

IL TRICHOMONAS VAGINALIS IN UROLOGIA

S. COSCIANI-CUNICO, R. DAL POZ,
V. PEGORARO

Clinica Urologica - Università di Padova
(Direttore: Prof. F. Pagano)

Le infezioni dell'apparato urinario basso, i loro esiti e le loro complicanze costituiscono sicuramente uno dei capitoli più importanti dell'urologia. Questo non solo per la frequenza con cui si riscontrano ma anche e soprattutto, per i problemi eziopatogenetici e clinici che sovente comportano. Quella che dal medico e talvolta anche dal paziente viene definita una «banale» cistite o «uretrite» in realtà alla prova dei fatti si dimostra spesso tutt'altro che «banale», sia sotto il profilo clinico che terapeutico.

Scopo di questo intervento è cercare di stabilire quale effettivo ruolo giochi il trichomonas vaginalis nella eziopatogenesi delle infezioni dell'apparato urinario basso, visto che l'apparato urinario alto sembra solo eccezionalmente interessato (lo 0,5% dei casi), e quali siano le complicanze che questa affezione può determinare.

Si è pensato di suddividere la patologia maschile da quella femminile, riservando un ultimo capitolo agli aspetti psicoemazionali che spesso fanno parte integrante del quadro clinico presentato da questi pazienti.

NELL' UOMO

L'*uretrite* da trichomonas fa parte delle uretriti aspecifiche non gonococciche. La classificazione delle uretriti che riportiamo di seguito la vede inserita nelle uretriti da microorganismi assieme alle uretriti da miceti, da virus, da micoplasmi, da germi banali e alle uretriti parassitarie.

SUMMARY

Trichomonas vaginalis in urology.

The role of *Trichomonas vaginalis* in the etio-pathogenesis of urinary infection and the possible side-effects, are discussed by the Author.

The diagnostic problems that this affection gives to the urologist in the man and women are separately considered, reserving a last chapter to the psycho-emotional aspects that often are integrant part of the clinical aspect of these patients.

CLASSIFICAZIONE DELLE URETRITI

Da microorganismi:

- a) *Trichomonas*
- b) Miceti
- c) Virus
- d) Micoplasma e PPLO
- e) Germi banali
- f) Parassitarie (*Bilharzia*)

Abatteriche:

- a) Chimiche
- b) Traumatiche

- c) Termiche
- d) Tossiche
- e) Disendocrine
- f) Allergiche

In corso di malattie generali

Come parte di altre sindromi (S. di Reiter)

Diatesiche

Secondarie ad altre affezioni dell'apparato urinario

Psicogene

Criptogenetiche

Dalla classificazione stessa si può ricavare quanto siano numerosi i fattori che possono entrare in gioco nella patogenesi di una uretrite e di conseguenza come non sempre sia facile risalire ad una diagnosi eziologica precisa anche in considerazione del fatto che spesso più agenti eziologici concorrono nel determinismo dell'affezione.

Quale ruolo gioca il trichomonas nel determinare un fatto flogistico dell'uretra maschile? Quale la sua frequenza come agente patogeno e non solo come saprofita? Le opinioni sono discordi (tab. 1).

Tab. 1. — *Frequenza del Trichomonas vaginalis (T.V.) nelle uretriti non gonococciche (NGU) dell'uomo.*

Anno		N. dei casi di NGU	% di T.V.
1955	Couts	2.482	61,1
1958	Nicol	583	5,5
1958	Jira	1.972	10
1959	Catterral	2.300	5,5
1959	Siboulet	1.352	10,9
1963	Weston e Nicol	1.525	6,1
1965	Wisdom e Dunlop	1.646	5,6
1973	Siboulet	10.000	18
1974	Borgno	738	11,1

Secondo alcuni Autori l'uretrite da trichomonas rappresenterebbe oggi la malattia venerea più diffusa, secondo altri, e noi siamo d'accordo con questi ultimi, la sua frequenza si aggirerebbe attorno al 15 per cento delle uretriti non gonococciche (NGU). Se si pensa che le NGU sono all'incirca i 2/3 di tutte le uretriti ne deriva che un paziente affetto da blenorragia, non

da gonorrea, ben inteso, ha una probabilità su dieci di essere affetto da trichomonas.

