Disturbi del piacere sessuale maschile

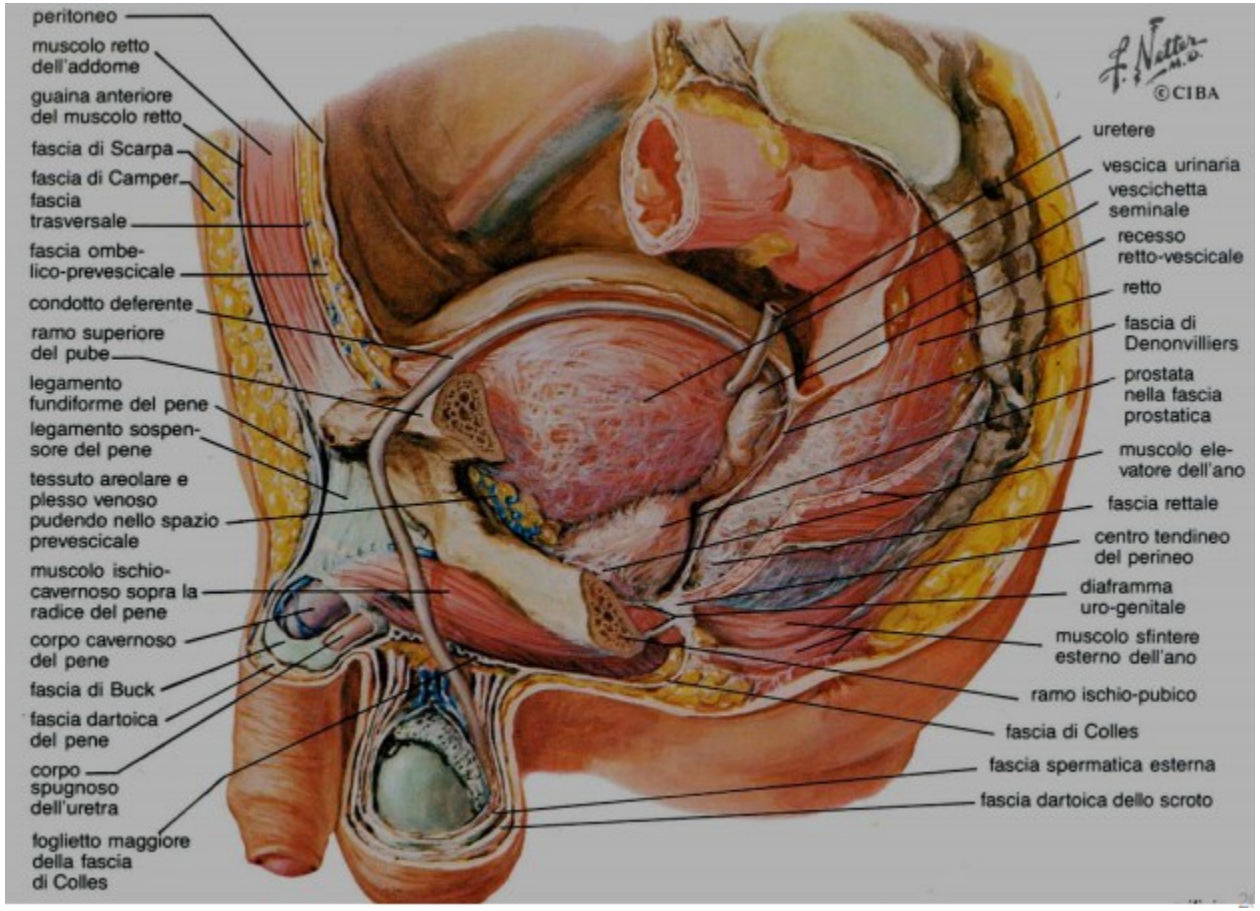
Dr Pier Andrea Della Camera

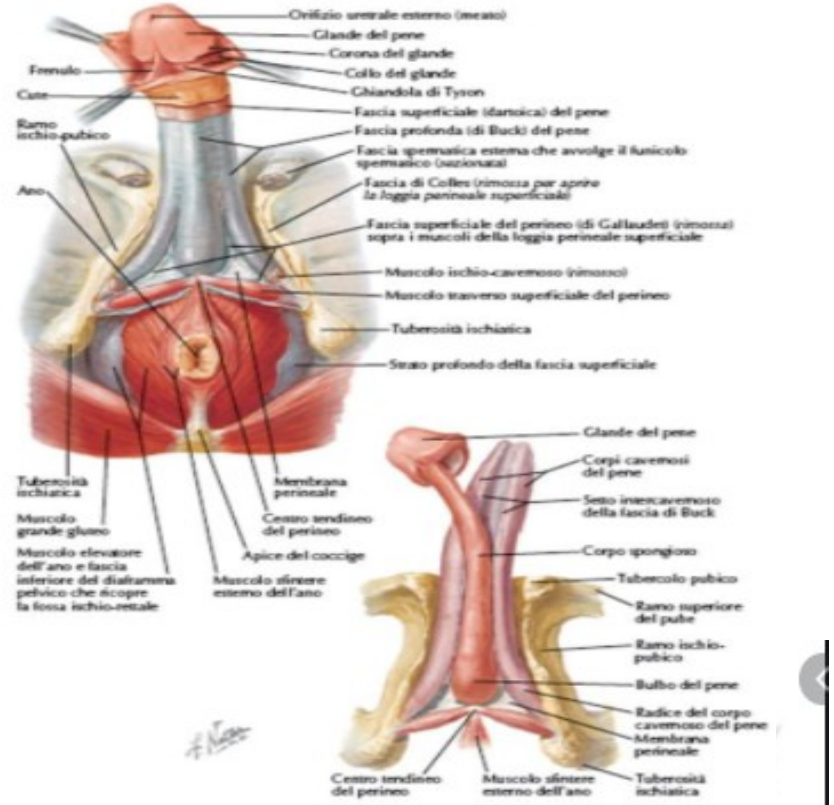
www.pierandreadellacamera.it
pierandreadellacamera@gmail.com

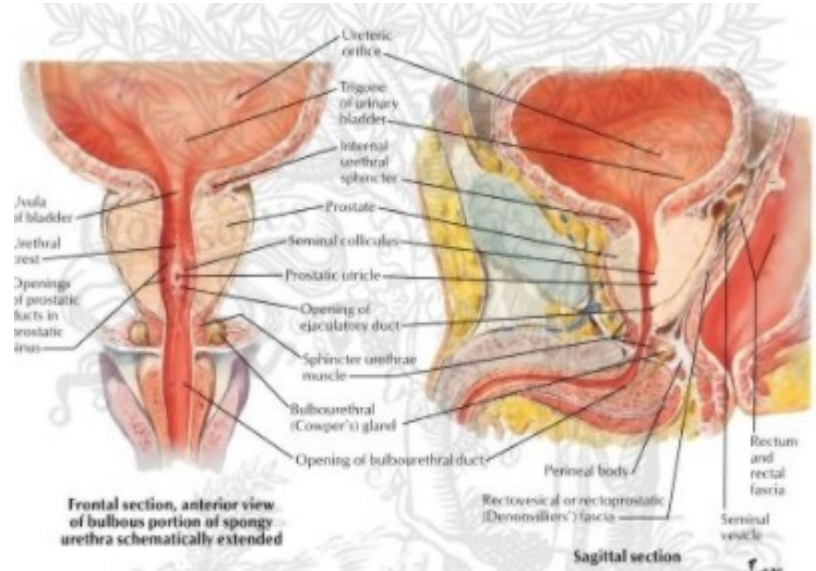
Disclosures

I certify that I have no conflicts of interest and no economic relationship with the companies mentioned in the presentation and that I have not received any fees for my presentation

Cenni di anatomia e fisiologia

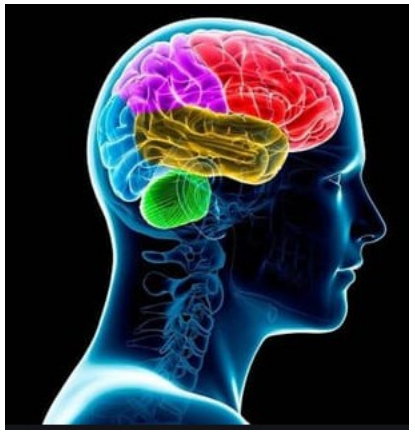

peritoneo
muscolo retto dell'addome
guaina anteriore del muscolo retto
fascia di Scarpa
fascia di Camper
fascia trasversale
fascia ombe-lico-prevescicale
condotto deferente
ramo superiore del pube
legamento fundiforme del pene
legamento sospen-sore del pene
tessuto areolare e plesso venoso pudendo nello spazio prevescicale
muscolo ischio-cavernoso sopra la radice del pene
corpo cavernoso del pene
fascia di Buck
fascia dartoica del pene
corpo spugnoso dell'uretra
foglietto maggiore della fascia di Colles
F. Netter M.D.
©CIBA
uretere
vescica urinaria
vescichetta seminale
recesso retto-vescicale
retto
fascia di Denonvilliers
prostata nella fascia prostatica
muscolo ele-vatore dell'ano
fascia rettale
centro tendineo del perineo
diaframma uro-genitale
muscolo sfintere esterno dell'ano
ramo ischio-pubico
fascia di Colles
fascia spermatica esterna
fascia dartoica dello scroto


