

LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

(MMWR 47/RR-1/; 1-118, 1998 - Centers for Disease Control)

MALATTIE CARATTERIZZATE DA ULCERE GENITALI

MALATTIA	AGENTE EZIOLOGICO	PRIMA SCELTA	ALTERNATIVE	NOTE
CANCROIDE (Ulcera molle)	Haemophilus ducrey	CEFTRIAXONE 250 mg im (dose singola) AZITROMICINA 1 gr po (dose singola)	CIPROFLOXACINA 500 mg bid per 3 giorni ERITROMICINA 500 mg qid per 7 giorni	Riportati isolamenti con resistenza intermedia ad Eritromicina e/o Ciprofloxacina.
		HIV+: ERITROMICINA 500 mg qid per 7 giorni		Sono richiesti cicli di terapia più lunghi: evitare la dose singola (Ceftriaxone/Azitromicina)
		GRAVIDANZA: ERITROMICINA 500 mg qid per 7 giorni		La sicurezza di Azitromicina non è stata accertata. Non usare Ciprofloxacina
HERPES GENITALE IN IMMUNOCOMPETENTE PRIMO EPISODIO	HSV 1,2	ACYCLOVIR 400 mg po tid per 7-10 giorni ACYCLOVIR 200 mg x 5 per 7-10 giorni VALACICLOVIR 1 gr bid per 7-10 giorni FAMCICLOVIR 250 mg tid po per 7-10 giorni		Efficacia sovrapponibile tra i vari farmaci (valutare il costo) Il trattamento può essere prolungato se la guarigione risulta incompleta dopo 10 giorni
EPISODI RICORRENTI		ACYCLOVIR 400 mg po tid per 5 giorni ACYCLOVIR 200 mg x 5 po per 5 giorni ACYCLOVIR 800 mg bid po per 5 giorni VALACICLOVIR 500 mg bid per os per 5 giorni FAMCICLOVIR 125 mg bid po per 5 giorni		Il trattamento può accorciare la durata della manifestazione clinica. Va iniziato precocemente (prodromi, prime ore)
TERAPIA SOPPRESSIVA CRONICA		ACYCLOVIR 400 mg bid po VALACICLOVIR 250 mg bid o 500 mg al giorno monodose VALACICLOVIR 1000 mg/die (se > 10 episodi all'anno) FAMCICLOVIR 250 mg bid po		Diminuiscono gli episodi sintomatici. Non pare che l'uso prolungato favorisca l'insorgenza di resistenze ai farmaci.

