimo anno di vita l'offerta attiva della vaccinazione anti-HPV a tutta la popolazione (femmine e maschi). Sulla base delle nuove e importanti evidenze scientifiche, infatti, la sanità pubblica oggi ha come obiettivo l'immunizzazione di adolescenti di entrambi i sessi, per ottenere il massimo effetto protettivo.

Attualmente in Italia sono disponibili 3 tipi di vaccini: uno bivalente (che protegge contro i tipi 16 e 18), uno quadrivalente (che protegge contro i tipi 6, 11, 16 e 18) e uno nonavalente (che protegge contro i tipi 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, 6 e 11). Quest'ultimo è stato recentemente incluso nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) 2017 che raccomandano la vaccinazione nella fascia di età compresa tra i 7 e i 18 anni di sesso sia maschile che femminile e in tutti i pazienti immunocompromessi fino all'età di 26 anni.

Per i dettagli sui quadri clinici, la diagnosi e terapia dei singoli agenti eziologici si rimanda alla **Tabella 2**.

IST ad eziologia parassitaria

Le IST ad eziologia parassitaria possono essere associate sia ad endoparassiti che ad ectoparassiti. Il *Trichomonas vaginalis* è un protozoo flagellato, tipico del tratto riproduttivo femminile, responsabile della tricomoniasi, una delle MST più diffuse al mondo che riguarda prevalentemente

le donne (vaginiti) ma in misura minore può interessare anche l'uomo (cistiti, epididimiti, prostatiti), generalmente con decorso asintomatico. Il *PhthirusPubis* è un ectoparassita appartenente alla categoria dei pidocchi con trofismo specifico per i peli pubici, che causa la pediculosi del pube, un'infezione ad incidenza molto elevata, soprattutto nei paesi in via di sviluppo. La manifestazione sintomatologica tipica è il prurito.

Per i dettagli sui quadri clinici, la diagnosi e terapia dei singoli agenti eziologici si rimanda alla **Tabella 3.**

IST ad eziologia micotica

Sono determinate soprattutto dalla *Candida* che rappresenta un normale saprofito ubiquitario del genere umano (cute, mucose del cavo orale, dell'apparato digerente, del tratto genitale maschile e femminile) che può trasformarsi in patogeno in alcune condizioni predisponenti (ambiente caldo e umido, alterazioni della flora batterica, immunodepressione, diabete mellito). Circa il 70-80% di tali infezioni sono determinate dalla *Candida albicans*. La candida è altamente contagiosa ed è facilmente trasmissibile mediante rapporti sessuali e mediante contatto cutaneo.

In caso di immunodepressioni gravi l'infezione può diventare sistemica con interessamento multiorgano e rischio di shock settico.

Per i dettagli sui quadri clinici, la diagnosi e terapia dei singoli agenti eziologici si rimanda alla **Tabella 3.**

IST e Salute riproduttiva

Le IST sono una causa rilevante di infertilità sia maschile che femminile.

Nell'uomo i microrganismi possono essere responsabili di alterazioni della fertilità con coinvolgimento a vari livelli: danno testicolare diretto (orchite), infiammazioni dell'epididimo e del dotto deferente con conseguenti sub-ostruzioni del tratto escretorio prossimale o distale e conseguente riduzione del normale transito spermatico. Vi può inoltre essere disfunzione secretoria delle ghiandole accessorie (vescicole seminali, prostata) se coinvolte, con alterazioni del microambiente di maturazione degli spermatozoi. La funzione nemaspermica può inoltre essere danneggiata da metaboliti batterici o da leucociti seminali tramite la produzione di radicali liberi (ROS) e citochine che aumentano lo stress ossidativo responsabile di modifiche della struttura di membrana degli spermatozoi, della motilità per danno mitocondriale e dell'integrità cromatinica. Pertanto una valutazione completa dell'uomo con IST, deve sicuramente comprendere un esame del liquido seminale, ad opportuna distanza però da eventuali terapia antibiotiche (1-3 mesi).

In questi casi è opportuno eseguire uno studio ecografico di didimi ed epididimi ed uno studio ecografico trans-rettale di prostata e vescichette seminali.

Inoltre è necessario eseguire il dosaggio del Testosterone totale nei casi di possibile danno testicolare post-infezione (post-orchiti) e di testosterone totale ed SHBG (per il calcolo del Testosterone libero) nei casi di possibile coinvolgimento epatico (epatiti) e nel caso di HIV per identificare condizioni di ipogonadismo.

Terapia e prevenzione

I dettagli sulla terapia dei singoli agenti patogeni vengono riportati nelle tabelle 1, 2 e 3.