Orifizio uretrale esterno (meato)
Glande del pene
Corona del glande
Collo del glande
Ghiandola di Tyson
Frenulo
Cute
Fascia superficiale (dartoica) del pene
Ramo ischio-pubico
Fascia profonda (di Buck) del pene
Fascia spermatica esterna che avvolge il funicolo spermatico (sezionata)
Ano
Fascia di Colles (rimossa per aprire la loggia perineale superficiale)
Fascia superficiale del perineo (di Gallaudet) (rimossa) sopra i muscoli della loggia perineale superficiale
Muscolo ischio-cavernoso (rimosso)
Muscolo trasverso superficiale del perineo
Tuberosità ischiatica
Strato profondo della fascia superficiale
Tuberosità ischiatica
Membrana perineale
Muscolo grande gluteo
Centro tendineo del perineo
Muscolo elevatore dell'ano e fascia inferiore del diaframma pelvico che ricopre la fossa ischio-rettale
Apice del coccige
Muscolo sfintere esterno dell'ano
Glande del pene
Corpi cavernosi del pene
Setto intercavernoso della fascia di Buck
Corpo spongioso
Tubercolo pubico
Ramo superiore del pube
Ramo ischio-pubico
Bulbo del pene
Radice del corpo cavernoso del pene
Membrana perineale
Centro tendineo del perineo
Muscolo sfintere esterno dell'ano
Tuberosità ischiatica

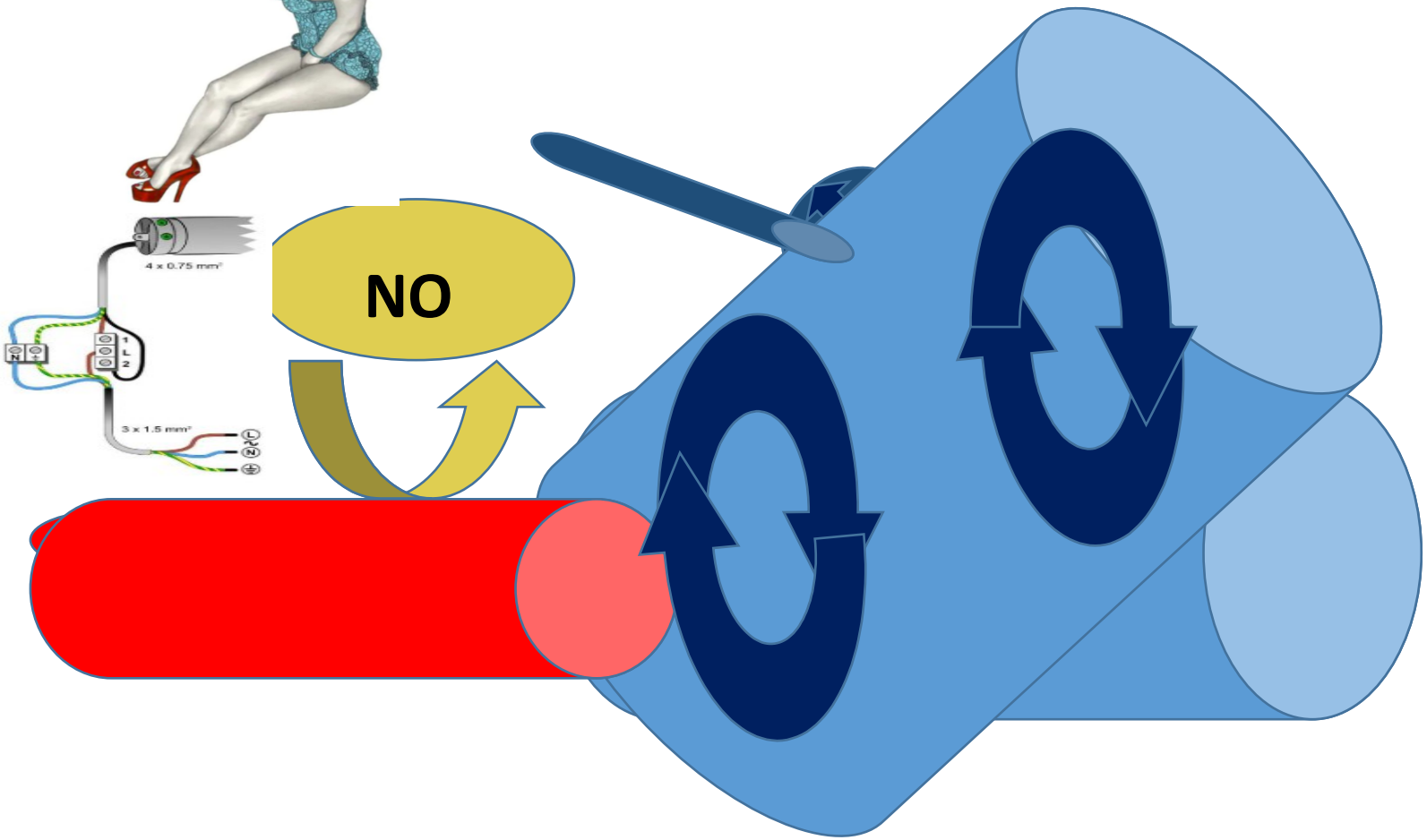

Ureteric orifice
Trigone of urinary bladder
Internal urethral sphincter
Prostate
Seminal colliculus
Prostatic utricle
Opening of ejaculatory duct
Sphincter urethrae muscle
Bulbourethral (Cowper's) gland
Opening of bulbourethral duct
Perineal body
Rectum and rectal fascia
Rectovesical or rectoprostatic (Denonvilliers') fascia
Seminal vesicle
Frontal section, anterior view of bulbous portion of spongy urethra schematically extended
Sagittal section

Fisiologia erezione

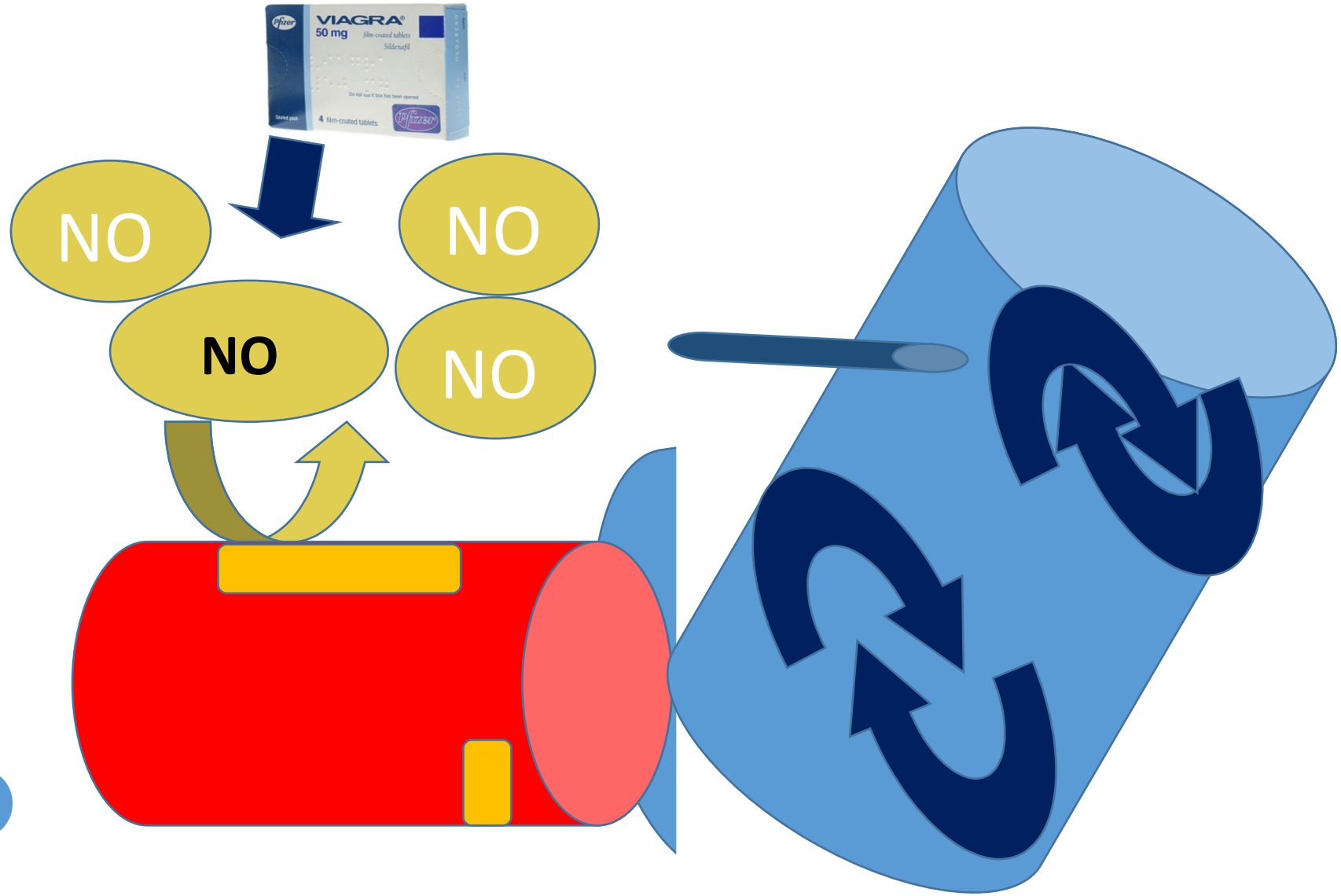
Psicologici



NO



Fisiopatologia (aterosclerosi)



Psicologici

Disturbi del desiderio e dell'orgasmo

Indice

- Desiderio sessuale ipoattivo
- Avversione sessuale
- Ritardo eiaculatorio
- Aneiaculazione
- Eiaculazione retrograda
- Eiaculazione dolorosa
- Eiaculazione astenica
- Anorgasmia

Desiderio sessuale ipoattivo

- La mancanza di criteri diagnostici definiti e di supporti farmacologici specifici rendono il disturbo da desiderio sessuale ipoattivo uno dei problemi di difficile soluzione per l'andrologo
- Definizione: «**Deficienza o assenza di fantasie sessuali e desiderio per l'attività sessuale, considerata come disordine quando fonte di stress o di problemi relazionali per il paziente**».
- E' necessario sia il sintomo che la sua percezione come fonte di sofferenza.