Una cosa salta immediatamente all'occhio: la relativa rarità dell'uretrite maschile rispetto alla grande diffusione della vaginite da trichomonas che colpisce, secondo i maggiori Autori, il 60-70% delle donne.

In realtà l'uretra non è l'ambiente ideale per la virulentazione di questo protozoo che, come è noto, è piuttosto delicato, richiede condizioni di vita abbastanza costanti, un pH vicino alla neutralità ed è molto sensibile a variazioni della pressione osmotica. Come per la vagina quindi anche per l'uretra, tutti i fattori che modificano il pH urinario verso la neutralità, quali i fatti infiammatori ad opera dei germi comuni, costituiscono il substrato indispensabile più che per l'attecchimento, per la virulentazione del protozoo.

Il parassita sopravvive abbastanza bene come saprofita nel solco prepuziale e nel meato che hanno condizioni di umidità e di temperatura pressoché costanti⁽¹⁾, ed è probabile quindi che l'uomo stesso agisca come portatore sano.

Da ciò deriverebbe l'opportunità di sottoporre per lo meno il partner di una donna affetta da trichomonas vaginalis ad un accertamento diagnostico, mirante a stabilire la presenza del trichomonas nell'uretra anche in assenza di una sintomatologia in atto.

PROSTATITE

Sulla frequenza della localizzazione alla prostata del trichomonas vaginalis albergante nell'uretra maschile i dati riportati in letteratura sono contraddittori.

Nella stessa pubblicazione⁽²⁾ i diversi AA. danno valori di incidenza che oscillano dal 3% al 40%. Altri⁽³⁾ danno una incidenza del 6,58%. Alcuni Autori⁽²⁾ hanno rilevato inoltre il trichomonas vaginalis nel liquido prostatico di un'alta percentuale (40%) di uomini le cui partners erano portatrici di trichomonas vaginalis.

Molti di questi non avevano mai lamentato disturbi uretrali, ma avevano dei filamenti uretrali. Alcuni (*) sostengono addirittura che solo in presenza di una localizzazione prostatica del trichomonas esisterebbe una sintomatologia soggettiva rappresentata da stranguria, pollachiuria, ecc.

Indubbiamente la discordanza dei dati relativi alla frequenza della prostatite da

al di là delle reali dimensioni fisiche dell'organo colpito, sia indispensabile essere ben certi della sua reale esistenza.

Non è il caso di dilungarsi su quella che deve essere la metodologia clinica da seguire nella formulazione della diagnosi di prostatite che è sintetizzata nello schema seguente. Il dato più importante rimane comunque il dato culturale.

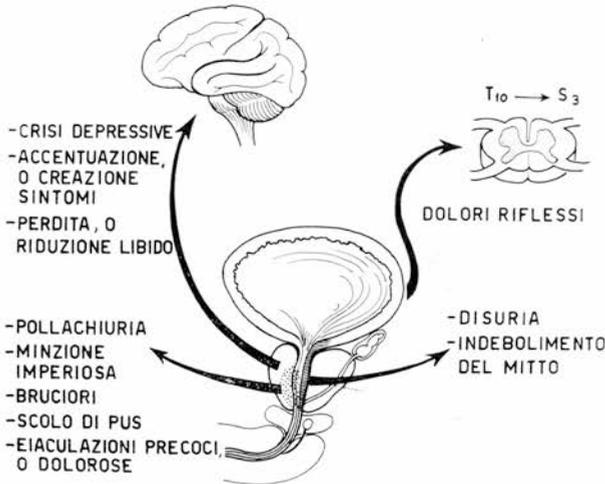


Fig. 1.

trichomonas risente con ogni probabilità della diversa metodologia clinica e di laboratorio posta in atto nella formulazione della diagnosi. Quello che è certo tuttavia è che non è sufficiente, a nostro avviso, trovare nel secreto uretrale dopo massaggio prostatico un trichomonas per poter parlare di prostatite.

