

L'uso del clotrimazolo nelle vulvo-vaginiti

M. ROMPON e S. VALENTE

Le flogosi vulvo-vaginali rappresentano oltre un terzo della patologia ginecologica nella pratica ambulatoriale. Esse costituiscono pertanto uno degli argomenti di più frequente interesse non solo per lo specialista ma anche per il medico generico.

La donna si rivolge al medico per i disturbi precoci e fastidiosi che l'affliggono, soggettivamente molto più importanti della larvata sintomatologia iniziale di una patologia disfunzionale o neoplastica.

Leucorrea, prurito, bruciori, spesso disuria associata, dispareunia, sono i sintomi solitamente riferiti.

L'etiologia è varia: l'importanza maggiore è attribuita ad agenti specifici (*Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*, più raramente *Neisseria gonorrhoeae*), ma in almeno il 50% dei casi sono in causa germi banali (colibacillo, stafilococchi, streptococchi, proteus, pasteurelle, bac. difteroidi etc.) (^{1, 2, 3, 4}).

Nel caso di flogosi specifiche la diagnosi è possibile con l'aiuto del solo microscopio mediante l'esame a fresco delle secrezioni vaginali; ma nel caso di vaginiti microbiche tale ricerca può solo indirizzare verso una vulvo-vaginite coccica o bacillare, riservando una diagnosi di specie all'esame colturale.

È di comune constatazione che non tutti gli ambulatori sono in grado di arrivare ad una diagnosi precisa e quindi di praticare una terapia mirata. Abbiamo cercato pertanto di utilizzare una terapia unica a largo spettro, verificandone i risultati nelle più svariate condizioni etio-patologiche.

MATERIALE E METODI

Abbiamo trattato 72 pazienti ambulatoriali affluite all'ambulatorio della Clinica per infezioni vulvo-vaginali. La loro età era compresa tra 17 e 60 anni. La durata della sintomatologia riferita variava da 3 giorni a 6-7 mesi; in 9 casi l'inizio della sintomatologia risaliva ad un anno; in un caso a due anni; in 2 casi a tre anni ed in un caso addirittura a 7 anni. Due delle donne trattate erano in stato di gravidanza (IV e VII mese).

La diagnosi etiologica è stata formulata mediante esame microscopico a fresco del segreto vaginale. Abbiamo trovato: *Candida albicans* in 38 casi; *Trichomonas vaginalis* in 10 casi; flora coccica in 19 casi; flora bacillare in 5 casi. (Nelle vulvo-vaginiti microbiche ad etiologia mista abbiamo considerato il tipo di flora prevalente). È interessante osservare come le vulvo-vaginiti specifiche, specie quelle micotiche, presentano spesso una flora concomitante banale più frequentemente coccica (10 casi su 38). In un caso abbiamo riscontrato la presenza massiva contemporanea di *Trichomonas* e *Monilia*, a dimostrazione che l'alterazione del pH vaginale (in senso ipoacidificante nel primo caso iper nel secondo),

cui tanta importanza si è in passato attribuita nel determinismo di tali flogosi, non può essere considerata primitiva ma semmai secondaria alla presenza del protozoo o del micete.

In 15 casi le pazienti, soprattutto se l'infezione data da tempo, erano in precedenza state sottoposte ad altri trattamenti locali senza risultato.

Per la sperimentazione terapeutica ci siamo avvalsi di tavolette vaginali a base di clotrimazolo (CANESTEN®) (bis-fenil-[2-clorofenil]-1-imidazolil-metano); ogni tavoletta contiene gr 0.1 di sostanza attiva unita ad eccipienti inerti q.b. a gr 1,7. Tale prodotto ha la caratteristica di un ampio spettro d'azione ed in particolare è dotato d'azione trichomonocida, fungicida e battericida (^{5, 6, 7, 8}). La sua azione non è influenzata da variazioni del pH vaginale e sembra esplicarsi esclusivamente a livello della membrana cellulare dell'agente patogeno. È stata infatti dimostrata la mancanza di assorbimento attraverso la mucosa vaginale e pertanto l'assenza di effetti sistemici (⁹); ciò non ne controindica l'impiego in gravidanza.

La dose utilizzata è stata di una tavoletta al giorno per 6 giorni, con controllo microscopico del secreto vaginale al settimo giorno. Poiché nei primi casi venuti alla nostra osservazione sono stati osservati agli esami di controllo dei residui delle tavolette utilizzate, che disturbavano l'esame a fresco, nei casi successivi abbiamo consigliato la pratica giornaliera di lavande vaginali durante la terapia, spostando di qualche giorno l'esame di controllo onde permettere il riformarsi del secreto.

Nel caso di vulvite associata è stato consigliato l'uso dello stesso preparato sotto forma di crema. Identico consiglio è stato dato per le balaniti del partner.