Il trattamento dei sintomi e la cura tempestiva volta ad eradicare le infezioni sono fattori cruciali per un buon controllo delle MST e per una limitazione dei contagi.

In molti casi è opportuno effettuare la terapia medica anche nel partner, seppur asintomatico, al fine di evitare una reinfezione ed il così detto effetto "pingpong". Allo stesso scopo è necessario raccomandare rapporti sessuali protetti con metodi barriera fino a guarigione accertata.

La prevenzione, inoltre, rappresenta un obiettivo primario di sanità pubblica. Le strategie si basano prevalentemente sull'educazione sessuale ed un corretto e diffuso uso del preservativo, sull'utilizzo di vaccini disponibili ma anche su una diagnosi precoce dell'infezione e una terapia appropriata ed efficace del paziente e del partner.

In **tabella 4** vengono riportate le principali strategie di prevenzione e controllo delle IST.

Autori: Daniele Gianfrilli (RM), Marta Tenuta (RM)

Commissione Linee Guida SIAMS: Elisa Giannetta (Roma), Sandro La Vignera (Catania), Sara Marchiani (Firenze)

Bibliografia

- 1) <http://www.epicentro.iss.it>
- 2) <http://www.who.int>
- 3) <https://www.cdc.gov/std.htm>
- 4) Workowski KA. Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clin Infect Dis*. 2015 Dec 15;61Suppl 8:S759-62.
- 5) Bachmann LH, Manhart LE, Martin DH, Seña AC, Dimitrakoff J. Advances in the Understanding and Treatment of Male Urethritis Clinical Infectious Diseases. *Clin Infect Dis*. 2015 Dec 15;61Suppl 8:S763-S769.
- 6) Taylor SN. Epididymitis. *Clin Infect Dis*. 2015 Dec 15;61Suppl 8:S770-S773.
- 7) Geisler WM. Diagnosis and Management of Uncomplicated Chlamydia trachomatis Infections in Adolescents and Adults: Summary of Evidence Reviewed for the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines *Clin Infect Dis*. 2015 Dec 15;61 Suppl 8:S774-S784.
- 8) Marcell AV, Burstein GR. Sexual and Reproductive Health Care Services in the Pediatric Setting. COMMITTEE ON ADOLESCENCE. *Pediatrics*. 2017 Nov;140(5).
- 9) Khalil G, Ghanem KG. Management of Adult Syphilis: Key Questions to Inform the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clin Infect Dis*. 2015 Dec 15;61Suppl 8:S818-S836.
- 10) Park IU, Introcaso C, Dunne EF. Human Papillomavirus and Genital Warts: A Review of the Evidence for the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clin Infect Dis*. 2015 Dec 15;61Suppl 8:S849-S855.
- 11) Lenzi A, Mirone V, Gentile V, Bartoletti R, Ficarra V, Foresta C, Mariani L, Mazzoli S, Parisi SG, Perino A, Picardo M, Zotti CM. Rome Consensus Conference - statement; human papilloma virus diseases in males. *BMC Public Health*. 2013 Feb 7;13:117.
- 12) Foresta C, Noventa M, De Toni L, Gizzo S, Garolla A. HPV-DNA sperm infection and infertility: from a systematic literature review to a possible clinical management proposal. *Andrology*. 2015 Mar;3(2):163-73.
- 13) Garolla A, Pizzol D, Bertoldo A, Menegazzo M, Barzon L, Foresta C. Sperm viral infection and male infertility: focus on HBV, HCV, HIV, HPV, HSV, HCMV, and AAV. *J Reprod Immunol*. 2013 Nov;100(1):20-9.
- 14) Rochira V, Guaraldi G. Hypogonadism in the HIV-infected man. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2014 Sep;43(3):709-30.
- 15) Seña AC, Hsu KK, Kellogg N, Girardet R, Christian CW. Sexual Assault and Sexually Transmitted Infections in Adults, Adolescents, and Children. *Clin Infect Dis*. 2015 Dec 15;61Suppl 8:S856-S864.
- 16) Fode M, Fusco F, Lipshultz L, Weidner W. Sexually Transmitted Disease and Male Infertility: A Systematic Review. *Eur Urol Focus*. 2016 Oct;2(4):383-393.
- 17) Calogero AE, Duca Y, Condorelli RA, La Vignera S. Male accessory gland inflammation, infertility, and sexual dysfunctions: a practical approach to diagnosis and therapy. *Andrology*. 2017 Nov;5(6):1064-1072.
- 18) La Vignera S, Condorelli RA, Vicari E, Salmeri M, Morgia G, Favilla V, Cimino S, Calogero AE. Microbiological investigation in male infertility: a practical overview. *J Med Microbiol*. 2014 Jan;63(Pt 1):1-14.