La diagnosi di prostatite cronica è una diagnosi *difficile e importante*, soprattutto per i riflessi che comporta sull'equilibrio psicosomatico del paziente (fig. 1) che il più delle volte è preoccupato per i disturbi che lamenta, per gli insuccessi della terapia già fatta, per le complicanze nell'ambito della sfera sessuale. Pertanto siamo convinti che prima di formularla e di innescare quindi un processo che sovente va

PROSTATITI CRONICHE

Diagnosi

- 1) Quadro clinico
- 2) Esami di laboratorio:
 - Esame urina
 - Urocultura
 - Esami ematochimici
 - Esame succo prostatico
 - Esame seminologico
- 3) Esami radiologici
 - Rx addome
 - Urografia
 - Uretrografia
- 4) Esami endoscopici
- 5) Esami istologici:
 - Citologia
 - Biopsia prostatica

In caso di sospetta prostatite il prelievo dei campioni deve essere fraziona-

to: primo getto, getto intermedio, secreto prostatico, campione dopo massaggio prostatico (se non si è ottenuto il secreto prostatico). Nei casi frequenti di associazione tra trichomonas e germi banali presenti in tutti i campioni, si potrà ripetere l'esame colturale dopo alcuni giorni di terapia antibiotica che sarà sufficiente a negativizzare il I e II campione ma non certo il focolaio prostatico.

Altre complicanze meno frequenti sono:

Cistiti. In genere nell'uomo la localizzazione del germe in vescica è poco frequente: probabilmente a causa della lunghezza dell'uretra associata alla cattiva situazione ambientale di crescita.

La sintomatologia comunque è di modesta entità ed il reperto urinario sfumato.

Epididimiti acute e croniche. Di fronte ad un aumento del volume dell'epididimo in pazienti con urine limpide o con pochi leucociti, abatteriche è imperativo pensare al trichomonas come agente patogeno. Il quadro clinico e la lenta evoluzione fa somigliare l'epididimite da trichomonas alla epididimite tubercolare. Però a differenza di questa, nella prima deferenti e vescicole seminali sono normali.

Stenosi dell'uretra. È chiaramente una complicanza tardiva di una localizzazione cronica da trichomonas. Non è facile stabilire con certezza se l'uretrite da trichomonas sia la causa della stenosi o non piuttosto la conseguenza. Non tutti gli AA. sono concordi nell'affermare che l'uretrite da trichomonas possa essere causa di stenosi dell'uretra, anche se, visto che tutti i fatti infiammatori dell'uretra possono dare lesioni anatomico-patologiche della mucosa che evolvono verso una stenosi cicatriziale, non vediamo la ragione per cui anche il trichomonas non possa essere responsabile di questa complicanza. È chiaro che il trattamento della stenosi è importantissimo ai fini della guarigione.

Disturbi della fertilità. Rarissima è la presenza di trichomonas nel liquido seminale (tre casi su 1000 spermioigrammi di pazienti sterili riportati da alcuni AA.)⁽²⁾;

pertanto non si ritiene che questa abbia importanza consistente nel determinismo della sterilità maschile.

C'è tuttavia da tener presente che una flogosi cronica dell'uretra posteriore e del verumontanum possano dare stenosi od occlusione dei dotti eiaculatori e quindi sterilità per ragioni escretorie.

Eiaculatio precox. Più che una complicanza dell'uretrite da trichomonas è una conseguenza in senso lato della flogosi dell'uretra posteriore che agisce da spina irritativa. È noto come possa essere il punto di partenza di una neurosi con nefaste conseguenze sull'attività sessuale del paziente.

NELLA DONNA

L'uretra femminile, alle due funzioni fondamentali di assicurare uno svuotamento facile e completo della vescica e di mantenere la continenza, associa quella non meno importante di mantenere la sterilità delle urine vescicali minacciate dalla flora vaginale, svariata, variabile, talvolta patogena, comunque sempre presente a 30 mm dalla vescica.

La mucosa uretrale e le ghiandole para-uretrali il cui trofismo è influenzato dallo stato ormonale partecipano a questa funzione con la secrezione di muco a pH acido 4,5-5,5 che costituisce un importante fattore antibatterico. Accanto a questo il mantenimento della sterilità vescicale viene favorito da una minzione completa, facile, senza turbolenza di flusso.

Alcuni AA.⁽⁵⁾ hanno dimostrato mediante uno studio batteriologico di prelievi di secreto uretrale eseguiti su un gruppo di donne prive di turbe minzionali, la presenza di germi nella parte distale dell'uretra nell'80% dei casi e nella parte prossimale nel 50%. Il 13% di questi germi era patogeno.

