

LA TRICHOMONIASI NEL MASCHIO

C. RABITO

Clinica Dermatologica dell'Università di Padova
(Direttore: C. Rabito)

Premetto che in accordo con gli altri relatori di questa Tavola rotonda affronterò l'argomento della T.V. nel maschio esponendo dati e considerazioni derivanti dalla mia esperienza personale e della casistica della Clinica Dermatologica di Padova.

Non citerò quindi i moltissimi lavori scritti sull'argomento, lavori che sono ben noti a tutti voi o comunque a tutti accessibili.

I quadri di infestione da T.V. che giungono alla nostra osservazione sono principalmente due:

- 1) la *balanite*;
- 2) l'*uretrite*.

Le due forme che colpiscono uomini in attività sessuale a qualsiasi età possono essere associate.

La balanite è eritemato-essudativa; non ho mai visto forme erosive od ulcerative descritte da altri Autori. L'arrossamento può interessare 'in toto' la regione o essere rappresentato da un solo elemento che interessa spesso la regione del frenulo, o da più elementi separati da zone integre e di dimensioni variabili da un puntino a qualche millimetro. Le manifestazioni possono essere ricoperte da essudato bianco verdastro. In qualche caso la balanite può provocare fimosi; comunque nei soggetti in cui il glande è normalmente ricoperto dal prepuzio lo scoprirlo risulta sempre particolarmente fastidioso se non doloroso.

Quando è possibile stabilirlo la balanopostite ha una incubazione dai due ai trenta giorni. Ho notato, e penso sia stato notato anche da altri come alcune balanopostiti con le caratteristiche sopra illustrate possono comparire subito dopo o a distanza di poche ore da un rapporto sessuale risultato per lo più spiacevole perché doloroso nei due partner.

Queste balaniti che tendono a risolversi senza trattamento specifico in qualche giorno potrebbero essere imputabili più che alla T.V. all'azione irritante del secreto vaginale della donna affetta da vaginite da T.V.

SUMMARY

Male trichomoniasis.

The Author, on the data of the casuistry of the Dermathological Clinic of Padua's University exposes a few epidemiological and clinical aspects of the infection due to trichomonas vaginalis in the male, and their implications from the prognostic and therapeutic point of view.

L'uretrite che può essere acuta o cronica (più o meno di 2 mesi) è una uretrite aspecifica e come tutte le uretriti aspecifiche è estremamente polimorfa.

Quando è possibile stabilirlo ha una incubazione dai 3 ai 15-20 giorni.

I segni soggettivi sono i classici delle uretriti aspecifiche: purito, bruciore o dolore all'uretra anteriore, continui o più spesso solo risvegliati dalla minzione.

Come tutti i segni soggettivi possono mancare.

Obiettivamente si mette in evidenza un essudato uretrale:

a) che può uscire spontaneamente dall'uretra più o meno abbondantemente e con continuità (scolo);

b) che esce spontaneamente solo al mattino o nelle ultime ore della notte (maggior tempo di non minzione);

c) che può uscire solo spremendo l'uretra;

d) che si evidenzia solo nelle urine con fiocchi di muco che turbano la trasparenza dell'urina stessa.

L'essudato può essere francamente purulento o catarrale o mucoso. Nei casi di secrezione purulenta abbondante non è raro notare una certa tumefazione del meato urinario.

Dall'esame di questa sintomatologia appare evidente come non esista nessuna particolare caratteristica clinica che possa distinguere questa uretrite da altre uretriti aspecifiche. La sua frequenza però è da ritenersi relativamente alta. Secondo i vari Autori costituirebbe dal 5 a 30% di tutte le uretriti aspecifiche.

Per quanto riguarda il significato e la prognosi, personalmente per quella che è la nostra esperienza non ritengo che l'uretrite da T.V. sia da considerarsi più grave delle altre uretriti aspecifiche infettive anche nei riguardi della frequenza delle possibili complicazioni.

La prognosi dell'uretrite da sola e anche nei riguardi delle eventuali complicanze è comunque strettamente legata alla diagnosi

e al successivo trattamento specifico che risulta efficace nella quasi totalità dei casi.

La diagnosi di infestione da T.V. è facile ed è basata sulla dimostrazione del parassita negli essudati, dimostrazione che può essere o microscopica a fresco meglio in campo oscuro o su strisci colorati coi metodi ematologici, o colturale come è stato illustrato prima dal prof. Meloni.