Agente patogeno	Periodo di incubazione	Manifestazioni cliniche	Sintomi	Diagnosi di laboratorio	Trattamento 1° scelta	Trattamento di 2° scelta	
CHLAMYDIA TRACHOMATIS	1-3 settimane	Uretriti	-Assenza di sintomi (50%) -Prurito -Disuria -Secrezioni uretrali biancastre o trasparenti	<i>Esami diagnostici</i> -primo getto minzionale dell'urina del mattino -tampone uretrale (se presenti secrezioni) -tampone orale o rettale (ove indicato)	Aзитromicina 1gr per os x 1 oppure Doxiciclina 100 mg per os x 2/die per 7 gg	Eritromicina 500 mg per os x 4/die per 7 gg oppure Eritromicina etilsuccinato 800 mg x 4/die per 7 gg oppure Ofloxacina 200-400 mg per os x 2/die per 7 gg oppure Levofloxacina 500 mg per os x 1/die per 7 gg	
		Orchi-epididimiti	-Algia e rigonfiamento scrotale -Febbre				
		Proctiti	-Dolore perianale				
		Prostatiti	-Dolore perineale -LUTS	<i>Metodica</i> -NAAT (più sensibile) -Esame culturale			Aзитromicina 500 mg per os x 1/die per 14 gg oppure Doxiciclina 100 mg per os x 2/die per 14 gg
		Linfogranuloma venereo	-Linfoadeopatia inguinale -Bubboni con tendenza ulcerativa				Doxiciclina 100 mg per os x2/die per 21 giorni
HAEMOPHILUS DUCREYI	3-7 giorni	Ulcera molle peniena	-Papule dolenti a livello genitale che si rompono e si trasformano in ulcere superficiali (mollis e dolenti con margini mal definiti e bordo eritematoso) -Linfoadenopatia inguinale (bubboni) -Fistole	Esame clinico delle lesioni cutanee	Aзитromicina 1g per os x 1 oppure Eritromicina 500 mg per os x 4/die per 7 giorni oppure Ciprofloxacina 500 mg per os x 2/die per 3 gg oppure Ceftriaxone 250 mg IM x 1		

MYCOPLASMA GENITALIUM e UREAPLASMA UREALITICUM	7-28 giorni	Uretriti	-Disuria -Secrezioni sierose o mucopurulente	<i>Esami diagnostici</i> -urine del mattino/ liquido seminale -tampone uretrale(se presenti secrezioni) -tampone orale o rettale (ove indicato)	Azitromicina 1 g per os x 1 <i>oppure</i> Doxiciclina 100 mg per os x 2/die per 7 gg	Levofloxacin 500 mg per os x 1/die per 7 gg <i>oppure</i> Ciprofloxacina 500 mg per os x2/die per 7 gg <i>oppure</i> Ciprofloxacina 1g a rilascio modif. per os x1/die per 7 gg
		Epididimite	-Algia scrotale -Febbre			
		Prostatite	-Dolore perineale -LUTS	<i>Metodica</i> -Striscio secreto uretrale con colorazione Gram+ -NAATs (forme non secretive) -Esami colturali: meno indicati (crescita lenta dei microrganismi)	Azitromicina 500 mg per os x 1/die per 14 gg <i>oppure</i> Doxiciclina 100 mg per os x2/die per 14 gg	
NEISSERIA GONNORREAE	2-14 giorni	Uretrite non suppurativa	-Assenza di sintomi (25%) -Prurito -Disuria	<i>Esami diagnostici</i> -urine del mattino/liquido seminale -tampone uretrale(se presenti secrezioni) -tampone orale o rettale (ove indicato)	Ceftriaxone 250 mg IM x 1 + Azitromicina 1gr per os x 1 <i>oppure</i> Cefixime 400 mg per os x 1 + Azitromicina 1gr per os x 1	Ceftriaxone 250 mg IM x 1 <i>oppure</i> Cefixime 400 mg per os x 1 <i>oppure</i> Spectinomycin 2gr IM x 1
		Uretrite suppurativa	-Secrezione uretrale mucoide o purulenta -Edema ed eritema meato uretrale			
		Orchiepididimiti	-Algia e rigonfiamento scrotale -Febbre			
		Proctiti	-Dolore all'evacuazione -Feci con muco/pus -Sanguinamento -Stipsi	<i>Metodica</i> -Striscio secreto uretrale con colorazione Gram+ - Esame colturale -NAATs (forme non secretive)	Ceftriaxone 1 g IM o EV x 1/die per 2-3 giorni dopo attenuazione sintomatologia poi: Azitromicina 1gr per os x 1/die per 4-7 gg	
		Infezioni oro-faringee	-Faringodinia			
		Batteriemia (<1%)	-Febbre -Poliartrite/ tenosinovite -Lesioni cutanee pustolose			

