

Ulcera molle

È causata dall' *Haemophilus ducreyi*, diversamente distribuito in base all'area geografica, endemico nell'area Caraibica e Africana sub-Sahariana. La malattia è considerata un cofattore nella trasmissione dell'infezione da HIV, inoltre almeno il 10% delle persone affette presenta una coinfezione con Herpes o *Treponema pallidum*.

La diagnosi definitiva richiede l'identificazione del microrganismo in coltura, test non sempre disponibile in commercio. Una diagnosi clinica molto probabile può comunque essere formulata in caso di una o più ulcere genitali dolenti, accompagnate da linfadenopatia inguinale (segno patognomico se in forma suppurativa), in assenza di infezione da *T. pallidum* o HSV.

La terapia prevede la somministrazione di antibiotico e l'eventuale aspirazione o incisione con drenaggio del linfonodo fluttuante. I regimi di trattamento consigliati sono:

Azitromicina, 1g per os in monosomministrazione,

oppure

Ciprofloxacina, 500mg per os 2 volte al giorno per 3 giorni

oppure

Ceftriaxone*, 250mg IM in monosomministrazione

oppure

Eritromicina*, 500mg 3 volte al giorno per 7 giorni (unica terapia raccomandata in **gravidanza e allattamento**)

Se il trattamento è efficace, la sintomatologia dolorosa recede in 3 giorni e l'obiettività migliora in circa 7 giorni. In caso contrario occorre considerare: la correttezza dell'assunzione, la coesistenza con altre infezioni (anche HIV), la presenza di un ceppo resistente.

Il partner va esaminato in caso di contatto sessuale nei 10 giorni precedenti la comparsa dei sintomi.

Linfogranuloma venereo

È causato dalla *Chlamydia trachomatis*, microrganismo universalmente distribuito.

La manifestazione clinica più comune del linfogranuloma venereo è una linfadenopatia inguinale e/o femorale, di solito unilaterale, accompagnata raramente da una ulcera genitale nel sito di inoculazione, molto spesso già risoltasi al momento in cui il paziente giunge al controllo.

Il tampone della lesione o l'aspirato del contenuto linfonodale possono permettere l'esame

colturale, l'immunofluorescenza o la ricerca degli acidi nucleici. La diagnosi può essere supportata dal test sierologico (si considera positivo un titolo anticorpale >1:64), e con l'esclusione delle altre cause di ulcere genitali.

La terapia prevede la somministrazione orale di antibiotico e l'eventuale aspirazione o incisione con drenaggio del linfonodo interessato per impedire la formazione di ulcere inguinali.

I regimi di trattamento consigliati sono:

Doxiciclina*, 100mg due volte al giorno per 21 giorni

in alternativa

Eritromicina, 500mg 4 volte al giorno per 21 giorni (unica terapia raccomandata in **gravidanza e allattamento**)

Granuloma inguinale (Donovanosi)

L'agente etiologico è il *Calymmatobacterium granulomatis* (anche noto come *Klebsiella granulomatis*), un batterio Gram negativo intracellulare. La malattia è endemica in India, Papua, Nuova Guinea, Australia, Africa del Sud.

Clinicamente si osserva una ulcera indolente, progressiva, facilmente sanguinante, non associata a linfadenopatia.

La diagnosi è complessa (le colture sono difficili), essenzialmente clinica. La diagnosi definitiva è possibile con l'identificazione dei corpi di Donovanii all'esame microscopico dei tessuti prelevati mediante biopsia della lesione.

La terapia si basa sulla somministrazione di antibiotici. Sono stati utilizzati diversi tipi di trattamento, ma esistono pochi studi controllati.

I regimi di trattamento consigliati sono:

Doxiciclina*, 100mg due volte al giorno per almeno 21 giorni e completa guarigione della lesione

oppure

Ciprofloxacina, 750mg per os 2 volte al giorno per almeno 21 giorni

oppure

Azitromicina, 1g/settimana per os per almeno 3 settimane

oppure

Eritromicina, 500mg 4 volte al giorno per almeno 21 giorni (unica terapia raccomandata in **gravidanza e allattamento**)

La somministrazione va continuata fino alla guarigione delle lesioni. In caso di mancata risposta alla terapia si può associare la somministrazione di gentamicina 1mg/kg IV ogni 8 ore.