RISULTATI

1 - Nelle *moniliasi* si è ottenuta la scomparsa della sintomatologia e negativizzazione dell'esame microscopico del fluor vaginalis in 32 casi su 38. Negli altri 6 all'esame microscopico di controllo si repertava una flora microbica banale, pur con scomparsa della sintomatologia. Dopo un secondo ciclo di cura per altri 6 gg in tutti i casi si è ottenuta la negativizzazione anche di questo esame. In tutti i casi all'ispezione vulvo-vaginale si è notata la scomparsa di segni di flogosi già dopo il primo ciclo di trattamento.

2 - Nelle infezioni da *Trichomonas* in 2 casi su 10 si è riscontrata persistenza del protozoo e della sintomatologia correlata. Si trattava di 2 casi di vaginite particolarmente intensa in cui la mucosa vaginale presentava aspetto granulare e l'esame microscopico dimostrava la presenza massiva del germe con intensa reazione granulocitaria. Dopo il secondo ciclo terapeutico sintomatologia e *Trichomonas* erano scomparsi; l'esame batteriologico a fresco evidenziava una flora banale in quantità modesta, asintomatica. Una di queste due pazienti è tornata dopo un mese riferendo la ricomparsa della sintomatologia: l'esame del secreto vaginale ha dimostrato trattarsi di una trichomoniasi recidiva di notevole entità. Il partner interrogato direttamente, riferiva sintomi di intensa balanite, di cui la donna non era a conoscenza e che pertanto non aveva provocato il nostro intervento terapeutico contemporaneamente al primo ciclo di cura.

In due casi di intensa vulvo-vaginite, in cui era stato utilizzato il preparato sia in tavolette che in crema, all'esame dopo il primo ciclo si repertava flora coccica intracellulare in notevole quantità con scarsa reazione granulocitaria. La

ispezione della mucosa vaginale mostrava la regressione della vaginite vescicolare, persistendo solo un intenso arrossamento. Soggettivamente si lamentava un modesto bruciore vulvare. Dopo un secondo ciclo di terapia si otteneva in ambedue i casi la normalizzazione sia soggettiva che clinica e microscopica.

3 - Nelle infezioni da flora *bacillare* il successo terapeutico è stato sempre conseguito con un solo ciclo di terapia.

CONCLUSIONI

Il clotrimazolo si è rivelato completamente efficace nelle diverse infezioni vulvo-vaginali in 70 su 72 casi esaminati. Negli altri due casi, costituiti da intense trichomoniasi, si è avuta guarigione clinica anche se all'esame microscopico di controllo è stata riscontrata la presenza di una flora microbica banale e asintomatica.

In 60 casi il risultato è stato raggiunto con un solo ciclo di terapia della durata di 6 giorni: solo in 12 casi si è dovuto ricorrere ad un secondo ciclo di eguale durata. La tollerabilità è stata ottima in tutti i casi: non si sono mai osservate manifestazioni di intolleranza locale anche di lieve entità.

In conclusione, il clotrimazolo costituisce un presidio rapido ed efficace in tutte le comuni infezioni vulvo-vaginali. Inoltre per l'estrema maneggiabilità e per l'azione esclusivamente locale rappresenta un valido aiuto anche nei casi in cui diatesi allergiche, condizioni patologiche gastro-intestinali o stato gravidico limitano la scelta terapeutica.

RIASSUNTO

Sono state trattate 72 pazienti affette da infezioni vulvo-vaginali (*Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, flora coccica, flora bacillare).

Il Clotrimazolo si è rivelato completamente efficace nelle diverse infezioni vulvo-vaginali in 70 su 72 casi esaminati. Negli altri 2 casi costituiti da intense trichomoniasi, si è avuta guarigione clinica anche se all'esame microscopico di controllo è stata riscontrata la persistenza di una flora microbica banale, asintomatica.

L'ottima tollerabilità e l'applicazione locale, la mancanza di assorbimento a livello della mucosa vaginale con impossibilità quindi di ripercussioni di tipo sistemico, rendono l'uso del Clotrimazolo particolarmente efficace anche in quelle condizioni che controindicano l'uso dei farmaci (gravidanza, diatesi allergica etc.).

BIBLIOGRAFIA

1. Bret A. J., Coffard P.: *Rev. du Praticien*: 17, 52, 4515/4527; 1967. - 2. Norreel J., Rousseau Ch.: *Rev. Fr. Gyn. Obst.*: 60, 7/8, 557/562; 1965. - 3. Siboulet A.: *Ency. Medico-Chirur.*: 3 - 1962, Gynec. 370 A 10. - 4. Stewart R. H.: *Am. J. Obst. Gyn.*: 82, 525-529; 1961. - 5. Lecca U., Canfora S.: *Riv. Ost./Gin. Prat. e Med. Perin.*: 54, 77, 1973/74. - 6. Legal H. P.: *Geburtshilfe und. Frauenheilk.*: 33, 1, 1973. - 7. Schnell J. D.: *Geburtsh. u. Frauenheilk.*: 32, 787; 1972. - 8. Weuta H.: *Arzneimittel Forsch.*: 22, 1295; 1972. - 9. Duhm B. e Coll.: *Arzneimittel Forsch.*: 22, 1276; 1972.