TREPONEMA PALLIDUM	20 gg	Sifilide primaria	-Papula a livello del sito di contatto (sifiloma) con evoluzione ad ulcera -Linfoadenopatia inguinale	<i>Test sierologici non treponemici:</i> -VDRL (IgG e IgM) -RPR (IgG e IgM)		
	6-12 settimane (dopo la comparsa del sifiloma)	Sifilide secondaria	-Rash maculare color rame -Simmetrica eruzione papulare su tronco ed arti -Febbricola -Cefalea -Adenopatia -Condilomi	<i>Test sierologici treponemici:</i> -TPHA -TPPA -FTA-ABS <i>Test rapidi</i> -RDTs	Penicillina benzatina 2,4 mil di U IM x 1	Penicillina procaina 1,2 mil di U IM x 1/die per 10 giorni
	1-20 anni	Sifilide terziaria	- <i>Neurosifilide</i> (cefalea, vertigini, stupor, attacchi epilettici, afasia, mono o emi-plegia, sintomi bulbari, astenia, paraplegia); - <i>Sifilide cardiovascolare</i> (aneurisma aorta ascendente o trasversa, restringimento ostii coronarici o insufficienza valvolare); - <i>Sifilide benigna</i> (gomma luetica con evoluzione in ulcera necrotica e fibrotica)	Esame del liquor Microscopia in campo scuro su liquidi emessi da lesioni cutanee	Penicillina benzatina 2,4 mil di U IM x1/sett per 3 sett	Penicillina procaina 2,4 mil di U IM x1/die per 20 gg

Tabella 1. IST AD EZIOLOGIA BATTERICA

Agente patogeno	Periodo di incubazione	Manifestazioni cliniche	Sintomi	Diagnosi di laboratorio	Trattamento	Vaccini
PAPILLOMAVIRUS UMANO (HPV)	1-6 mesi	Lesioni ano-genitali	<p>-Lesioni piatte o rilevate (condilomi), di dimensioni variabili, isolate o in gruppo localizzate sul prepuzio, sul solco balano prepuziale, nel meato uretrale, a livello penieno, a livello anale</p> <p>-Tumori della cervice uterina, tumori del pene, dell'ano e dell'orofaringe</p>	<p>-Valutazione clinica delle lesioni</p> <p>-Biopsia in casi dubbi</p> <p>-Anoscopia e peniscopia con applicazione di acido acetico al 3-5% (poco specifiche)</p>	<p>Elettrocauterizzazione Laser-terapia Crioterapia Escissione chirurgica</p> <p>Podofilottossina 0.5% 2 applicazioni/die per 3 gg con pausa di 4 gg per 4 cicli</p> <p>Acido tricloroacetico 80-90%</p> <p>Imiquimod 3.75% o 5% x3/sett per 16 sett</p> <p>Sincatechine 15% x 3/die per 16 sett</p>	<p>Bivalente (tipi 16 e 18)</p> <p>Quadrivalente (tipi 6, 11, 16, 18)</p> <p>Nonavalente (tipi 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, 6 e 11)</p>
HERPES SIMPLEX (HSV 1 e 2)	4-7 giorni	<p>Herpes genitale e anorettale</p> <p>Herpes del cavo orale</p>	<p>-Lesioni vescicolari localizzate a livello del prepuzio, glande e corpo del pene, dell'ano o della mucosa orale</p> <p>- Evoluzione in ulcere circolari, superficiali, potenzialmente confluenti</p> <p>- Dopo 10 giorni formazione di un'escara e caduta</p> <p>- Possibile febbre e linfadenopatia locoregionale</p>	<p><i>Esami diagnostici</i></p> <p>-tampone delle lesioni ulcerate</p> <p><i>Metodica</i></p> <p>-NAAT</p> <p>Prelievo ematico per ricerca di: Ab anti-HSV-1 e Ab anti-HSV-2</p>	<p>Aciclovir 400 mg <i>per os</i> x 3/die per 7-10 gg <i>oppure</i> Valaciclovir 1g <i>per os</i> x 2/die per 7-10 gg <i>oppure</i> Famciclovir 250 mg <i>per os</i> x 3/die per 7-10 gg</p> <p><i>Pz immunocompromessi: terapia cronica soppressiva</i> Aciclovir 400 mg <i>per os</i> x 2/die <i>Oppure</i> Valaciclovir 1 mg <i>per os</i> x 1/die <i>oppure</i> Famciclovir 250 mg <i>per os</i> x 2/die</p>	/

