

Gonorrea

Dr. Gianluca Russo, Mingha Africa Onlus

Eziologia

L'agente eziologico della gonorrea è la *Neisseria gonorrhoeae*, diplococco gram negativo (aspetto microscopico "a chicco di caffè"), intracellulare, aerobio, asporigeno, immobile. Alcuni fattori di virulenza, quali i pili e le proteine denominate opa-proteins, permettono al microbo di aderire alla superficie della mucosa e di inibire la fagocitosi dei leucociti neutrofilo, favorendone di conseguenza la sopravvivenza intracellulare. La resistenza alle penicilline deriva dalla presenza di un plasmide che codifica per delle penicillinasi. Il periodo di incubazione medio della gonorrea è 2-8 giorni.

Epidemiologia

Anche se in progressiva diminuzione, l'incidenza della malattia rimane alta, essendo la seconda causa di uretrite acuta nei giovani adulti. I principali fattori di rischio sono i rapporti sessuali non protetti con più partners (etero o omosessuali) e un basso livello socioeconomico. Nei paesi in via di sviluppo si calcola che circa il 50% delle persone acquisisca l'infezione al momento dell'inizio dell'attività sessuale. L'infezione sintomatica è più frequente nei maschi, ma le complicanze si osservano pressoché esclusivamente nel sesso femminile (malattia infiammatoria pelvica cronica, gravidanze ectopiche, infertilità).

Aspetti clinici e prognostici

L'infezione gonococcica nei pazienti di sesso maschile si manifesta clinicamente sotto forma di uretrite, che insorge 2-8 giorni dopo il contagio, con disuria e secrezione uretrale profusa, inizialmente lattescente e poi purulenta, di colore giallo-verdastro. A volte può essere osservato anche il coinvolgimento dell'epididimo con tumefazione testicolare. Nei pazienti di sesso

femminile i siti di infezione gonococcica di più frequente riscontro sono l'endocervice uterina (80-90% dei casi), l'uretra, l'intestino retto ed il faringe. Nelle donne l'infezione è frequentemente paucisintomatica, manifestandosi con dolore durante il rapporto sessuale (dispareunia), disuria e, talvolta, leucorrea purulenta. Una possibile complicanza acuta è rappresentata dalla bartolinite, caratterizzata da tumefazione dolente monolaterale in corrispondenza delle grandi labbra. L'infezione gonococcica asintomatica è spesso associata ad insorgenza di malattia infiammatoria pelvica che si manifesta con dolori addominali, febbre, leucorrea ed è causa frequente di infertilità della donna. Altre possibili localizzazioni dell'infezione gonococcica sono il faringe, il retto, la congiuntiva. La faringite gonococcica è di solito monolaterale, causa faringodinia con secrezione purulenta e linfadenopatia laterocervicale satellite. La proctite gonococcica, più frequente nelle donne e nei maschi omosessuali, può essere asintomatica o presentarsi con tenesmo e secrezioni rettali purulente. La congiuntivite gonococcica si osserva tipicamente nel neonato che acquisisce l'infezione durante il passaggio nel canale del parto, ma può riscontrarsi anche nell'adulto in seguito ad autoinoculazione; è una forma purulenta grave che, se non trattata, evolve rapidamente verso una panoftalmite con conseguente cecità. Considerata la gravità della patologia, in tutti i neonati è indicata la somministrazione a titolo profilattico di collirio a base di eritromicina o tetracicline. Da ricordare infine l'infezione disseminata con artrite gonococcica, frequente in era pre-antibiotica; questo quadro clinico è attualmente molto raro e colpisce in genere pazienti affetti da deficit del complemento. La malattia presenta una prima fase caratterizzata da febbre e artralgie migranti delle grandi articolazioni con tenosinoviti (tipica è la localizzazione al tendine di Achille); contemporaneamente compaiono lesioni cutanee dolenti maculo-papulari, talvolta emorragiche o pustolose. In una seconda fase le lesioni cutanee si risolvono e compaiono artriti settiche che coinvolgono tipicamente il ginocchio. Rare complicanze della disseminazione ematogena del gonococco sono la meningite (indistinguibile clinicamente dalla forma meningococcica) e l'endocardite gonococcica, caratterizzata da un rapido danneggiamento della valvola aortica. La

prognosi è buona nelle forme genitali, ma può essere estremamente severa nelle forme disseminate ed in quelle neonatali, attualmente rare.

Diagnosi

La diagnosi dell'infezione gonococcica si basa sull'identificazione microscopica e/o sull'isolamento colturale del microbo nei liquidi biologici coinvolti nell'infezione (secrezioni genitali, liquido sinoviale, congiuntiva, sangue, faringe, intestino retto). L'esame microscopico diretto su secreti mostra la presenza di diplococchi gram negativi con una sensibilità del 90-98% nei pazienti sintomatici e del 60% nei pazienti asintomatici nei quali è da preferire l'esame colturale. Attualmente non sono disponibili test sierologici diagnostici.

Terapia

La terapia della gonorrea nelle forme non complicate è basata sull'impiego delle cefalosporine di terza generazione in dose singola: Ceftriaxone 125-250 mg i.m. o Cefixime 400 mg per os. La terapia con antibiotici fluorochinolonici è attualmente fortemente sconsigliata per l'insorgenza e la diffusione di ceppi di gonococco-resistenti. Nei soggetti allergici alle β -lattamine può essere utilizzata la Spectinomicina (2 g i.m.) in singola dose. La sensibilità del gonococco alla penicillina, alle tetracicline e, in parte ai macrolidi, è troppo scarsa per poterne raccomandare l'impiego terapeutico. E' consigliabile eseguire esami batteriologici di controllo dopo tre mesi dal trattamento per dimostrare l'eradicazione dell'infezione. Nella forma disseminata è indicata la somministrazione di Ceftriaxone alla dose di 1-2 g/die per 7-14 giorni. È importante ricordare che il trattamento deve essere esteso ai partners sessuali ed è consigliabile un'astinenza sessuale di almeno 7 giorni dall'inizio della terapia. Nella pratica clinica è importante ricordare che non può essere mai esclusa una concomitante infezione da *Chlamydia* o *Mycoplasma*; pertanto tutti i pazienti con infezione gonococcica devono essere trattati anche per le forme non gonococciche,

aggiungendo alla terapia con Ceftriaxone la somministrazione di Azitromicina (1 g in unica somministrazione) o Doxiciclina (100 mg x 2/die per 7 giorni).