

MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI E TRATTAMENTO PRECOCE: UN CASO EMBLEMATICO

Barbara Menzaghi e Clara Abeli

Ospedale di Circolo di Busto Arsizio, Varese

INTRODUZIONE

Le malattie sessualmente trasmissibili (MST) costituiscono uno dei più seri problemi di salute pubblica in tutto il mondo, sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo.

Oltre alle malattie sessualmente trasmissibili più importanti e note da tempo, come infezione da HIV, sifilide, gonorrea, infezione da clamidia ed epatite HBV-correlata, oggi vengono annoverate tra le MST anche patologie come l'epatite HAV e HCV-correlate, soprattutto in categorie a rischio come gli omosessuali¹³ (Tabella 1).

La miglior strategia per controllare la diffusione delle MST si basa soprattutto sulla prevenzione, con la promozione di comportamenti sessuali responsabili (informazione, attenzione nelle pratiche sessuali saltuarie e con partners occasionali, accesso all'uso di preservativi).

Di fondamentale importanza risulta anche attuare una diagnosi precoce delle MST, in considerazione delle nuove strategie terapeutiche disponibili e della loro percentuale di successo legata alla rapidità dell'intervento.

CASO CLINICO

Paziente maschio di 36 anni, omosessuale attivo, giungeva per la prima volta alla nostra osservazione nel mese di ottobre del 2001 per riscontro di sieropositività per HIV-1 nel luglio dello stesso anno.

Il quadro immunovirologico era caratterizzato da una buona situazione im-

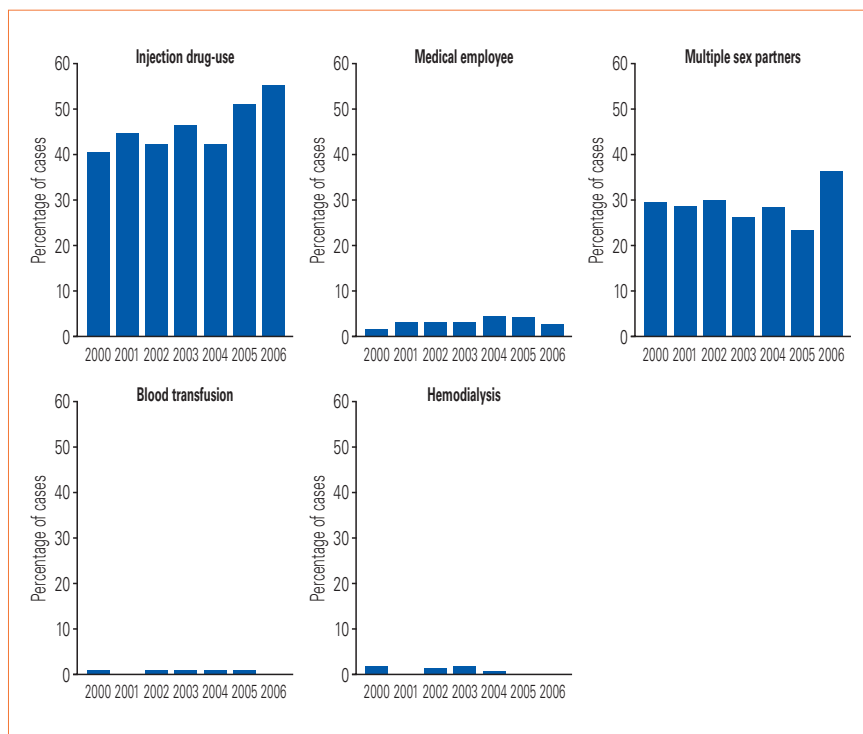


Tabella 1.

munitaria ($CD4+ 720/mm^3$, pari al 22%; VL 87.000 copie/mL); le sierologie per virus epatotropi mostravano quadro compatibile con pregressa epatite HBV e negatività della sierologia per HCV; negativa la sierologia per lue.

L'esame obiettivo mostrava normalità del quadro cardiologico, polmonare e addominale; il paziente non riferiva disturbi di rilievo.

Il paziente veniva monitorato con esami ematochimici e visite infettivologiche di controllo trimestrali senza insorgenza di problemi clinici di rilievo e necessità di avviare trattamento antiretrovirale.

Nel mese di aprile del 2003 il paziente si presentava presso il nostro ambulatorio per insorgenza di epigastralgia, nausea, feci ipocoliche e urine ipercromiche; gli esami ematochimici mostravano un importante incremento degli indici di necrosi epatica (AST 658 U/L, ALT 1886 U/L); riferiva rapporti omosessuali non protetti con partners occasionali come unico fattore di rischio.

Le sierologie per ricerca di virus epatotropi mostravano riscontro di epatite acuta da HAV; il paziente veniva ricoverato presso la nostra Unità operativa dove veniva praticata terapia idratante ev con progressiva normalizzazione degli indici di epatocitolisi.