IMMUNOCOMPROMESSO		ACYCLOVIR 5-10 mg/Kg ev ogni 8 ore per 5-7 giorni (o fino a risoluzione clinica) ACYCLOVIR 400 mg x 3 o x 5 po per 14-21 giorni (o fino a risoluzione) FAMCICLOVIR 500 mg bid po per 7 giorni (o fino a risoluzione) VALACYCLOVIR 1 gr tidpo per 7 giorni (o fino a risoluzione)		La via e.v. riservata ai casi di malattia grave o con complicanze Se ulcere persistenti: probabile ceppo resistente ad Acyclovir (cross resistenza con Valacyclovir e solitamente con Foscavir): usare Foscarnet 40 mg/Kg ev x 3 oppure Cidofovir gel 1% topico qd per 5 giorni
HERPES GENITALE IN GRAVIDANZA		Il primo episodio clinico di herpes genitale durante la gravidanza può essere trattato con Aciclovir per os. In presenza di infezione da HSV che mette a rischio la vita della madre, è indicata la somministrazione e.v di Acyclovir		
GRANULOMA INGUINALE (Donovanosi)	Calymmato bacterium granulomatis	TMP/SMX-DS bid po per 3 settimane DOXICICLINA 100 mg bid po per 3 settimane	CIPROFLOXACINA 750 mg bid po per 3 settimane ERITROMICINA 500 mg x 4 po per 3 settimane	La risposta clinica si osserva generalmente entro una settimana. Proseguire fino a risoluzione delle lesioni (fino a 4 settimane)
		HIV+ o in caso di scarsa risposta clinica aggiungere aminoglicoside: GENTAMICINA 1 mg/Kg e.v ogni 8 ore		
		GRAVIDANZA: ERITROMICINA 500 mg x 4 po per 3 settimane. L'aggiunta di un aminoglicoside per via parenterale (es. Gentamicina) dovrebbe essere presa in considerazione		
LINFOGRANULOMA VENEREO	Chlamydia trachomatis (L1-L2-L3)	DOXICICLINA 100 mg bid po per 3 settimane	ERITROMICINA 500 mg x 4 po Per 3 settimane	Eventuale drenaggio della linfoadenopatia ascessualizzata
		HIV+: idem		
		GRAVIDANZA: ERITROMICINA 500 mg x 4 po per 3 settimane		
SIFILIDE PRIMARIA, SECONDARIA E LATENTE < 1 anno (sieroconversione, segni clinici inequivocabili di sifilide 1° o 2° o partner di paziente con sifilide 1°, 2° o latente < anno)	Treponema pallidum	PENICILLINA G BENZATINA 2,4 MU im (dose singola)	DOXICICLINA 100 mg bid po per 14 giorni TETRACICLINA 500 mg qid po per 14 giorni CEFTRIAXONE 1 gr qd im per 8-10 giorni (i dati sull'efficacia del Cetriaxone sono insufficienti)	Trattare nuovamente i pazienti che hanno segni clinici di persistenza di malattia o con titolo (test nontreponemici) in aumento dopo 6, 12 mesi.

SIFILIDE LATENTE > 1 ANNO (liquor normale)		PENICILLINA G BENZATINA 2,4 MU im alla settimana, per 3 settimane	DOXICICLINA 100 mg bid po per 28 giorni TETRACICLINA 500 mg qid po per 28 giorni	Scarsa evidenza clinica sull'efficacia del trattamento alternativo alla penicillina Indicata PL se: segni/sintomi neurologici/oculari, evidenza sifilide terziaria attiva (aortite, gomme), fallimento terapia, HIV+
NEUROSIFILIDE (compresa oculare)		PENICILLINA acquosa cristallina G 3-4 MU ogni 4 ore ev (18-24 MU al giorno) per 10-14 giorni	PENICILLINA PROCAINA 2,4 MU im/die + Probenecid 500 mg x 4 po, entrambi per 10-14 giorni	Pazienti allergici a penicillina: effettuare la desensibilizzazione e poi trattamento con penicillina
SIFILIDE PRIMARIA, SECONDARIA E LATENTE < 1 anno IN HIV+		PENICILLINA G BENZATINA 2,4 MU im	Alcuni esperti raccomandano trattamenti aggiuntivi (per esempio tre dosi settimanali di Penicillina Benzatina G, come per la sifilide tardiva	Trattare nuovamente i pazienti che hanno segni clinici di persistenza di malattia o con titolo (test nontreponemici) che non diminuisce dopo 6, 12 mesi. Consigliato esame del liquor dopo 6 mesi dal trattamento
SIFILIDE LATENTE > 1 anno IN HIV+ (liquor normale)		PENICILLINA G BENZATINA 2,4 MU im alla settimana, per 3 settimane		Effettuare esame liquor <u>prima</u> di iniziare il trattamento
SIFILIDE IN GRAVIDANZA		Trattamento con il regime di PENICILLINA appropriato per lo stadio della sifilide	Alcuni esperti raccomandano trattamenti aggiuntivi: per esempio una dose aggiuntiva di Penicillina Benzatina G 2,4 MU im, 1 settimana dopo la dose iniziale nel caso di sifilide 1°, 2° o latente	Pazienti allergiche a penicillina: effettuare la desensibilizzazione e poi trattamento con penicillina Tetraciclina e Doxiciclina sono controindicate. Eritromicina non è raccomandata per l'elevato rischio di inefficacia nel feto