Desiderio sessuale ipoattivo

- Il disturbo è spesso vissuto in modo globale come una **riduzione di virilità**, spesso confondendo o mettendo sullo stesso piano la fase attiva (erezione) e la fase appetitiva (libido) della reazione sessuale.
- In base all'ambito di interesse, il desiderio sessuale ipoattivo può essere assoluto o situazionale.

Avversione sessuale

Persistente o ricorrente avversione fobica con evitamento del contatto con il partner sessuale, che causi sofferenza o disagio personale

Anamnesi

È importante identificare:

- Insorgenza: fin dall'inizio della vita sessuale o acquisita dopo un periodo di normale attività sessuale
- Caratteristiche: generalizzata, cioè indipendente dal partner e dalle situazioni, o situazionale

Vanno indagati i seguenti ambiti:

- Presenza e frequenza di sogni e/o fantasie sessuali volontarie o involontarie, cioè che affiorano spontaneamente mentre si è impegnati in altre attività quotidiane
- Presenza e frequenza di episodi di eccitazione sessuale mentale e/o fisica
- Presenza e frequenza di masturbazione
- Presenza e frequenza di contatti sessuali non finalizzati al coito
- Presenza o meno di recettività sessuale
- Farmaci che il paziente assume

Anamnesi

È importante identificare, se il coito è presente:

- Chi comincia il rapporto
- Come viene vissuto
- Qual è il vissuto del partner
- Qual è il ruolo prevalente nel coito (attivo, passivo, recettivo)
- Quali sono le motivazioni al coito
- Se esistono fantasie sessuali durante il coito
- Come è l'erezione durante il coito
- Come è l'orgasmo
- Qual è il vissuto dopo il rapporto

Desiderio sessuale ipoattivo e avversione sessuale: eziologia

Cause relazionali

- Ridotto/assente desiderio della partner
- Ridotta/assente reazione orgasmica della partner
- Malattie croniche della partner interferenti sull'attività sessuale
- Relazioni di lunga durata (> 6 anni)

Cause intrapsichiche

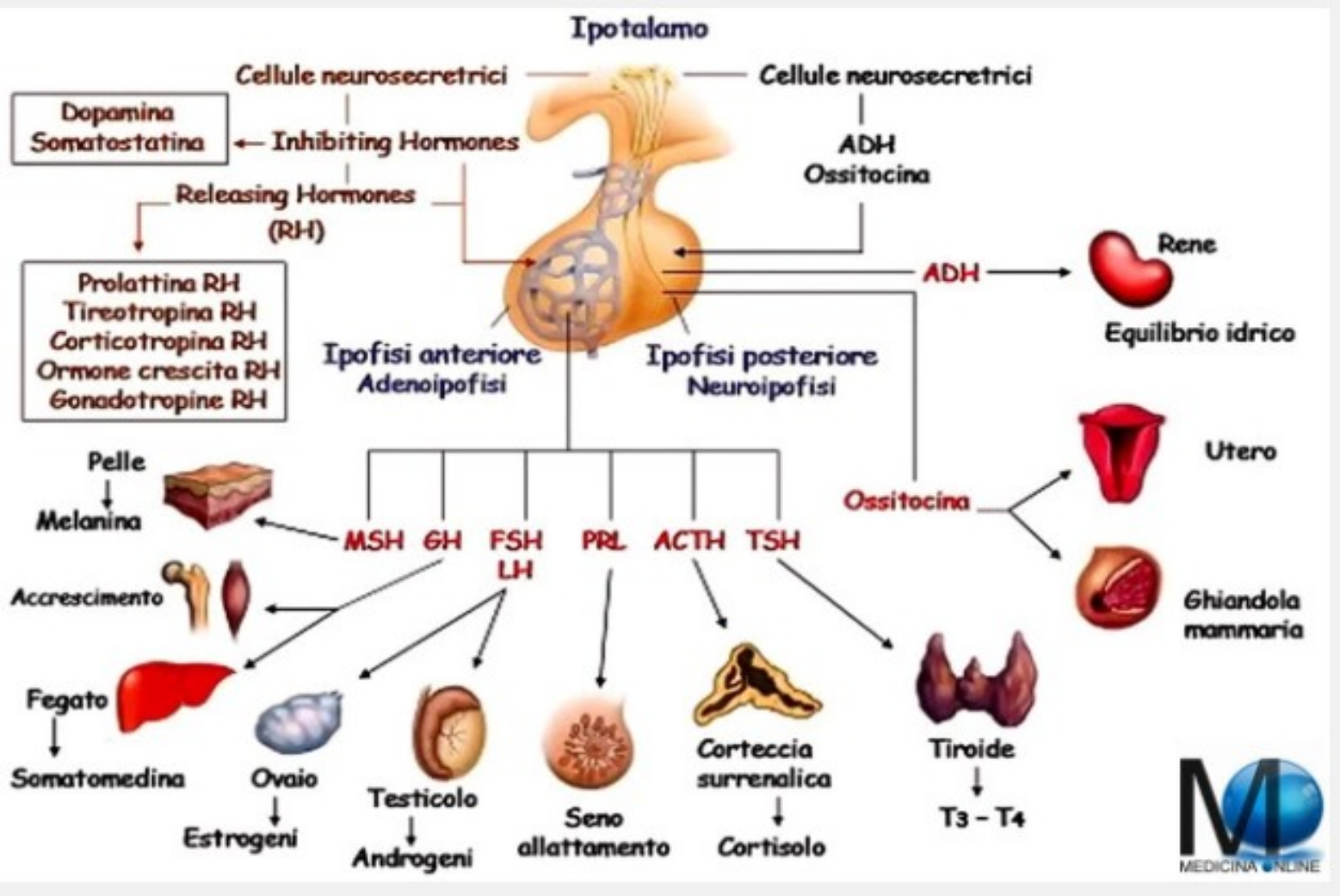
- Rilevante stress del quotidiano (lavoro…)
- Elevata conflittualità di coppia
- Elevata conflittualità domestica

Desiderio sessuale ipoattivo e avversione sessuale: eziologia

Cause organiche

- Area psichica: depressione, disturbi d'ansia, psicosi
- Area endocrina: ipogonadismi, ipotiroidismo, iperprolattinemia
- Malattie sistemiche: insufficienza renale cronica, epatica, respiratoria
- Alterazioni genitali quali fimosi serrate, malattia di La Peyronie o altre alterazioni morfologiche del pene

Disunzione erettile da cause ormonali



Esami ematici

- Emocromo, creatinina, azotemia, elettroliti, esame urine ed urinocoltura
- Psa tot e F/t (attenzione alla palpazione prostatica)
- Alt, Ast, Gamma Gt, Hba1, Ldl, Colesterolo tot, Trigliceridi,Hdl
- Fsh,Lh, Testosterone totale, SHBH (sexual hormone binding globuline), Dheas, estradiolo, Inibina
- Prolattina
- Tsh,t3,t4

In genere pero c’e’ una carenza di testosterone……

Inietivi

Gel

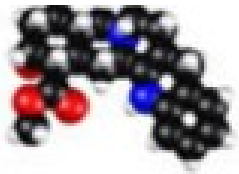
Rimedi naturali per incrementare il testosterone

- Tribulus terrestris

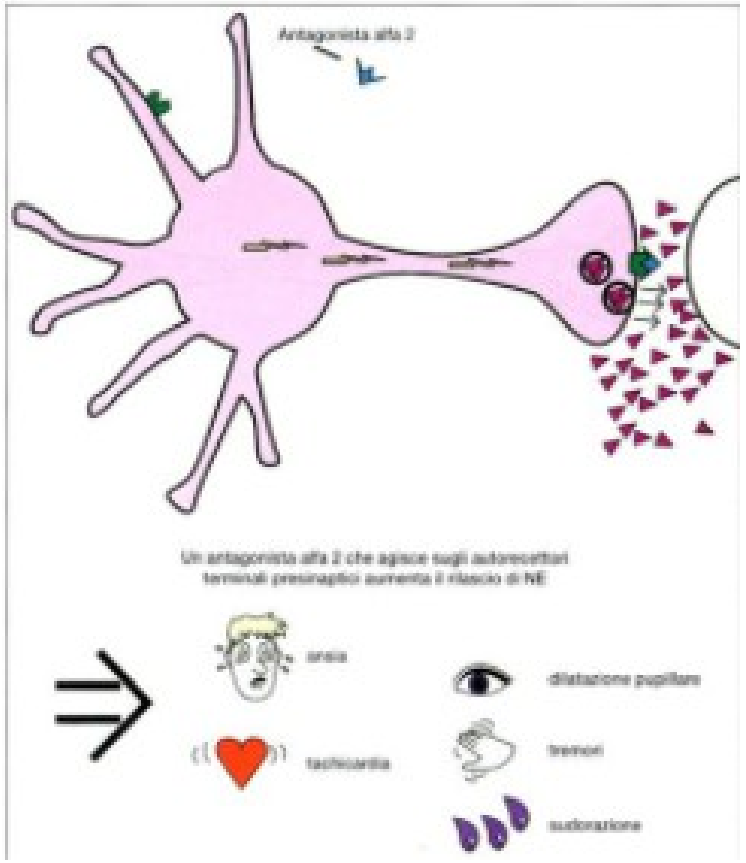
- Fieno greco (Testofen)

Riduzione della libido

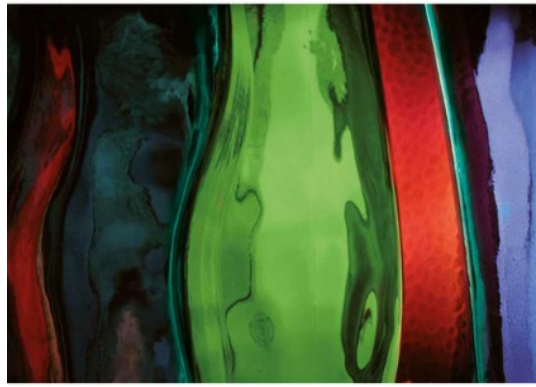
YOHIMBINA



- Antagonista competitivo $\alpha 2$
- Proprietà allucinatorie
- Aumenta la frequenza cardiaca
- Aumenta l'attività motoria
- Tremori
- Stimola l'attività sessuale nei ratti maschi



UJ Urologia Journal



WICHTIG

Urologia. 2017 Oct 25;84(4):221-225. doi: 10.5301/uj.5000255. Epub 2017 Jul 14.