Durante il ricovero, alla risoluzione dell'acuzie clinica, veniva eseguito counselling ribadendo l'importanza di avere rapporti sessuali protetti per la tutela della propria e dell'altrui salute.

Il paziente ha successivamente continuato a eseguire controlli ematochimici periodici, che hanno sempre documentato una buona situazione immunovirologica, tale da non rendere necessario l'avvio del trattamento HAART e visite infettivologiche periodiche, che non hanno mai evidenziato problematiche di rilievo; gli esami di funzionalità epatica a controlli periodici risultavano sempre nella norma.

A settembre del 2007 il paziente si presentava presso i nostri ambulatori per comparsa di astenia, febbricola e malessere generale; l'obiettività addominale evidenziava un'epatomegalia e gli esami ematochimici rilevavano incremento degli indici di epatocitolisi (AST 241 U/L, ALT 390 U/L).

Eseguiva sierologia per HCV, che risultava essere negativa, e sierologie per CMV ed EBV che documentavano un'infezione pregressa.

Il paziente negava assunzione di alcolici e droghe ev; riferiva invece persistenti rapporti omosessuali non protetti con partners occasionali.

Si eseguivano controlli seriatati della funzionalità epatica, che mostravano persistenza dell'ipertransaminasemia; in considerazione dell'anamnesi epidemiologica, nonostante la negatività della sierologia per HCV, si decideva di eseguire ricerca di HCV-RNA qualitativo che risultava essere positivo a ottobre 2007, ponendo diagnosi di infezione acuta da HCV.

Il paziente veniva strettamente monitorato per valutare l'evoluzione dell'infezione acuta; si eseguiva ricerca del genotipo di HCV che risultava essere di tipo 4 a/b/c.

A controlli eseguiti nel gennaio 2008 si evidenziava persistenza di positività di HCV-RNA e dell'ipertransaminasemia. In considerazione del genotipo di HCV, che sarebbe risultato difficilmente trattabile qualora la patologia fosse diventata cronica, avendo escluso controindicazioni assolute e relative ad avvio di trattamento con interferone e valutando la buona situazione immunovirologica, si decideva di introdurre trattamento antivirale con interferone peghilato e ribavirina per la durata di 6 mesi.

Si assisteva a una rapida risposta biochimica e virologica, con negativizzazio-

ne dell'HCV-RNA quantitativo già a 4 settimane di trattamento e persistenza della risposta precoce. Si sospendeva il trattamento, discretamente tollerato dal paziente sia dal punto di vista bio-umorale che soggettivo, a luglio 2008.

Dal mese di marzo del 2008 comparsa di alvo alterno e perdite di muco con le feci, per cui il paziente eseguiva colonscopia con riscontro di ulcere rettali sospette per malattie infiammatorie croniche (IBD), per cui venivano eseguite biopsie multiple, che risultavano compatibili con morbo di Chron.

Ad aprile 2008 concomitante comparsa di ulcera peniena non dolente, per cui si eseguivano tamponi per ricerca di *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, risultati negativi, e tampone per ricerca di flora batterica standard che risultava positivo per *Gardnerella vaginalis*. Si praticava trattamento antibiotico con azitromicina e metronidazolo, senza risoluzione dell'ulcera peniena.

Si eseguiva sierologia per lue che risultava positiva, permettendo di porre diagnosi di infezione luetica primaria; si instaurava pertanto trattamento con diaminocillina 2.400.000 U/L im alla settimana per 3 settimane con risoluzione della manifestazione ulcerativa.

In considerazione della persistenza dei disturbi intestinali e dell'esito della prima colonscopia, si contattava specialista gastroenterologo che, nel sospetto di *gay bowel disease*, ritenendo poco probabile l'ipotesi diagnostica di una malattia infiammatoria intestinale, consigliava esecuzione di coproculture per ricerca di flora batterica standard (risultate negative), ricerca di micobatteri sulle feci (3 campioni risultati negativi sia all'esame microscopico che colturale), ricerca di CMV-DNA e antigene p65 (risultati negativi); al termine del trattamento con penicillina per l'infezione primaria luetica veniva inoltre eseguita nuova retto-sigmoido-colonscopia che mostrava solo a livello del retto distale la presenza di edema, eritema, microerosioni e in alcuni tratti aspetti a "buccia d'arancia", compatibili con proctite distale a verosimile eziologia infettiva.

Si eseguivano biopsie multiple per esame istologico, che evidenziava quadro di flogosi cronica e ricerca di *Chlamydia*, *Neisseria* e *Treponema pallidum*, risultati negativi.

Lo specialista gastroenterologo riteneva opportuno avviare trattamento con mesalazina supposte per 6 mesi, considerando come più probabile la diagnosi di *gay bowel disease*.