Fair e Stamey⁽⁶⁾ hanno notato una netta prevalenza di contaminazione batterica nell'uretra di donne affette da turbe della minzione, rispetto ad altre provviste di

tale patologia. Si passava infatti dal 10% di queste ultime al 39% delle prime (figura 2).

L'uretra femminile si frappone dunque come una barriera fra la vagina, sede perenne di una flora batterica patogena e non, e la vescica, la cui sterilità deve essere ad ogni costo mantenuta. Molto più esposta dell'uretra maschile all'infezione, l'ure-

Una leucorrea schiumosa concomitante è un dato significativo, ma incostante. L'esame a fresco e gli accertamenti colturali miranti ad isolare il trichomonas si impongono anche in sua assenza.

La sintomatologia dell'uretrite da trichomonas non si differenzia nella donna da quella provocata da altri agenti patogeni quali la Candida, i P.P.L.O., ecc.

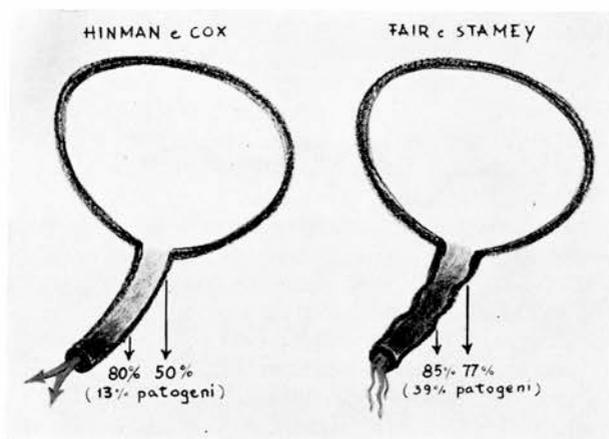


Fig. 2.

tra femminile più spesso di questa soccombe all'attacco degli agenti patogeni, tanto che la frequenza con cui la donna va incontro a disturbi del suo apparato urinario basso fa sì che questo venga considerato un fatto parafisiologico, quasi uno dei caratteri sessuali secondari, come afferma Jean Marie Claude (⁷), al quale medico e paziente sono per così dire rassegnati.

Etichettata con i termini diversi di cistite ad urine limpide, cistalgia, cistopatia disendocrina, ecc., in realtà gran parte di questa patologia infiammatoria abatterica altro non è che una patologia uretrale, il più delle volte misconosciuta.

Fra i fattori eziologici dell'uretrite femminile sicuramente il trichomonas è uno degli agenti più frequentemente responsabili. Se si pensa che il 30-50% delle donne affette da vaginite da trichomonas sono portatrici anche di trichomoniasi uretrale.

In ordine decrescente di frequenza i sintomi che possono variamente associarsi fra di loro sono:

- 1) pollachiuria;
- 2) bruciori minzionali;
- 3) disuria (anche in assenza di un ostacolo);
- 4) lombalgie (con urografia negativa);
- 5) cistalgie;
- 6) minzioni imperiose.

La piuria e la presenza di una bacilluria significativa sul getto intermedio sono molto rare. Questo spiega la denominazione così frequentemente adottata ed erronea di « cistite ad urine limpide ». Il più spesso si tratta di un'uretrite che non viene ovviamente esclusa dalla limpidezza delle urine vescicali.

Come per l'uomo in questi casi non si deve tener conto tanto del sedimento del getto intermedio o delle urine prelevate

con cateterismo, quanto di quello ottenuto dal primo getto ottenuto dopo aver invitato la paziente ad una accurata toilette vaginale. La presenza di un sedimento patologico di questo campione sarà altamente significativo per una uretrite. Così l'esame cito-batterologico dovrà essere sempre condotto sul primo e sul secondo campione d'urina evitando il cateterismo, che prelevando direttamente le urine dalla vescica potrebbe far sfuggire il reperto uretrale.

Molto utile anche l'esame batteriologico del secreto uretrale, ottenuto con una leggera spremitura digitale dell'uretra. Le ghiandole di Skene, situate subito dietro al meato uretrale esterno, sono spesso sede del protozoo.

La ricerca in questi casi di una vaginite patente o latente deve essere ovviamente sistematica, come pure, specie di fronte ad una uretrite ribelle e recidivante, la ricerca di un diverticolo uretrale o di alterazioni urodinamiche del flusso uretrale sia mediante esami radiologici (cistouretrografia minzionale) che uroflussimetrici.