Sexual health, adherence to Mediterranean diet, body weight, physical activity and mental state: factors correlated to each other.

Della Camera PA[1], Morselli S[1], Cito G[1], Tasso G[1], Cocci A[1], Laruccia N[1], Travaglini F[1], Del Fabbro D[2], Mottola AR[1], Gacci M[1], Serni S[1], Carini M[1], Natali A[1].

Author information

Abstract

INTRODUCTION: Mediterranean diet has shown a protective role against cardiovascular disease, diabetes, cancer onset, microvascular damage and dementia in many trials. Our purpose is the assessment of a correlation between physical activity, Mediterranean diet, body mass index (BMI), depression and erection disorder (ED).

METHODS: After having signed disclaimer to the study participation, we administered the IIEF 15 questionnaire (International Index of Erectil Function), the Hamilton questionnaire for major depression, the Med-Diet Questionnaire, the Ipaq Questionnaire (International Index of Physical Activity) to 245 patients and calculated the BMI. Only 141 were eligible. We excluded patients with a history of smoking, with obesity from the second grade to rise, anorexia, hyperlipidemia, Induratio Penis Plastica, diabetes, cardiovascular and neurological disease, hypogonadism, prostatitis, diabetes, hypertension, psychiatric diseases and the history of radical prostatectomy and finally age >72 and <50 years or who were taking cholesterol-lowering medication. Patients were divided into two groups: 65 patients without ED and 76 patients with ED.

RESULTS: We found a statistically difference in BMI between the groups. Adherence to Med-Diet showed a significant difference between the two groups at Student t-test and the Chi-square test. The Ipaq test and Hamilton test did not show statistical differences between the two groups neither for Student t-test nor for Chi-square test, but high levels seem to be protective factors.

CONCLUSIONS: Body weight and a healthy diet are protective factors against the ED, more than a sufficient physical activity. Depression has shown only a worsening tendency of the erection.

PMID: 28731489 DOI: 10.5301/uj.5000255

Desiderio sessuale ipoattivo e avversione sessuale: etiologia

Farmaci

- Antidepressivi: triciclici, SSRI
- Neurolettici (butirrofenoni, benzamidi, fenotiazine, tioxanteni)
- Antiandrogeni
- Clonidina

Sostanze di abuso

- Alcool
- Oppioidi
- Anfetamine
- Cocaina

Terapia della EP

La farmacoterapia è la base della terapia della EP primaria		
Gli SSRI ad uso quotidiano solo la prima linea, off-label,di terapia farmacologica della EP. Il profilo farmacocinetico degli SSRI non è assoggettabile all'uso on-demand.	**1a**	**A**
Dapoxetina, una SSRI ad azione rapida, già approvata per l'uso on-demand in 7 Paesi Europei.	**1a**	**A**
Anestetici topici sono una praticabile alternativa agli SSRI (off-label).	1b	A
La recidiva di EP è probabile dopo la cessazione della terapia.	1b	A
DE, altre disfunzioni sessuali o infezioni genitali (es. prostatiti) vanno trattate prima di EP.	2a	B
La terapia comportamentale aiuta la farmacoterapia per migliorare la prevenzione delle recidive.	3	C
Tecniche comportamentali hanno dimostrato benefici nella terapia della EP. Tuttavia, necessitano di molto tempo, richiedono presenza della partner e possono essere difficili da eseguirsi.	3	C

EAU Guidelines 2013

Desiderio sessuale ipoattivo e avversione sessuale: indagini ormonali

- testosterone totale
- Prolattina
- TSH

Desiderio sessuale ipoattivo e avversione sessuale: terapia

- Modifica dello stile di vita
- Alternative farmacologiche o aggiustamento del dosaggio
- Terapia ormonale
- Psicoterapia breve
- Terapia di coppia

Ritardo eiaculatorio

- Quando è necessaria una stimolazione eccessiva per ottenere un orgasmo con eiaculazione; la diagnosi è sia soggettiva che intersoggettiva (a giudizio del partner) ed è comunque difficile determinare quando il ritardo diviene patologico.

- Classificazione:
  - Lieve: eiaculazione possibile dopo energico e lungo coito (30-45 minuti)
  - Moderata: eiaculazione impossibile in vagina, ma ottenibile con masturbazione o rapporto orale
  - Severa: eiaculazione possibile solo con masturbazione ma non in presenza del partner

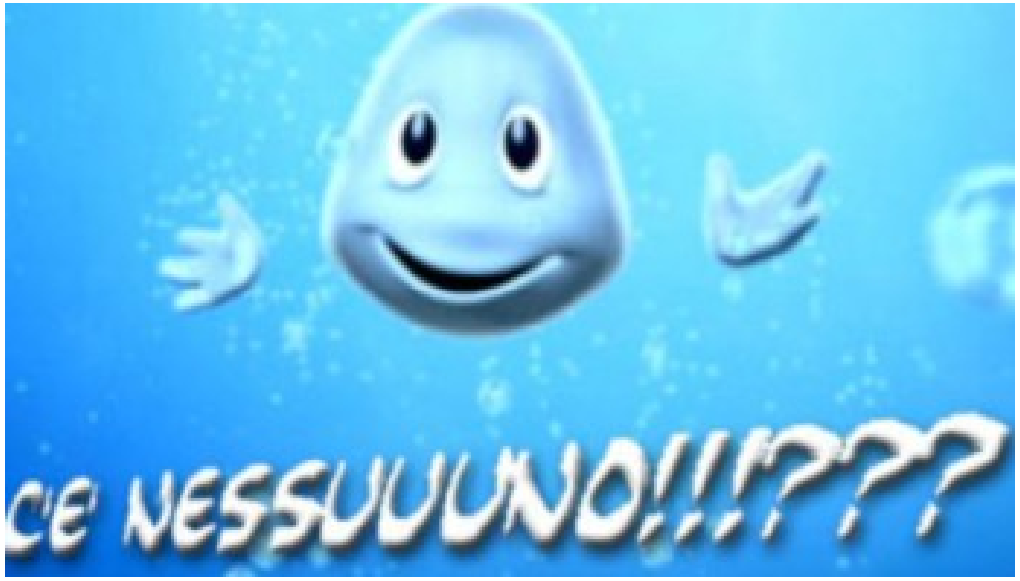
- Incidenza relativamente rara: 1-4%

Ritardo eiaculatorio: eziologia

- Psicogena
  - Ipercontrollo del riflesso eiaculatorio
  - Paura della vagina (di una gravidanza, di una MST)
  - Ridotta eccitazione sessuale
  - Complesso edipico non superato
  - Senso di colpa (“sporcare la partner”, repulsione per la partner)
  - Disturbo ossessivo-compulsivo
  - Narcisismo

Late ejaculation
Eiaculazione ritardata

- Late ejaculation (> 30 min)



Late ejaculation
Eiaculazione ritardata

- Problemi con il partner (orgasmo ritardato nel partner)
- Patologie ossessivo compulsive ed altre psichiatriche
- Masturbazione compulsiva
- Terapie con ssri
- Disturbi ormonali
- Idiopatica

Late ejaculation
Eiaculazione ritardata

- Nessuna terapia validata . Qualche risultato con Amantadina e Ossitocina
- Terapia psicosessuale e riabilitativa
- **Nuova terapia Camarouf** (Della Camera , Ben Marouf, Giunti,Olmi) unico farmaco in attessa di brevetto

Aneiaculazione

- Assenza completa di eiaculazione anterograda o retrograda con la conservazione della sensazione di orgasmo
- È importante la diagnosi differenziale tra anorgasmia (assenza di orgasmo e quindi di eiaculazione) e aneiaculazione con senso di orgasmo presente
- Deve essere verificata la presenza di eventuali eiaculazioni notturne

Aneiaculazione: eziologia

Neurologica:

- Lesioni midollari o nervose post-chirurgia retroperitoneale o colorettale
- morbo di Parkinson
- sclerosi a placche
- neuropatia vegetativa diabetica

Psicogena:

- ipercontrollo del riflesso eiaculatorio
- ridotta eccitazione sessuale
- timore di gravidanza
- disturbo ossessivo-compulsivo
- narcisismo
- repulsione per la partner

Aneiaculazione: eziologia

Ostruttiva

Farmacologica:

- antipertensivi
- antipsicotici
- antidepressivi
- alcool
- droghe di abuso

Eiaculazione in assenza di orgasmo

- Infezioni tratto urinario e prostatiti
- Uso di antideoressivi e alfabloccanti
- Diabete
- Sclerosi multipla
- Chirurgia pelvica

