

## Gonorrea

Nella **donna** l'infezione genitale è spesso asintomatica (fino al 50% dei casi). Nei casi sintomatici possono essere presenti leucorrea, secrezione mucopurulenta endocervicale, algie pelviche e disuria (per coinvolgimento uretrale).

Il 10-20% delle infezioni da *Neisseria gonorrhoeae* non trattate evolve in malattia infiammatoria pelvica (PID), importante causa di dolore cronico pelvico, gravidanze ectopiche e sterilità.

Nell'**uomo** l'infezione è asintomatica in meno del 10% dei casi.

L'uretrite gonococcica provoca disuria e la comparsa di una secrezione mucopurulenta. Raramente (<1%) l'infezione può provocare epididimite e prostatite.

La maggior parte delle infezioni dell'orofaringe decorre asintomatica, ma la malattia può essere trasmessa all'area genitale con i rapporti sessuali orali, oppure progredire nella forma disseminata. La gonorrea faringea risponde comunque agli stessi farmaci impiegati nella terapia della forma genitale.

La coinfezione con *Chlamydia trachomatis* è spesso presente e va quindi attentamente valutata. Nell'impossibilità di effettuare un test diagnostico o di poter attuare un *follow up* sulla paziente è raccomandata una terapia antimicrobica combinata, efficace anche nei confronti di questa infezione.

Nella **diagnosi di laboratorio** è possibile utilizzare diversi test:

- l'esame colturale diretto con prelievo endocervicale e uretrale è sensibile (80-95%) e specifico per la diagnosi di infezione da *Neisseria gonorrhoeae*. È l'unico che permette di eseguire un eventuale antibiogramma.
- l'esame al microscopio di campioni uretrali o cervicali, colorati con metodo Gram, è un metodo che permette di identificare il diplococco e porre diagnosi in tempi rapidi. Nell'uomo lo striscio su campione uretrale è più sensibile nei soggetti sintomatici (90-95%) che asintomatici (50-75%). Nella donna il test su campione endocervicale è più sensibile che su quello uretrale, ma è comunque un test meno sensibile (45-65%) e specifico che nell'uomo.
- i test immunoenzimatici (EIA) e per la ricerca del DNA batterico rappresentano una valida alternativa all'esame colturale. I test che utilizzano tecniche di amplificazione dell'acido desossiribonucleico (*nucleic acid amplification test*, NAAT) sono più sensibili (>90%), probabilmente perché risentono meno della modalità di raccolta e trasporto del campione. Possono essere utilizzati su prelievi uretrali ed endocervicali, ma anche su campioni di urina. Presentano una specificità che non raggiunge il 100%, perciò occorre essere cauti nell'interpretazione di un esito positivo del test, da confermare eventualmente con un test colturale.

## Bibliografia

1. Centers for Disease and Control and Prevention. Sexually transmitted diseases

treatment guidelines 2006. MMWR 2006;55(RR11):1-80 [[Testo integrale](#)]

2. British Association for Sexual Health and HIV. National guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults 2005. London (England): BASHH;2005 [[Testo integrale](#)]

3. Centers for Disease and Control and Prevention. Screening test to detect Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections 2002. MMWR 2002;51(RR-15):1-38. [[Testo integrale](#)]

## Terapia

I regimi di trattamento per la gonorrea genitale raccomandati dalla agenzia federale statunitense *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) sono diversi; l'**asterisco** segnala il trattamento farmacologico con il miglior rapporto costo-efficacia:

- ceftriaxone\* 125mg IM in singola dose

*oppure CHINOLONICI quali:*

- ciprofloxacina 500mg per via orale in singola dose

*oppure*

- ofloxacina 400mg per via orale in singola dose

*oppure*

- levofloxacina 250mg per via orale in singola dose

*In alternativa:*

- spectinomicina 2g IM in singola dose.

(utile in caso di intolleranza a cefalosporine e chinolonici)

Qualora non sia possibile escludere una coinfezione da Chlamydia occorre associare:

- azitromicina 1g per via orale in singola dose

*oppure*

- doxiciclina\* 100mg per via orale due volte al giorno per 7 giorni

La resistenza del gonococco ai farmaci chinolonici e ad altri antimicrobici (ma non alle cefalosporine) è in continua ascesa e diffusione, con la conseguenza che in alcune aree geografiche molti farmaci non possono più essere utilizzati. In Gran Bretagna, i dati di sorveglianza del 2004 hanno mostrato significativi livelli di resistenza alla penicillina (11.2%), tetracicline (44.5%) e ciprofloxacina (14.1%).

La terapia dovrebbe tener conto delle caratteristiche locali dell'infezione ed essere scelto il farmaco in grado di eliminare almeno il 95% delle infezioni nella specifica area geografica. Occorre quindi indagare su recenti viaggi effettuati dalla persona

infetta o dal suo partner, porre molta attenzione alle infezioni importate ed utilizzare in questi casi un regime di trattamento con cefalosporine.

Il partner sessuale va valutato ed eventualmente trattato; i rapporti sessuali vanno evitati fino al completamento della terapia.

Un test di controllo dopo il trattamento non va eseguito di *routine*, ma solo in caso di persistenza dei sintomi, trattamento subottimale, possibilità di resistenza o rischio di reinfezione. Un test colturale con antibiogramma può essere effettuato ad almeno 72 ore dal completamento della terapia, un test di amplificazione dell'acido desossiribonucleico (NAAT) dopo due settimane. Nella maggior parte dei casi, la persistenza di sintomi è dovuta a reinfezione o coinfezione da *Chlamydia* o altri microrganismi.

---

### **Bibliografia**

1. Centers for Disease and Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 2006;55(RR11):1-96 [[Testo integrale](#)]
2. British Association for Sexual Health and HIV. National guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults 2005. London (England): BASHH;2005. [[Testo integrale](#)]