URETRITI E CERVICITI

URETRITI NON GONOCOCCICHE	Chlamydia (50 % dei casi), Mycoplasma hominis, Ureaplasma, Trichomonas, Mycoplasma genitalium	AZITROMICINA 1 gr po (dose singola) DOXICICLINA 100 mg bid po per 7 giorni	ERITROMICINA BASE 500 mg qid po per 7 giorni ERITROMICINA etilsuccinata 800 mg qid po per 7 giorni OFLOXACINA 300 mg bid per 7 giorni	Uretrite ricorrente o persistente (sintomi persistenti o recidive frequenti dopo il trattamento): METRONIDAZOLO 2 gr po (dose singola) + ERITROMICINA BASE 500 mg qid per 7 giorni o ERITROMICINA etilsuccinata 800 mg qid po per 7 giorni
		HIV+: idem		
CERVICITE MUCOPURULENTA da Chlamydia	Chlamydia trachomatis	AZITROMICINA 1 gr po (dose singola) DOXICICLINA 100 mg bid per 7 giorni	ERITROMICINA BASE 500 mg qid po per 7 giorni ERITROMICINA etilsuccinata 800 mg qid po per 7 giorni OFLOXACINA 300 mg bid per 7 giorni	
		HIV+: idem		
		GRAVIDANZA:	ERITROMICINA BASE 500 mg qid po per 7 giorni AMOXICILLINA 500 mg tid po per 7 giorni	ERITROMICINA BASE 250 mg qid po per 14 giorni ERITROMICINA etilsuccinata 800 mg qid po per 7 giorni ERITROMICINA etilsuccinata 400 mg qid po per 14 giorni

<p>URETRITI, CERVICITI, PROCTITI, FARINGITI GONOCOCCICHE NON COMPLICATE</p>	<p>Neisseria gonorrhoeae</p>	<p>CEFIXIME 400 mg po (dose singola) CEFTRIAXONE 125 mg IM (dose singola) CIPROFLOXACINA 500 mg po (dose singola) OFLOXACINA 400 mg po (dose singola) + AZITROMICINA 1 gr po (dose singola) oppure DOXICILCINA 100 mg bid po per 7 giorni</p>	<p>SPECTINOMICINA 2 gr im (dose singola) AZITROMICINA 2 gr po (dose singola) Cefalosporine in dose singola alternative a quelle di prima scelta sono: ceftizoxime 500 mg im, cefotaxime 500 mg im, cefotetan 1 gr im, cefoxitina 2 gr im + Probenecid 1 g po (esperienza clinica limitata) Chinoloni in dose singola alternativi: Enoxacina 400 mg po, Lomefloxacina 400 mg po, Norfloxacina 800 mg po (esperienza clinica limitata)</p>	<p>Considerare che il 50% circa dei pazienti con uretrite e cervicite hanno una concomitante infezione da Chlamydia: trattare entrambe le infezioni Se acquisita in Asia non usare chinoloni (ceppi di gonococco resistenti) Spectinomicina poco efficace nel caso di faringite gonococcica</p>
<p>CONGIUNTIVITE GONOCOCCICA</p>		<p>CEFTRIAXONE 1 gr IM (dose singola) + lavaggio dell'occhio con soluzione salina</p>		
<p>INFEZIONE GONOCOCCICA DISSEMINATA (batteriemia)</p>		<p>CEFTRIAXONE 1gr/die im/ev CEFOTAXIME 1 gr ev tid CEFTIZOXIME 1 gr ev tid</p>	<p>CIPROFLOXACINA 500 mg bid ev OFLOXACINA 400 mg bid ev SPECTINOMICINA 2gr im bid</p>	<p>Ospedalizzare e proseguire fino a 24 ore dopo il miglioramento dei sintomi, passare a terapia orale per un totale di 7 giorni con: CEFIXIME 400 mg po bid CIPROFLOXACINA 500 mg po bid OFLOXACINA 400 mg po bid</p>
<p>MENINGITE ENDOCARDITE DA GONOCOCCO</p>		<p>CEFTRIAXONE 1-2 gr ev bidvdurata: 10-14 giorni per meningite, 4 settimane per endocardite</p>		
<p>GONOCOCCO IN HIV+</p>	<p>idem</p>			
<p>GONOCOCCO IN GRAVIDANZA</p>		<p>Cefalosporine come sopra indicato</p>	<p>SPECTINOMICINA 2gr im bid</p>	