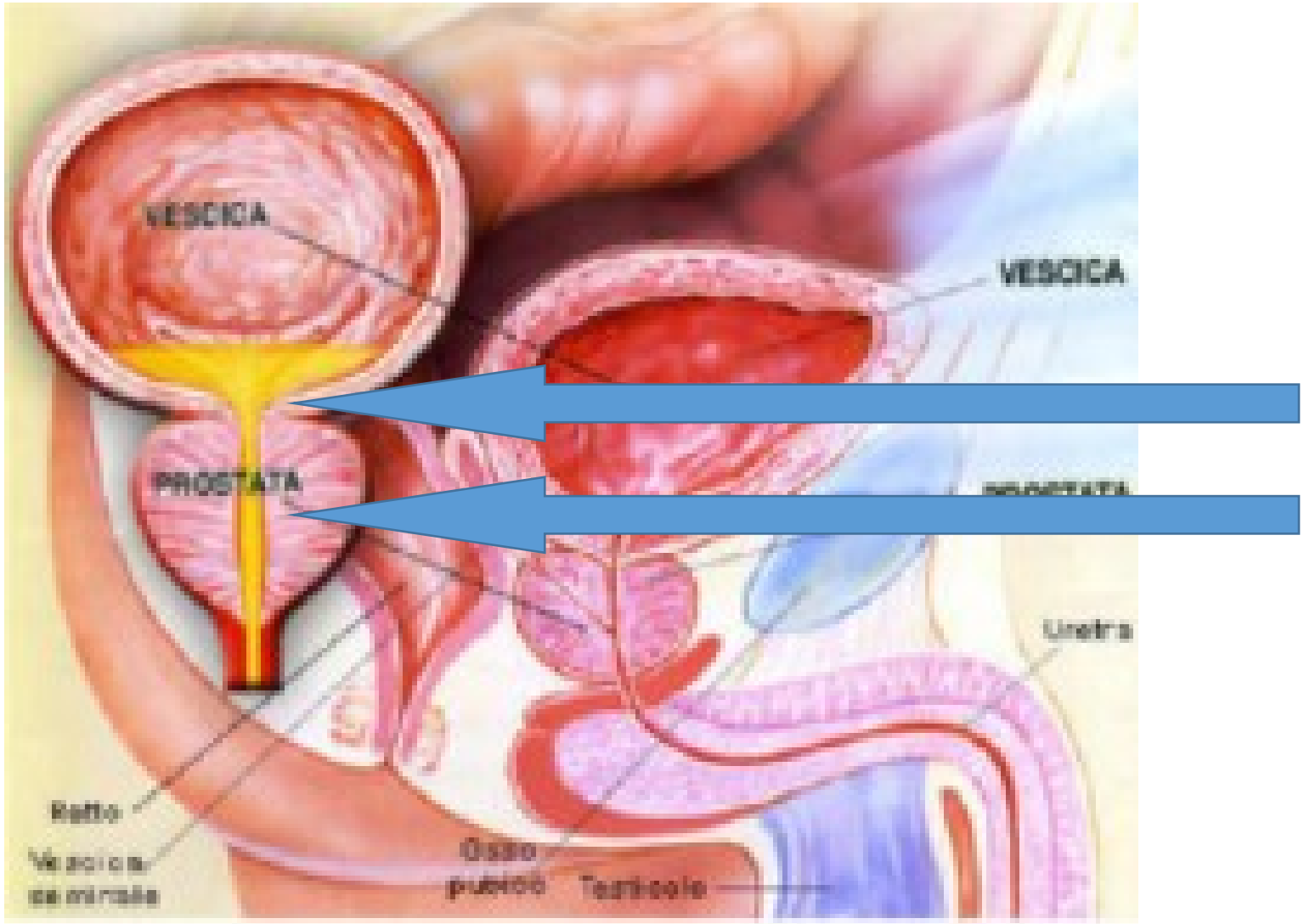
Spontanea e involontarea eiaculazione

- Danno midollo spinale o patologia cerebrale che causa eiaculazione in assenza di stimolazione. In genere avviene a vescica piena o in situazioni di stress. Oltre ad eseguire una risonanza magnetica per capire le cause, si puo curare con la reboxetina con molti effetti collaterali

Sindrome del malessere post coitale

- Rinorrea e sindromi simil influenzali dopo coito
- Sospetta causa autoimmunitaria
- Una sola esperienza trattata con autoiniezioni di sperma sottocute ogni due settimane

Eiaculazione retrograda

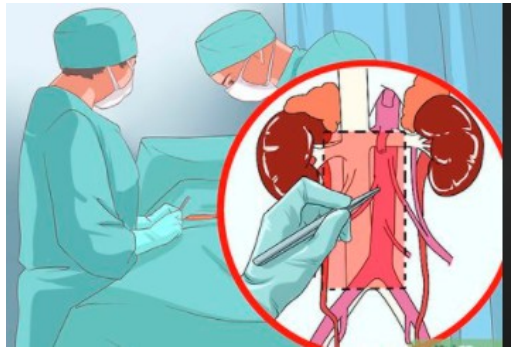


Eiaculazione retrograda

- Intervento per iperplasia prostatica (non carcinoma)
- Ad esclusione degli interventi ejaculation sparing quando applicabili.
  Della Camera, Picinotti, Mattioli et all

Eiaculazione retrograda

- Alcuni farmaci per iperplasia prostatica. L alfuzosina non ha questo effetto collaterale ma puo dare ipotensione)
- Chirurgia di asportazione linfonodi retroperitoneali per tumore testicolare



- Diabete
- Danni al midollo spinale
- Sclerosi multipla
- 5 ari inibitors (finasteride , dutasterde, nell iperplasia prostatica)

Eiaculazione retrograda

- Terapia di sostituzione alfa litico
- Farmaci come il gutron che cercano di chiudere il collo vescicale per creare la ‘’ camera di scoppio’’ per permettere di eiaculare

Eiaculazione retrograda

- In presenza di sensazione orgasmica non è presente l'eiaculazione, in quanto il liquido seminale rifluisce in vescica

Cause:

- iatrogene (da lesione della catena simpatica in corso di chirurgia retroperitoneale o del plesso pelvico)
- mancata chiusura del collo vescicale
- elevata resistenza dell'apice della prostata
- patologie neurologiche (lesione del motoneurone, sclerosi multipla, neuropatia diabetica)
- anomalie congenite del trigono vescicale
- resezione del collo vescicale
- stenosi uretrale membranosa
- iperplasia del verum montanum

Eiaculazione retrograda

Farmaci che interferiscono con la chiusura del collo vescicale:

- antagonisti degli adrenorecettori alfa-1
- alcuni antipertensivi
- antipsicotici alfa-bloccanti (tioridazina e risperidone)
- antidepressivi

Indagini diagnostiche

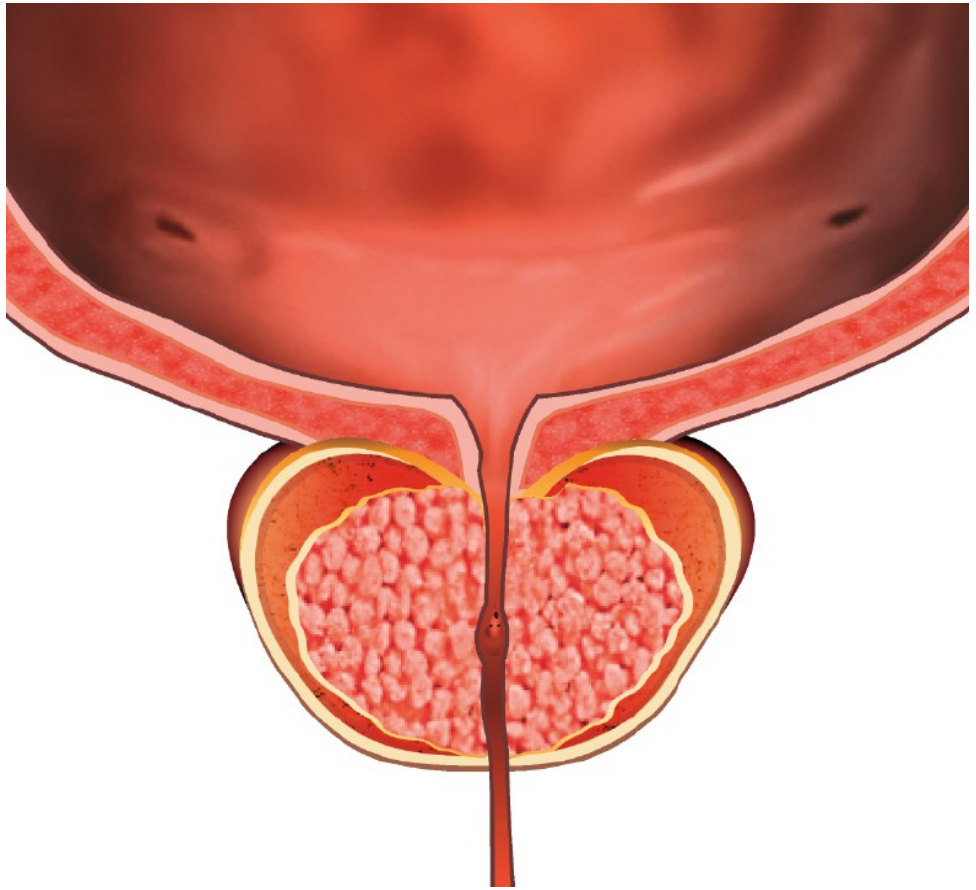
- Ricerca nelle urine post-orgasmiche della presenza di spermatozoi
- Se si sospetta stenosi uretroscopia o uretrografia
- Studio neurofisiologico pelvico mediante valutazione della risposta del nervo sacrale
- Imaging pelvico con TAC o RM