Dopo l'introduzione di tale terapia il paziente riferiva miglioramento dei disturbi intestinali.

Si continua monitoraggio trimestrale del paziente sia con esami ematochimici che con visite ambulatoriali. La situazione immunovirologica si mantiene stabile non ponendo indicazione ad avvio di trattamento specifico.

CONCLUSIONI

L'incidenza delle MST nel mondo è in continuo aumento, grazie anche alla maggiore mobilità e all'aumento della tendenza ad avere rapporti sessuali con più partners; per questo motivo pazienti ritenuti a rischio devono essere attentamente monitorati.

Il caso da noi descritto impone alcune considerazioni.

Tra le nuove malattie annoverate tra le MST bisogna ricordare, soprattutto in categorie a rischio come gli omosessuali, l'epatite HAV e l'epatite HCV-correlata; negli ultimi decenni si è osservata una riduzione dell'incidenza di infezione acuta da HCV nei pazienti trasfusi e tossicodipendenti e un incremento di tale patologia nei pazienti con multipli partners sessuali⁴.

A Londra si è osservato, in uno studio caso-controllo volto a valutare l'epidemiologia dell'infezione acuta da HCV, un incremento di casi in omosessuali maschi con rapporti promiscui³.

Il genotipo di HCV maggiormente rappresentato in questa categoria di pazienti sembra appunto essere il 4.

Recenti studi hanno valutato l'utilizzo di terapia antivirale, basata sull'uso di peginterferone alpha-2b, in pazienti con epatite acuta da HCV, dimostrando come tale terapia induca sia una percentuale di SVR maggiore rispetto ai pazienti con epatite cronica, sia un regime meglio tollerato e meno costoso rispetto al trattamento di combinazione con ribavirina e con una durata minore⁵. Il trattamento precoce dell'infezione acuta da HCV permette inoltre di prevenire lo sviluppo di epatite cronica. Queste sono le considerazioni che ci hanno guidato nella scelta di intraprendere un trattamento nel caso descritto.

Un'altra patologia diffusa tra la popolazione omosessuale sessualmente attiva è la *gay bowel syndrome*, determinante un quadro aspecifico di colite e proctite, molto frequente soprattutto nei pazienti HIV positivi⁶.

L'eziologia di tale patologia non è nota, sebbene un ruolo significativo sembra essere svolto dall'HSV. Da segnalare inoltre che la presenza di tale proctite aumenta il rischio di contrarre l'infezione da HIV-1 di nove volte (Figura 1 e 2).

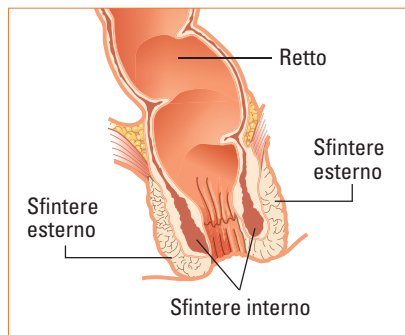


Figura 1. Localizzazione più frequente delle ulcere da gay bowel disease

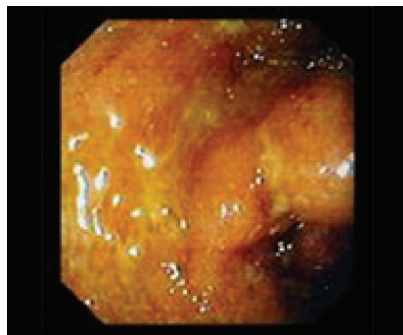


Figura 2. Istologia di proctite aspecifica

Tale patologia deve essere posta in diagnosi differenziale con altre patologie sessualmente trasmissibili che causano proctite come gonorrea, sifilide, citomegalovirus, herpes, clamidia, linfogranuloma venereo, shigella e amebiasi. Possiamo quindi concludere che proprio in considerazione delle svariate patologie a cui può andare incontro un paziente che abbia comportamenti sessuali promiscui, risulta fondamentale in primo luogo di svolgere un accurato counselling a fini preventivi e successivamente promuovere un attento monitoraggio del paziente a rischio.

Bibliografia

- (1) Danta et al. *Recent epidemic of acute hepatitis C virus in HIV-positive men who have sex with men linked to high-risk sexual behaviours*. AIDS 2007, 21:983-991
- (2) D'après Browne et al. STI 2004
- (3) Vogel et al. J. Viral Hepatol 2005
- (4) CDC, Hepatology 2000 ; 31 :777-782 ; Hepatology 1997 ; 26 :628-658
- (5) Kamal SM et al. *Duration of Peginterferon therapy in acute hepatitis C: a randomized trial*. Gastroenterology 2006 ; 130:632-638
- (6) Michael Heller. *The gay bowel syndrome: a common problem of homosexual patients in the emergency department*. Annals of Emergency Medicine 1980 sep; 9 (9), p 487