VAGINITE

VAGINOSI BATTERICA Secrezione vaginale maleodorante, pH > 4,5	Polimicrobica: Gardenella vaginalis, anaerobi (Mobiluncus sp., Prevotella sp.), Mycoplasma hominis	METRONIDAZOLO 500 mg bid po per 7 giorni CLINDAMICINA crema 2% 5 gr intravaginale per 7 giorni METRONIDAZOLO gel 0,75% 5 gr intravaginali bid per 5 giorni	METRONIDAZOLO 2 gr po (dose singola) CLINDAMICINA 300 mg bid per 7 giorni	Clindamicina crema può danneggiare i condom in lattice Il trattamento del partner non è indicato
		HIV+: idem		
		GRAVIDANZA (secondo trimestre): METRONIDAZOLO 250 mg po tid per 7 giorni, oppure 2 gr po qd oppure CLINDAMICINA 300 mg bid per 7 giorni		
TRICHOMONIASI Abbondanti secrezioni schiumose, pH > 4,5	Trichomonas vaginalis	METRONIDAZOLO 2 gr po (dose singola) METRONIDAZOLO 500 mg bid po per 7 giorni		
		HIV+: idem		
		GRAVIDANZA (secondo trimestre): METRONIDAZOLO 2 gr po (dose singola)		
CANDIDIASI VULVOVAGINALE NON COMPLICATA Prurito, dense secrezioni caseose pH <4,5	C.albicans (80-90%), C. glabrata, c.tropicalis, Torulopsis sp.	FLUCONAZOLO 150 mg po (dose singola) Azolici intravaginali: BUTACONAZOLO cr 2% 5 gr intravaginali per 3 giorni CLOTRIMAZOLO cr 1% 5 gr intravaginali per 7-14 giorni CLOTRIMAZOLO 100 mg tav. vag. 100 mg per 7 giorni oppure 100 mg bid per 3 giorni o 500 mg per 1 giorno MICONAZOLO cr 2% 5 gr intravaginali per 7 giorni o MICONAZOLO tav vag 200 mg per 3 giorni o 100 mg per 7 giorni TIOCONAZOLO 6,5% 5 gr intravaginali (singola dose) TERCONAZOLO cr 0,4% 5 gr per 7 giorni TERCONAZOLO tav. vag. 80 mg 1 tav per 3 giorni		La Nistatina intravaginale per 14 giorni è poco efficace Non è necessario trattare il partner, se non sintomatico (balanite) I preparati topici possono danneggiare condom e diaframma in lattice La <u>durata</u> del trattamento varia dalla monodose a 7-14 giorni

<p>CANDIDIASI VULVOVAGINALE RICORRENTE (4 o più episodi/anno) O LOCALMENTE COMPLICATA (diabete, i.d., cortisone)</p>		<p>Induzione (10-14 giorni) con: FLUCONAZOLO 200 mg (primo giorno), poi 100 mg po qd ITRACONAZOLO sol orale 200 mg po qd o 100 mg bid Mantenimento per 6 mesi con: KETOCONAZOLO 100 mg po al giorno FLUCONAZOLO 100-150 mg po/ per settimana (studio di efficacia in corso)</p>	
<p>CANDIDIASI VAGINALE IN HIV+</p>		<p>Idem</p>	<p>Se malattia refrattaria a Fluconazolo, usare: Fluconazolo 400-800 mg po qd Itraconazolo sol. 100-200 mg bid Amfotericina B 0,5 mg/Kg ev qd</p>
<p>CANDIDIASI IN GRAVIDANZA</p>		<p>Gravide: usare solo preparati topici (Butaconazolo, Clotrimazolo, Miconazolo, Terconazolo) per 7 giorni</p>	

MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA (PID)

PID, SALPINGITE, ASCESSO TUBO-OVARICO terapia parenterale	N.gonorrhoeae, C.trachomatis, anaerobi, G.vaginalis, H.influentiae, Enterobacteriacee, Str.agalactiae, M.hominis, U. urealyticum	CEFOTETAN 2 gr ev bid CEFOXITINA 2 gr ev qid + DOXICICLINA 100 mg bid po o CLINDAMICINA 450 mg qid po CLINDAMICINA 900 mg ev tid + GENTAMICINA dose carico di 2 mg/Kg ev o im seguito da 1,5 mg/Kg tid o 4,5 mg/Kg in monosomministrazione giornaliera poi proseguire con CLINDAMICINA 450 mg qid po o DOXICICLINA 100 mg bid po	OFLOXACINA 400 mg ev bid + METRONIDAZOLO 500 mg ev tid AMPICILLINA/SULBACTAM 3 g ev qid + DOXICICLINA 100 mg bid po CIPROFLOXACINA 200 mg ev bid + DOXICICLINA 100 mg bid po + METRONIDAZOLO 500 mg ev tid	Mantenere la terapia parenterale fino a 24 ore dopo il miglioramento clinico. Proseguire per os per un totale di 14 giorni In caso di ascesso tubo- ovarico preferire il regime comprendente Clindamicina (maggior copertura anaerobi) Trattare i partner sessuali, anche se asintomatici
PID, SALPINGITE, ASCESSO TUBO-OVARICO terapia orale		OFLOXACINA 400 mg po bid per 14 giorni + METRONIDAZOLO 500 mg po bid per 14 giorni oppure CEFTRIAXONE 250 mg im (dose unica) o CEFOXITINA 2 gr im (dose singola) (+ PROBENECID 1 gr po dose singola) + DOXICICLINA 100 mg bid po per 14 giorni		Trattare i partner sessuali, anche se asintomatici
PID in HIV+		Utilizzare sempre terapia parenterale		
PID in GRAVIDANZA		Utilizzare sempre terapia parenterale		

BALANITE

BALANITE	Candida (40%), Strepto gr B, Gardenella	Azolici per os, come per la vaginite da Candida	In 1/4 dei partner maschili di donne infette da Candida. Escludere la balanite circinata (sdr. Reiter). La balanite plasmacellulare (non infettiva) risponde all'idrocortisone crema
----------	--	---	--

EPIDIDIMITE

ORCHI-EPIDIDIMITE ETA' < 35 ANNI	N.gonorrhoeae, C.trachomatis	CEFTRIAZONE 250 mg im/ die + DOXICICLINA 100 mg bid po per 10 giorni oppure OFLOXACINA 300 mg bid po per 10 giorni	Riposo a letto, elevazione dello scroto, analgesici Valutazione della partner
ETA' > 35 ANNI oppure maschi omosessuali	Enterobacteriaceae (coliformi)	CIPROFLOXACINA 500 mg bid po OFLOXACINA 200 mg bid po per 10-14 giorni	AMP/SB 3 gr qid ev, CEFOTAXIME 2 gr tid ev, CEFTRIAZONE 2 gr/die, TC/CL 3,1 gr qid ev, PIP/TZ 3,375 gr qid ev Piuria nel mitto intermedio, dolore scrotale, edema Riposo a letto, elevazione dello scroto, analgesici