Eiaculazione retrograda

Terapia:

- sostanze stimolanti i recettori alfa quali efedrina o amezinium
- ripristino della competenza del collo vescicale
- se è desiderata la fertilità il recupero di spermatozoi può avvenire dall'urina post-orgasmo o dall'utilizzo di tecnica MESA

Eiaculazione dolorosa, emospermia e disfunzione erettile



Eiaculazione dolorosa

- Incidenza riportata: 1-10%
- Localizzazione: pene, retto, testicoli, addome, meato uretrale
- Insorgenza: può insorgere al momento dell'eiaculazione e fino a 24 ore dopo
- Durata: da 1 minuto a 2 giorni

Eiaculazione dolorosa : eziologia

- Ostruzioni uretrali
- Uso di antidepressivi
- Neuropatia dei nervi pudendi
- Infiammazioni dell’uretra e della prostata

Eiaculazione dolorosa : terapia

- Tamsulosina
- Topiramato
- FANS
- Infiltrazioni locali del pudendo sotto guida TAC

Eiaculazione astenica

- Assenza di spinta del liquido seminale durante l'eiaculazione, sostituita da un gocciolamento di liquido seminale, anche per diversi minuti dopo l'orgasmo
- Talvolta, specie se la gittata urinaria è debole, è presente una stenosi uretrale
- Può inoltre dipendere da:
  - un diverticolo o da una fistola dell'uretra
  - esiti di chirurgia uretrale
  - pregressa MST

Anorgasmia

- Incapacità al raggiungimento dell'orgasmo e conseguente aneiaculazione

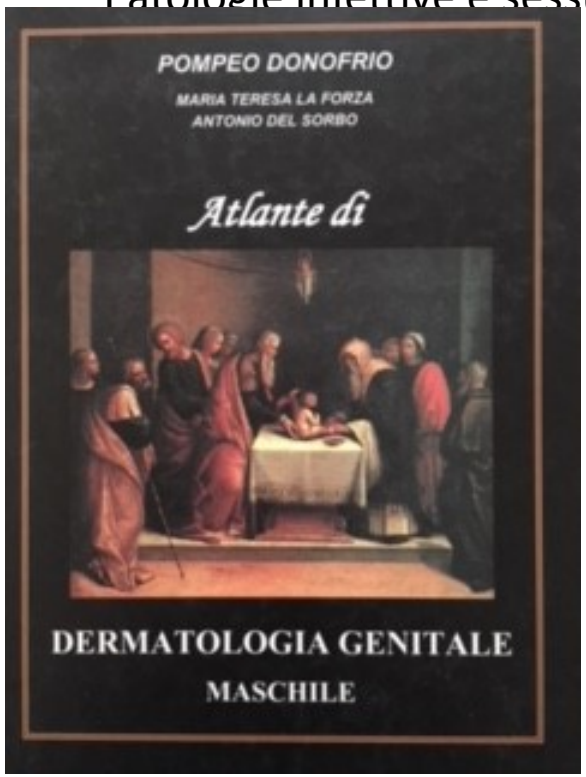
Cause:

- sostanze d'abuso
- inibitori SSRI
- patologia dl midollo spinale
- pregressa frattura del bacino posteriore
- dopo chirurgia pelvica radicale o prostatectomia radicale

Diagnostica differenziale dermatologica delle lesioni genitali

Indice

- Classificazione
  - Cosa ci deve (ci può) essere
  - Malattie non infettive
  - Neoformazioni pre neoplastiche e maligne
  - Patologie infettive e sessualmente trasmesse



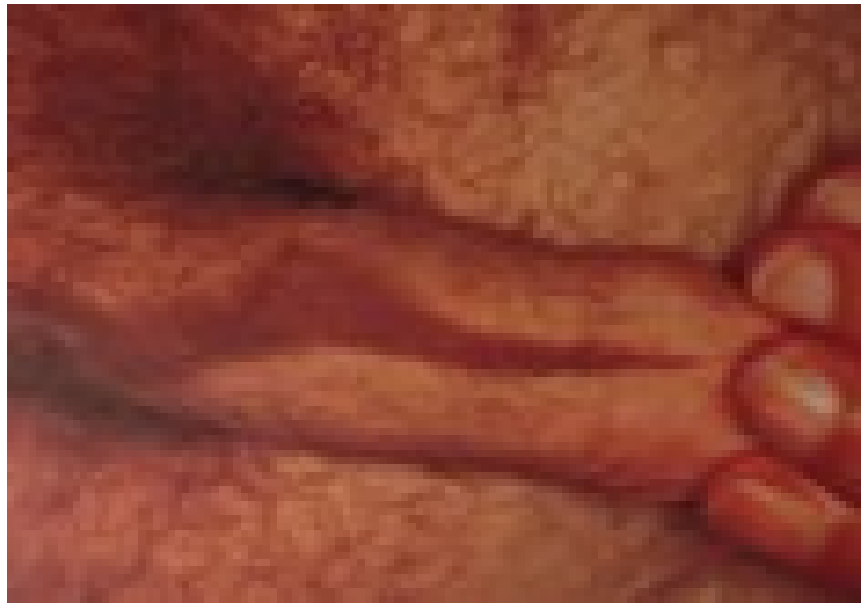
Classificazione

- Cosa ci deve (o ci può) essere (Non patologico)
  - Rafe
  - Grani di Fordyce
  - Papule perlacee
  - Smegma
  - Esiti di frenulotomia
  - Ghiandole sebacee

Classificazione

- Cosa ci deve (o ci può) essere (Non patologico)
  - **Rafe**
  - Grani di Fordyce
  - Papule perlacee
  - Smegma
  - Esiti di frenulotomia
  - Ghiandole sebacee

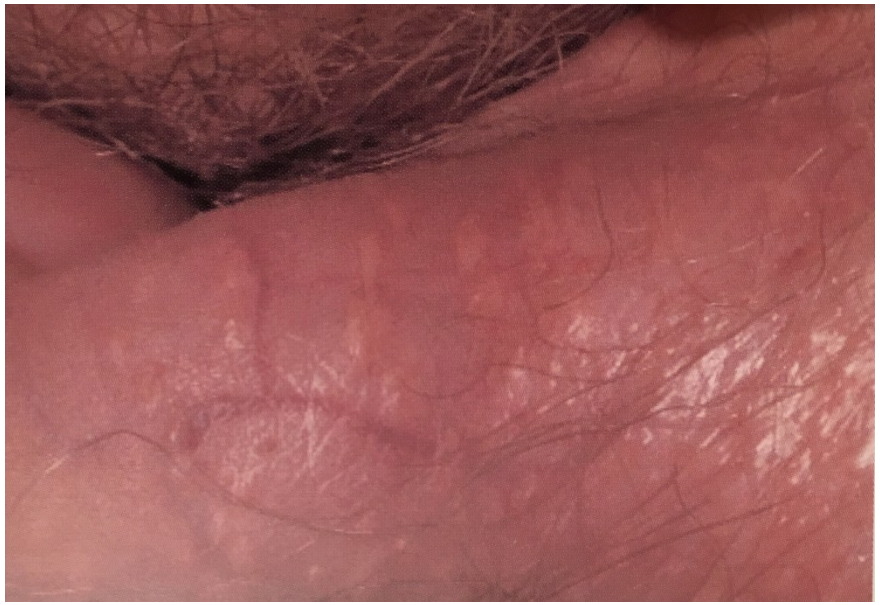
Linea di congiunzione cutanea ventrale, pigmentata

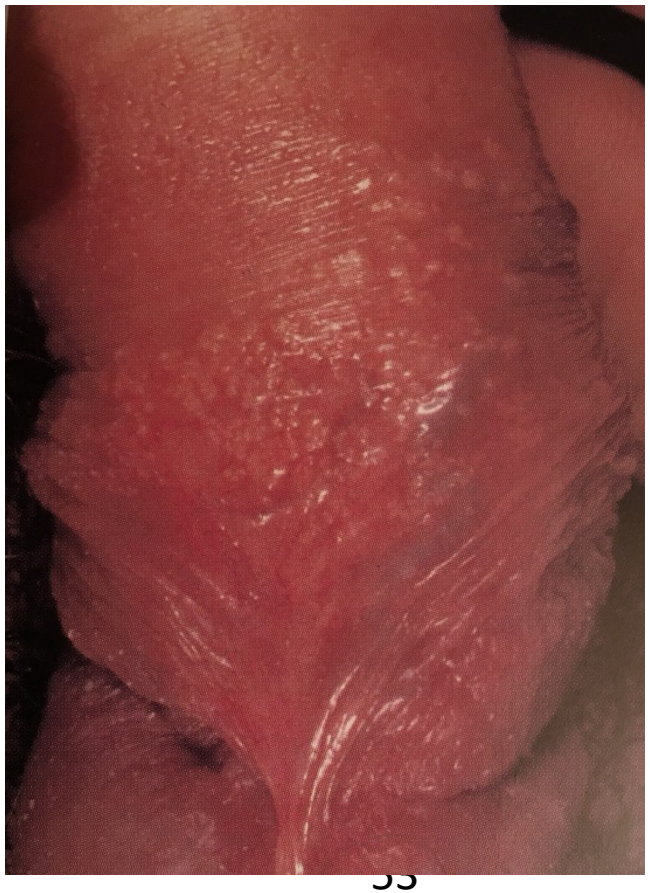


Classificazione

- Cosa ci deve (o ci può) essere (Non patologico)
  - Rafe
  - **Grani di Fordyce**
  - Papule perlacee
  - Smegma
  - Esiti di frenulotomia
  - Ghiandole sebacee

