

CANDIDOSI VULVO-VAGINALE

A. D'Antuono

La vulvovaginite da Candida (VVC) costituisce un disturbo di frequente riscontro, interessando, almeno una volta nella vita, più del 75% di tutte le donne. Il 50% di queste donne andranno poi incontro ad almeno una recidiva, mentre il 5-8% soffriranno di recidive ricorrenti (VVCR), con un numero di episodi l'anno \geq di 4.

Numerosi fattori di rischio, come gravidanza, immunosoppressione, uso di antibiotici, diabete, possono aumentare la suscettibilità alla Candida.

La sintomatologia classica è caratterizzata da eritema, edema, talora vescico-pustole a livello della mucosa vulvo-vaginale, con perdite biancastre cremose, dal tipico aspetto a "latte cagliato". Si associano prurito, disuria e dispareunia.

La diagnosi differenziale va posta con la vaginosi batterica, la vaginite da Trichomonas e le vaginiti batteriche aspecifiche.

La diagnosi è clinica e microscopica. L'isolamento in coltura non è di per sé diagnostico, ma è utile per identificare la specie.

Le diverse specie di Candida, infatti, colonizzano normalmente la vagina del 20% delle donne (30% in gravidanza). Nell'85-95% dei casi viene isolata Candida albicans, in meno del 10% dei casi altre specie non albicans.

La scelta del trattamento, solo topico o anche sistemico, dipende dalla gravità e dalla frequenza degli episodi. I derivati azolici e la ciclopiroxolamina sono considerati di prima scelta. Nelle recidive ripetute (VVCR) è indicato il trattamento sistemico con derivati azolici.

Il trattamento dei partner non è sempre necessario; può essere invece utile agire sull'eliminazione dei fattori favorevoli.