PROSTATITE

PROSTATITE ACUTA ETA' < 35 ANNI	N.gonorrhoeae, C.trachomatis	OFLOXACINA 400 mg po poi 300 mg bid po per 7 giorni LEVOFLOXACINA 500 mg/die po	Ofloxacin è efficace nei confronti di C.trachomatis e gonococco e penetra nella prostata. AIDS: la prostata può essere sede di infezione da Cryptococcus neoformans
PROSTATITE ACUTA ETA' > 35 ANNI	Enterobacteriaceae (coliformi)	OFLOXACINA 300 mg bid po per 10 giorni	TMP/SMX forte bid po per 10-14 giorni Alcuni autori suggeriscono di proseguire il trattamento per 3-4 settimane
PROSTATITE BATTERICA CRONICA	Enterobacteriaceae, Enterococchi, P.aeruginosa	CIPROFLOXACINA 500 mg bid po per 4 settimane OFLOXACINA 300 mg bid po per 6 settimane	TMP/SMX forte bid po per 1-3 mesi In caso di insuccesso della terapia, considerare la presenza di calcoli prostatici infetti
PROSTATITE CRONICA o PROSTATODINIA	Eziologia sconosciuta (probabile l'origine infettiva: Mycoplasma, Chlamydia)	DOXICICLINA 100 mg bid po per 14 giorni Alfabloccanti (il loro utilizzo è controverso)	ERITROMICINA 500 mg qid po per 14 giorni Presenza di sintomi da prostatite, con esame colturale negativo. E' la più comune sindrome prostatica

VERRUCHE ANOGENITALI

<p>CONDILOMA ACUMINATO MASCHILE E FEMMINILE</p>	<p>HPV tipo 6 e 11 (i più comuni) HPV tipo 16, 18, 33 e 35 associati a displasia/Ca della cervice</p>	<p><u>Applicato dal paziente:</u> IMIQUIMOD crema 5% x 3 volte /settimana prima di andare a letto: massimo per 16 settimane PODOFILOXINA soluzione o gel 0,5% 2 applicazioni/die per 3 giorni; sospendere per 4 giorni e ripetere il ciclo per 4. Se necessario ripetere il ciclo 4-6 volte. Può dare reazioni locali, dolore, bruciore</p>	<p><u>Applicato dal medico:</u> PODOFILLINA tintura di benzoina (applicare 1 volta alla settimana e lavare dopo 1-4 ore: per 6 settimane), acido tricloracetico, rimozione chirurgica, crioterapia o elettrocauterizzazione INTERFERONE α-2b α-n3 1 milione di unità (0,1 ml) intralesionale 3 volte alla settimana per 3 settimane: per lesioni ai genitali esterni</p>	<p>Sono comuni le recidive dopo ogni tipo di trattamento Biopsia su lesioni atipiche, pigmentate o persistenti Sottoporre annualmente le donne a Pap-test</p>
		<p>HIV+: possono non rispondere in modo ottimale alla terapia, hanno una maggior frequenza di recidiva e di trasformazione in carcinoma squamoso. Utilizzare preferenzialmente Interferone intralesionale</p>		
		<p>GRAVIDANZA: evitare il trattamento con Imiquimod, Podofiloxina e Podofillina; eventualmente si può effettuare rimozione chirurgica</p>		

PARASSITOSI

<p>PEDICULOSI PUBICA</p>	<p>Phthirus pubis</p>	<p>PERMETRINA crema 1% applicare alla zona interessata e lavare dopo 10 minuti PIRETRINA con piperonil butoxide applicare e lavare dopo 10 minuti</p>	<p>LINDANE shampoo 1% applicare per 4 minuti, poi lavare</p>	<p>Lindane è più economica ma potenzialmente più tossica (anemia aplastica) e va evitata in gravidanza, allattamento e in pazienti di età < 2 anni Effettuare decontaminazione di abiti e effetti lettereschi.</p>
<p>SCABBIA</p>	<p>Sarcoptes scabiei</p>	<p>PERMETRINA crema 5% applicare a tutto il corpo e lavare dopo 8-14 ore SULFUR 6% crema applicare per 3 notti consecutive (lavare prima di ogni applicazione)</p>	<p>LINDANE lozione 1% applicare a tutto il corpo e lavare dopo 8 ore IVERMECTINA dose singola di 200 mcg/Kg po o soluzione topica 0,8% (mancano studi controllati sull'efficacia clinica)</p>	<p>Trattare i partner sessuali La terapia va ripetuta dopo 1 settimana se persiste la parassitosi</p>
		<p>HIV+: sono a maggior rischio di sviluppare forma grave (Norvegese): disseminata, crostosa, senza prurito ma altamente contagiosa.</p>		
		<p>GRAVIDANZA: non utilizzare Lindane</p>		