VIRUS DELL'IMMUNODEFI CIENZA UMANO (HIV)	1-4 settimane	Sieropositività	-assenza di sintomi -febbre -sudorazione notturna -astenia -calo ponderale	Prelievo ematico per ricerca di: Ab anti HIV- 1 Ab anti HIV- 2 (ELISA) PCR RNA virale (periodo finestra)	Schemi terapeutici a base di 3-4 farmaci tra: -inibitori nucleosidici e nucleotidici della trascrittasi inversa (NRTI) -inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa (NNRTI) -inibitori delle proteasi (PI) -inibitori d'ingresso (EIS) -inibitori dell'integrasi	/
		Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)	Sintomatologia tipica dell'agente patogeno opportunistico associato (linfadenopatia, pacche bianche da candidosi orale, herpes zoster, diarrea, Sarcoma di Kaposi)			
VIRUS DELL'EPATITE	15-50 giorni	Epatite A (HAV)	Astenia Febbre Nausea, vomito Ittero Dolore addominale	Prelievo ematico per ricerca di: Ab-antiHAV IgG e IgM	Patologia autolimitantesi	Vaccino da virus inattivato
	2 mesi	Epatite B (HBV)	-Epatite acuta -Epatite cronica (diarrea, ittero, feci acoliche, urine ipercromiche, algia addominale, febbre) -Evoluzione in cirrosi epatica o HCC (10%)	Prelievo ematico per ricerca di: HBsAg, HBcAg, HBeAg Abanti-HBc, Abanti-HBs	Entecavir Telbivudina Tenofovir	Vaccino da antigene di superficie ricombinante
	6-9 settimane	Epatite C (HCV)	Epatite cronica Rapida evoluzione in cirrosi epatica e HCC	Prelievo ematico per ricerca di: Ab anti HCV HCV-RNA	Peg-Interferon-alfa + Ribavirina Sofosbuvir	/

Tabella 1. IST AD EZIOLOGIA VIRALE

Agente patogeno	Periodo di incubazione	Manifestazioni cliniche	Sintomi	Diagnosi di laboratorio	Trattamento
TRICHOMONAS VAGINALIS	4-28 giorni	Uretriti non secretive e raramente secretive	-Disuria -Secrezioni sierose o mucopurulente	<i>Esami diagnostici</i> -tampone uretrale	Metronidazolo 500 mg per os x 2/die per 5-7 gg <i>oppure</i> Tinidazolo 500 mg per os x 2/die per 5-7 gg
		Epididimite (rara)	-Algia scrotale -Febbre	<i>Metodica</i> -Esame colturale -NAAT	
		Prostatite (rara)	-Dolore perineale -LUTS		
PHTHIRUS PUBIS	7-8 giorni	Pediculosi del pube	Prurito	Esame obiettivo con lente: riconoscimento di ledini e/o pidocchi	Permetrina 1% crema x 1 (ripetere dopo 10 gg) shampoo al lindano 1% x 1 (ripetere dopo 7 gg) shampoo con butossido di piperonile x 1 (ripetere dopo 7-10 gg)
CANDIDA ALBICANS	5-8 giorni	Balanite o balano-postite	Macchie rosse o biancastre sui genitali Infiammazione del glande e del prepuzio Secchezza delle mucose	<i>Esami diagnostici</i> - urine del mattino/liquido seminale -tampone uretrale e/o balano-prepuziale -tampone orale o rettale (ove indicato)	Fluconazolo 150 mg per os x 1 <i>oppure</i> Itraconazolo 200 mg x 2 <i>oppure</i> Clotrimazolo crema 1% (applicaz. locale per 7-14 gg) <i>oppure</i> Miconazolo crema 2% (applicaz. locale per 7 gg)
		Mughetto	Macchie biancastre con patina a livello del cavo orale	<i>Metodica</i> -Striscio a fresco o con colorazione Gram+ -Esami colturali	

Tabella 2. IST AD EZIOLOGIA PARASSITARIA E MICOTICA

Strategie di prevenzione e controllo della trasmissione delle infezioni sessualmente trasmesse

- campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale e alle categorie a rischio;
- informazione e *counseling* dei soggetti con comportamenti sessuali “a rischio”
- identificazione delle persone infette asintomatiche e sintomatiche
- diagnosi, trattamento e *counseling* delle persone infette
- valutazione, trattamento e *counseling* dei partner sessuali di soggetti con IST
- metodi di profilassi pre-esposizione e post-esposizione

Tabella 4. STRATEGIE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE IST