Si ricordi inoltre che in una donna che lamenta una infezione urinaria «bassa» lo stabilire con precisione, se vi sono alterazioni di calibro (frequenti soprattutto al meato uretrale esterno) che condizionano irregolarità e turbolenza del flusso urinario è imperativo non meno che la ricerca dell'agente patogeno.

Per concludere vorremmo fare un cenno alle conseguenze psicoemozionali di queste affezioni ed in particolare dell'uretrite maschile, tra le quali, come abbiamo visto oggi, l'uretrite da trichomonas occupa un posto importante⁽⁸⁾.

Ogni malattia contagiosa ha un doppio aspetto. Quello oggettivo di malattia infettiva inquadrata nosograficamente in una classificazione fredda, talvolta artificiosa, malattia che provoca un certo tipo di sintomi e che richiede una più o meno efficace terapia farmacologica, e quello soggettivo, che consiste nel modo in cui essa viene vissuta, sopportata, subita, accettata o tal-

volta invece rifiutata dal paziente, causando allora lo scatenamento di uno stato di ansia che spesso trova origini ancestrali nei condizionamenti familiari e ambientali in cui l'individuo ha sviluppata la sua personalità.

Fra le malattie contagiose quelle trasmesse mediante contatto sessuale, e l'uretrite da trichomonas fra esse, hanno una importanza sotto questo profilo del tutto particolare. I sintomi spesso ingigantiti, le conseguenze temute e ritenute catastrofiche sia sotto il profilo urinario che sessuale, la paura di contagiare e di essere contagiati, fanno rifuggire dal rapporto sessuale considerato come la causa di tutto; cominciano ad insinuarsi interrogativi sulla modalità del contagio, dubbi che arrivano a coinvolgere aspetti affettivi, talvolta rancore nei confronti del partner. Tutto questo porta inizialmente ad uno stato di ansia che spesso e facilmente sconfinava nella neurosi.

Il medico deve allora curare non solo l'aspetto organico della malattia, ma anche e forse soprattutto, in questi casi, quello psicoemotivo per evitare che si stabilisca un circolo vizioso fra la malattia reale e immaginaria, fra sintomi oggettivi e somatizzazione dello stato d'ansia. Solo se il medico accetterà di occuparsi anche della emozionalità alterata di questi pazienti potrà sperare di arrivare oltre che alla loro guarigione fisica anche a quella psichica.

Considerare d'altra parte questi pazienti solo come dei «funzionali» è un grave errore anche se la trappola del malato immaginario esiste realmente.

Prima però di apporre questa etichetta ricordiamoci di ricercare un trichomonas passato fino a quel momento inosservato, una candidosi coniugale, i segni di una vecchia uretrite mai guarita. Solo quando ne avremo escluso la presenza potremo considerare questi pazienti al di fuori della nostra sfera d'azione ed affidarli alla cura dello psichiatra.

RIASSUNTO

Gli Autori discutono il ruolo del trichomonas vaginalis nella eziopatogenesi delle infezioni dell'apparato urinario e quali siano le complicanze che questa affezione può determinare.

Vengono presi separatamente in esame i problemi diagnostici che la parassitosi pone all'urologo nel maschio e nella femmina, riservando un ultimo capitolo agli aspetti psico-emozionali che spesso fanno parte integrante del quadro clinico presentato da questi pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Acerbi A., Stradajoli G., Terruzzi B.: *Ann. Med.*, 9, II, 1965.
- 2) Coutts W. E., Vargas-Salazar R., Silva-Inzun-
zia E., Turteltaub R.: *Brit. Med. J.*, Oct. 8,
1955.
- 3) Kostic P.: *Urol. int.*, 9, 171, 1959.
- 4) Liston W. G., Lees R.: *Brit. J. Vener. Dis.*,
16, 34, 1940.
- 5) Hinnan F. Jr., Coxl E.: *J. Urol.*, 96, 546,
1966.
- 6) Fair W., Stamey T. A.: *J. Urol. Baltimore*,
104, 426, 1970.
- 7) Claude J. M.: *E. M. C.*, 4, Paris 18400 A-10,
1976.
- 8) Giard R.: *Diagnosis and Chemotherapy of
Urogenital Infections*, Firenze 1972.