Ghiandole sebacee isolate, ectopiche, non annesse a follicoli piliferi

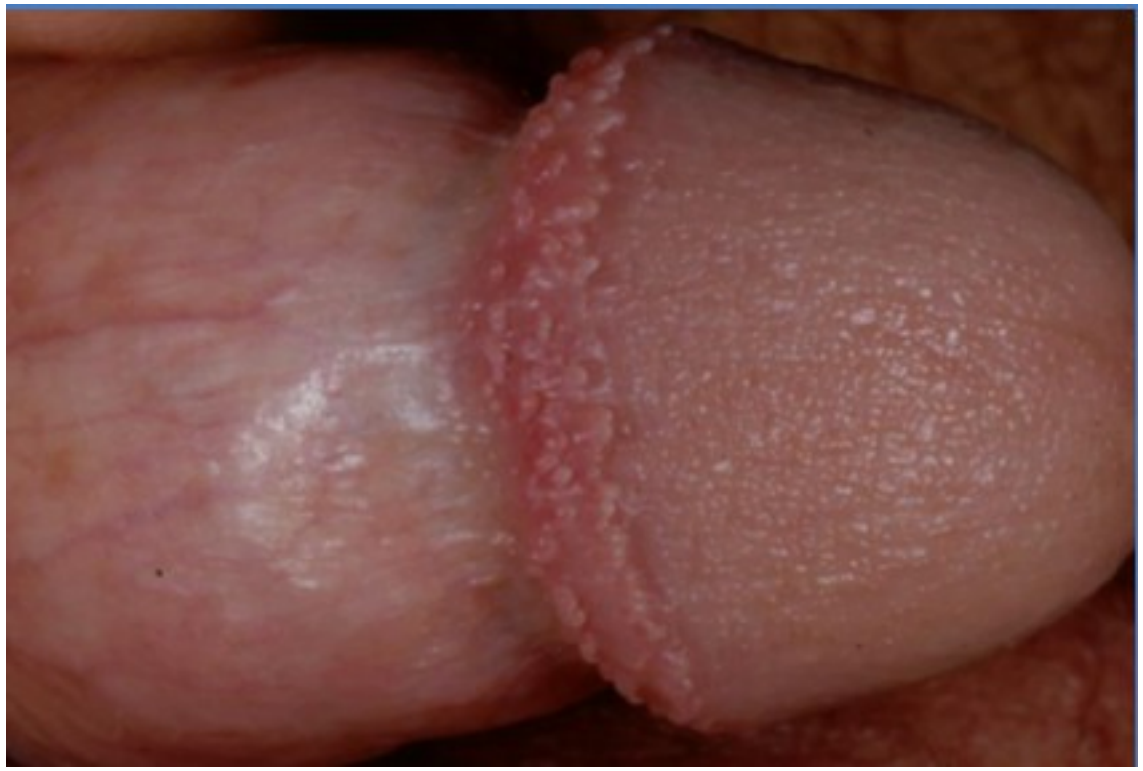




Classificazione

- Cosa ci deve (o ci può) essere (Non patologico)
  - Rafe
  - Grani di Fordyce
  - **Papule perlacee**
  - Smegma
  - Esiti di frenulotomia

Papille fisiologiche della corona del balanica, (hirsuties papillaris penis). Piccole formazioni angiofibromatose, disposte su una o più file. Ruolo fisiologico durante il coito ?



Classificazione

- Cosa ci deve (o ci può) essere (Non patologico)
  - Rafe
  - Grani di Fordyce
  - Papule perlacee
  - **Smegma**
  - Esiti di frenulotomia
  - Ghiandole sebacee

Sostanza caseosa costituito da cellule desquamate dell'epitelio malpighiano non cheratinizzato del glande e del foglietto interno del prepuzio

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di Gibert
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - Lichen planus
  - Lichen nitidus
  - Lichen simplex
  - Lichen sclerous
  - Pemfigo volgare
  - Aftosi
  - Malattia di Bechet
  - Balanite plasmacellulare di Zoon
  - Dermatiti da contatto
  - Eritema fisso da medicamenti
  - Angioedema
  - Eritema polimorfo
  - Vitiligine
  - Melanosi
  - Ittiosi
  - Flebectasie
  - Linfangite sclerosante
  - Linfedema penoscrotale
  - Sinechie prepuziali
  - Fimosi
  - Ipospadia
  - Strie distensae
  - Lesioni traumatiche
  - Tatuaggi

Classificazione

- Patologie non infettive
  - **Psoriasi**
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di Gibert
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - Lichen planus
  - Lichen nitidus
  - Lichen simplex
  - Lichen sclerous
  - Pemfigo volgare
  - Aftosi
  - Malattia di Bechet
  - Balanite plasmacellulare di Zoon
  - Dermatiti da contatto
  - Eritema fisso da medicamenti
  - Angioedema
  - Eritema polimorfo
  - Vitiligine
  - Melanosi
  - Ittiosi
  - Flebectasie
  - Linfangite sclerosante
  - Linfedema penoscrotale
  - Sinechie prepuziali
  - Fimosi
  - Ipospadia
  - Strie distensae
  - Lesioni traumatiche
  - Tatuaggi

Dermatosi cronico recidivante
Chiazze **eritemato-squamose**
Glande prepuzio cute dell'asta
Glande: non squamose, opache
Pieghe inguinali e scotali: **psoriasi inversa** (lesioni lisce lineari rosee)

Classificazione

- Patologie non infettive
  - **Psoriasi**

Dermatosi cronico recidivante
Chiazze **eritemato-squamose**
Glande prepuzio cute dell'asta
Glande: non squamose, opache
Pieghe inguinali e scotali: **psoriasi inversa** (lesioni lisce lineari rosee)

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - **Dermatite seborroica**
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di Gibert
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - Lichen planus
  - Lichen nitidus
  - Lichen simplex
  - Lichen sclerous
  - Pemfigo volgare
  - Aftosi
  - Malattia di Bechet
  - Balanite plasmacellulare di Zoon
  - Dermatiti da contatto
  - Eritema fisso da medicamenti
  - Angioedema
  - Eritema polimorfo
  - Vitiligine
  - Melanosi
  - Ittiosi
  - Flebectasie
  - Linfangite sclerosante
  - Linfedema penoscrotale
  - Sinechie prepuziali
  - Fimosi
  - Ipospadia
  - Strie distensae
  - Lesioni traumatiche
  - Tatuaggi

Dermatosi, lesioni eritematose confluenti, demarcate, squame **untuose** e **croste staccabili**

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - **Dermatite seborroica**

Dermatosi, lesioni eritematose confluenti, demarcate, squame **untuose** e **croste staccabili**

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - **Pitiriasi rosea di Gibert**
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - Lichen planus
  - Lichen nitidus
  - Lichen simplex
  - Lichen sclerous
  - Pemfigo volgare
  - Aftosi
  - Malattia di Bechet
  - Balanite plasmacellulare di Zoon
  - Dermatiti da contatto
  - Eritema fisso da medicamenti
  - Angioedema
  - Eritema polimorfo
  - Vitiligine
  - Melanosi
  - Ittiosi
  - Flebectasie
  - Linfangite sclerosante
  - Linfedema penoscrotale
  - Sinechie prepuziali
  - Fimosi
  - Ipospadia
  - Strie distensae
  - Lesioni traumatiche
  - Tatuaggi

Dermatosi sub acuta autorisolutiva (virale ?)
Chiazze ovalari **eritemato squamose**

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - **Pitiriasi rosea di Gibert**

Dermatosi sub acuta autorisolutiva (virale ?)
Chiazze ovalari **eritemato squamose**

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di Gibert
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - **Lichen planus**
  - Lichen nitidus
  - Lichen simplex
  - Lichen sclerous
  - Pemfigo volgare
  - Aftosi
  - Malattia di Bechet
  - Balanite plasmacellulare di Zoon
  - Dermatiti da contatto
  - Eritema fisso da medicamenti
  - Angioedema
  - Eritema polimorfo
  - Vitiligine
  - Melanosi
  - Ittiosi
  - Flebectasie
  - Linfangite sclerosante
  - Linfedema penoscrotale
  - Sinechie prepuziali
  - Fimosi
  - Ipospadia
  - Strie distensae
  - Lesioni traumatiche
  - Tatuaggi

Affezione cutanea o mucosa cr e recidivante
Papule rosso violacee + reticolo biancastro
Pruriginose
Cute, scroto, perineo

Classificazione

- Patologie non infettive

- **Lichen planus**

Affezione cutanea o mucosa cr e recidivante
Papule rosso violacee + reticolo biancastro
Pruriginose
Cute, scroto, perineo

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di Gibert
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - Lichen planus
  - Lichen nitidus
  - **Lichen simplex**
  - Lichen sclerous
  - Pemfigo volgare
  - Aftosi
  - Malattia di Bechet
  - Balanite plasmacellulare di Zoon
  - Dermatiti da contatto
  - Eritema fisso da medicamenti
  - Angioedema
  - Eritema polimorfo
  - Vitiligine
  - Melanosi
  - Ittiosi
  - Flebectasie
  - Linfangite sclerosante
  - Linfedema penoscrotale
  - Sinechie prepuziali
  - Fimosi
  - Ipospadia
  - Strie distensae
  - Lesioni traumatiche
  - Tatuaggi

Dermatosi cronica pruriginosa
Mosaico di **papule** piane o convesse, **rosso** cupo **grigiastre** desquamanti
Area perineo genitale (scroto)

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di Gibert
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - Lichen planus
  - Lichen nitidus
  - **Lichen simplex**