SCREENING PER IL CARCINOMA CERVICALE IN DONNE CHE AFFERISCONO AGLI AMBULATORI PER MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE O CHE HANNO UNA STORIA DI MST

Le lesioni precancerose della cervice uterina in donne che afferiscono ad ambulatori per MST sono circa 5 volte più frequenti rispetto alla popolazione generale.

Il Pap test costituisce un esame relativamente economico per diagnosticare il K cervicale invasivo e SIL.

Nelle donne sessualmente attive è necessario effettuare un Pap test ogni anno.

In caso di risultato anormale del Pap-test, la paziente va sottoposta a colposcopia e biopsie mirate.

- Il Pap-test non serve per diagnosticare malattie trasmesse sessualmente
- Non deve essere effettuato in corso di mestruazione
- Non va effettuato in presenza di secrezione cervicale mucopurulenta, in quanto potrebbe comprometterne l'interpretazione.
- Se nel corso dell'esame ginecologico si raccolgono altri campioni biologici per la diagnosi di MST, il Pap test va effettuato per ultimo
- Ad oggi non è dimostrata l'utilità nella pratica clinica di effettuare routinariamente il test per HPV per identificare le donne a più elevato rischio di K cervice uterina
- Le donne gravide devono essere sottoposte a Pap-test. Si può ottenere il campione con il citobrushing, avendo cura di non lesionare il tappo di muco

- Donne HIV+: sono a maggior rischio di sviluppare SIL e di progredire verso il K cervice. Il follow up prevede una visita ginecologica e Pap-test alla presa in carico della paziente, un Pap test ogni 6 mesi durante il primo anno e successivamente un Pap-test ogni anno. In caso di risultato anormale del Pap-test, la paziente va sottoposta a colposcopia e biopsia mirata.

VIOLENZA SESSUALE E MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

Consigliata la seguente profilassi post-esposizione:

- 1) Vaccino anti HBV: effettuato al momento della prima visita dopo la violenza, e successivamente dopo 1-2 e 4-6 mesi dopo la prima dose
- 2) Terapia empirica contro Chlamydia, Gonococco, Trichomonas e BV con:

Ceftriaxone 125 mg im (dose singola)
+ Metronidazolo 2 gr po (dose singola)
+ Azitromicina 1 gr po (dose singola) oppure Doxiciclina 100 mg po x 7 giorni

- 3) Non esistono dati certi sull'utilità della profilassi post esposizione con farmaci antiretrovirali per prevenire l'infezione da HIV. E' necessario valutare caso per caso in base ai seguenti fattori:
 - il tipo di rapporto sessuale (vaginale, anale, orale)
 - il tempo trascorso tra il rapporto sessuale e la visita
 - eventuali fattori di rischio dell'assalitore (uso di droghe, elevata promiscuità sessuale)

ABBREVIAZIONI UTILIZZATE

AIDS	Sindrome da Immunodeficienza Acquisita
BV	Vaginosi Batterica
bid	due volte al giorno
CIN	Neoplasia Intraepiteliale Cervicale
ev	per via endovenosa
gr	grammo
HIV	Virus dell'immunodeficienza Umana
HPV	Papillomavirus umano
HSV	Herpes Simplex Virus
im	per via intramuscolare
mg	milligrammo
Pap	Papanicolau
PL	rachicentesi
PID	Malattia Infiammatoria Pelvica
po	per via orale
qd	una volta al giorno
qid	quattro volte al giorno
SIL	Lesione squamosa Intraepiteliale
Tav. vag.	Tavolette vaginali
tid	tre volte al giorno