Ma la diagnosi è facile solo se si pensa che esiste una infestione da T.V., che esiste il T.V.

Purtroppo ancora oggi molti medici venerologi se ne dimenticano e non ricercano il parassita per cui l'individuazione delle forme da T.V. riesce particolarmente difficile e indaginosa. Questa difficoltà di individuazione è in gran parte legata alla fisionomia dei pazienti maschi che vengono a farsi visitare.

A questo proposito essi possono essere suddivisi in quattro gruppi:

1° gruppo: uomini sposati e con *partner unico* con uretrite o balanopostite o con le due forme, i quali o spontaneamente o sollecitati ci dicono che la loro partner soffre di disturbi vaginali ed accusano rapporti più o meno dolorosi. In questo gruppo, specie se c'è la balanopostite, specie se vi è la concomitante vaginite del partner è abbastanza facile pensare al T.V. e se c'è individuarlo in uno dei due partner (nella donna è più facile) o in tutti e due ed agire in conformità;

2° gruppo: uomini partner di donna affetta da vaginite da T.V. che vengono per controllo, sollecitati dal ginecologo.

Se essi presentano una sintomatologia manifesta, sarà possibile dimostrare il T.V.

Se non presentano segni clinici per non recettività, per latenza, saprofitismo o altre localizzazioni del T.V. ritengono a mio avviso inutile ricercare il parassita nel plasma spermatico o nel succo prostatico, eseguendo eventualmente questi esami se dopo il trattamento dei due partner vi fosse una recidiva nella donna che non abbia altre giustificazioni;

3° gruppo: uomini con più partner con balanopostite e con o senza uretrite. Anche in questo caso è facile pensare al T.V., e dimostrarlo se c'è;

4° gruppo: uomini con più partner che presentano solo una sintomatologia uretrica.

Questo è il gruppo in cui è più problematico il pensare al T.V. e di conseguenza ne è più difficile la individuazione che non può essere che mirata.

Purtroppo in questi casi la prassi standard seguita è:

- fare un esame microscopico dell'esudato;

- escludere l'infezione gonococcica;

- classificare la forma come uretrite aspecifica;

- trattarla con un antibiotico a largo spettro;

- far ritornare il paziente dopo qualche giorno.

In una alta percentuale di casi (dal 50 all'80%) di uretrite aspecifica il paziente migliora o guarisce, se non guarisce o non migliora cambiare antibiotico, far ritornare il paziente dopo qualche giorno.

Altri pazienti guariscono altri no.

Per quelli che non guariscono si può ripetere la stessa storia più volte fino a che o lo stesso medico o un altro medico a cui il paziente stanco può rivolgersi, finalmente penseranno ad altri agenti non sensibili ai comuni antibiotici tra cui il più frequente è il T.V. e sperabilmente tenderanno a individuarlo.

Questa prassi che ha una semplicistica giustificazione nel fatto di comportare un 70-80% di buoni risultati, che ha degli addentellati con l'uso della pomatina cortisonica usata per qualsiasi forma cutanea e che è stigmatizzata nel suo valore da una vecchia storiella americana dell'assistente che dice al primario: « Sa il numero 188: gli abbiamo fatto penicillina, streptomina, cloramfenicolo, eritrocina, tetraciclina, rifampicina, sulfamidici e continua ad avere la febbre alta: cosa facciamo? ». « Mah!, proviamo a visitarlo! ». Questa prassi va assolutamente modificata, perché oltre che essere scientificamente scorretta è sicuramente di danno almeno economico per almeno un 20% di pazienti affetti da uretrite aspecifica una gran parte dei quali da T.V.

Bisogna che il medico di fronte ad un caso di uretrite aspecifica prima di attuare qualsiasi trattamento giunga assolutamente alla diagnosi etiologica servendosi di tutti i mezzi mirati di individuazione delle cause e servendosi dell'aiuto insostituibile del microbiologo. Solo così si potrà fare una efficace terapia mirata con evidente vantaggio del paziente sia come malato sia come fonte di contagio.

RIASSUNTO

L'Autore, sulla scorta della casistica della Clinica Dermosifilopatica dell'Università di Padova, espone alcuni aspetti epidemiologici e clinici dell'infezione da *trichomonas vaginalis* nel maschio e le loro implicazioni dal punto di vista prognostico e terapeutico.