Dermatosi cronica pruriginosa
Mosaico di **papule** piane o convesse, **rosso** cupo **grigiastre** desquamanti
Area perineo genitale (scroto)

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di Gibert
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - Lichen planus
  - Lichen nitidus
  - Lichen simplex
  - **Lichen sclerous**
  - Pemfigo volgare
  - Aftosi
  - Malattia di Bechet
  - Balanite plasmacellulare di Zoon
  - Dermatiti da contatto
  - Eritema fisso da medicamenti
  - Angioedema
  - Eritema polimorfo
  - Vitiligine
  - Melanosi
  - Ittiosi
  - Flebectasie
  - Linfangite sclerosante
  - Linfedema penoscrotale
  - Sinechie prepuziali
  - Fimosi
  - Ipospadia
  - Strie distensae
  - Lesioni traumatiche
  - Tatuaggi

Dermatosi cronica
Macule o **papule** bianco avorio poi
leucocheratosi ulcerativa
Giunz. cutaneo–mucosa prepuzio
Fimosi, atrofia e stenosi del meato
Possibile evoluzione vs Ca malpighiano

Classificazione

- Patologie non infettive

- **Lichen sclerous**

Dermatosi cronica
Macule o **papule** bianco avorio poi **leucocheratosi** ulcerativa
Giunz. cutaneo–mucosa prepuzio
Fimosi, atrofia e stenosi del meato
Possibile evoluzione vs Ca malpighiano

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di Gibert
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - Lichen planus
  - Lichen nitidus
  - Lichen simplex
  - Lichen sclerous
  - Pemfigo volgare
  - **Aftosi**
  - **Malattia di Bechet**
  - Balanite plasmacellulare di Zoon
  - Dermatiti da contatto
  - Eritema fisso da medicamenti
  - Angioedema
  - Eritema polimorfo
  - Vitiligine
  - Melanosi
  - Ittiosi
  - Flebectasie
  - Linfangite sclerosante
  - Linfedema penoscrotale
  - Sinechie prepuziali
  - Fimosi
  - Ipospadia
  - Strie distensae
  - Lesioni traumatiche
  - Tatuaggi

Pustole pseudo follicolitiche
ulcerazioni giallastre dolenti
Esito cicatriziale
Scroto (glande)

Classificazione

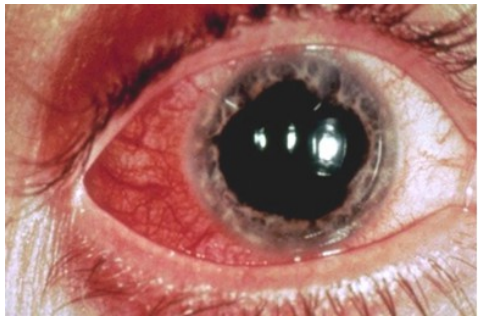
- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di Gibert
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - Lichen planus
  - Lichen nitidus
  - Lichen simplex
  - Lichen sclerous
  - Pemfigo volgare
  - **Aftosi**
  - **Malattia di Bechet**
  - Balanite plasmacellulare di Zoon
  - Dermatiti da contatto
  - Eritema fisso da medicamenti
  - Angioedema
  - Eritema polimorfo
  - Vitiligine
  - Melanosi
  - Ittiosi
  - Flebectasie
  - Linfangite sclerosante
  - Linfedema penoscrotale
  - Sinechie prepuziali
  - Fimosi
  - Ipospadia
  - Strie distensae
  - Lesioni traumatiche
  - Tatuaggi

Pustole pseudo follicolitiche
ulcerazioni giallastre dolenti
Esito cicatriziale
Scroto (glande)

Vasculite sistemica cronico-recidiv.

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborro
  - ica
  - di Gi
  - ular
  - loso
  - x
  - s
  - Pemfigo volgare
- **Aftosi**
- **Malattia di Bechet**



Pustole pseudo follicolitiche
ulcerazioni giallastre dolenti
Esito cicatriziale
Scroto (glande)

Vasculite sistemica cronico-recidiv.

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di Gibert
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - Lichen planus
  - Lichen nitidus
  - Lichen simplex
  - Lichen sclerous
  - Pemfigo volgare
  - Aftosi
  - Malattia di Bechet
  - **Balanite plasmacellulare di Zoon**
  - Dermatiti da contatto
  - Eritema fisso da medicamenti
  - Angioedema
  - Eritema polimorfo
  - Vitiligine
  - Melanosi
  - Ittiosi
  - Flebectasie
  - Linfangite sclerosante
  - Linfedema penoscrotale
  - Sinechie prepuziali
  - Fimosi
  - Ipospadia
  - Strie distensae
  - Lesioni traumatiche
  - Tatuaggi

Affezione infiammatoria cutanea
infettiva ? Da scarsa igiene
50-60aa maschi non circoncisi
Placca piana unica rosso lacca
lucida asintomatica
DD: eritroplasia di Queyrat

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Lichen sclerosus
  - Pemfigo volgare
  - Aftosi
  - Malattia di Bechet
- **Balanite plasmacellulare di Zoon**

Affezione infiammatoria cutanea
infettiva ? Da scarsa igiene
50-60aa maschi non circoncisi
Placca piana unica rosso lacca
lucida asintomatica
DD: eritroplasia di Queyrat

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di Gibert
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - Lichen planus
  - Lichen nitidus
  - Lichen simplex
  - Lichen sclerous
  - Pemfigo volgare
  - Aftosi
  - Malattia di Bechet
  - Balanite plasmacellulare di Zoon
  - Dermatiti da contatto
  - **Eritema fisso da medicamenti**
  - **Angioedema**
  - Eritema polimorfo
  - Vitiligine
  - Melanosi
  - Ittiosi
  - Flebectasie
  - Linfangite sclerosante
  - Linfedema penoscrotale
  - Sinechie prepuziali
  - Fimosi
  - Ipospadia
  - Strie distensae
  - Lesioni traumatiche
  - Tatuaggi

Reazione muco cutanea da assunzione di un farmaco
Lesioni eritematose o eritemato bollose, Bruciore
Glande, lamina prepuziale interna
Edema evanescente circoscritto
Lattice, foscanet imiquimod eroina papaverina

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite sebor
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di
  - Granuloma anula
  - Orticaria papulos

et

ellulare di Zoon

tatto

- **Eritema fisso da medicamenti**
- **Angioedema**

Reazione muco cutanea da assunzione di un farmaco
Lesioni eritematose o eritemato bollose, Bruciore
Glande, lamina prepuziale interna
Edema evanescente circoscritto
Lattice, foscanet imiquimod eroina papaverina

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di Gibert
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - Lichen planus
  - Lichen nitidus
  - Lichenn simplex
  - lichen sclerous
  - Pemfigo volgare
  - Aftosi
  - Malattia di Bechet
  - Balanite plasmacellulare di Zoon
  - Dermatiti da contatto
  - Eritema fisso da medicamenti
  - Angioedema
  - Eritema polimorfo
  - Vitiligine
  - Melanosi
  - Ittiosi
  - **Flebectasie**
  - **Linfangite sclerosante**
  - Linfedema penoscrotale
  - Sinechie prepuziali
  - Fimosi
  - Ipospadia
  - Strie distensae
  - Lesioni traumatiche
  - Tatuaggi

Varici a insorgenza improvvisa, permanenti, dolore in erezione con edema prurito parestesie

Affezione acuta dei vasi linfatici del pene Lesione indolore cordoniforme dura al solco coronale (glande). **Autolimitante** con regressione spontanea in alcune settimane

Classificazione

- Patologie non infettive

Melanosi
Ittiosi
- **Flebectasie**
- **Linfangite sclerosante**

Affezione ac dei vasi linfatici del pene
Lesione indolore cordoniforme
Solco coronale (glande)
Dura
Autolimitante
Regressione spontanea in alcune settimane

Varici a insorgenza improvvisa, dolore in erezione con edema prurito dolore parestesie, Le varico sono permanenti

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di Gibert
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - Lichen planus
  - Lichen nitidus
  - Lichenn simplex
  - lichen sclerous
  - Pemfigo volgare
  - Aftosi
  - Malattia di Bechet
  - Balanite plasmacellulare di Zoon
  - Dermatiti da contatto
  - Eritema fisso da medicamenti
  - Angioedema
  - Eritema polimorfo
  - Vitiligine
  - Melanosi
  - Ittiosi
  - Flebectasie
  - Linfangite sclerosante
  - Linfedema penoscrotale
  - **Sinechie prepuziali**
  - Fimosi
  - Ipospadia
  - Strie distensae
  - Lesioni traumatiche
  - Tatuaggi

Aderenze del prepuzio a livello della corona balanica
Origine infettiva o cicatriziale

Classificazione

- Patologie non infettive

Melanosi
Ittiosi
Flebectasie
Linfangite sclerosante
Linfedema penoscrotale

- **Sinechie prepuziali**

Aderenze del prepuzio a livello della corona balanica
Origine infettiva o cicatriziale

Classificazione

- Patologie non infettive
  - Psoriasi
  - Dermatite seborroica
  - Dematite atopica
  - Pitiriasi rosea di Gibert
  - Granuloma anulare
  - Orticaria papuloso
  - Lichen planus
  - Lichen nitidus
  - Lichenn simplex
  - lichen sclerous
  - Pemfigo volgare
  - Aftosi
  - Malattia di Bechet
  - Balanite plasmacellulare di Zoon
  - Dermatiti da contatto
  - Eritema fisso da medicamenti
  - Angioedema
  - Eritema polimorfo
  - Vitiligine
  - Melanosi
  - Ittiosi
  - Flebectasie
  - Linfangite sclerosante
  - linfedema penoscrotale
  - Sinechie prepuziali
  - Fimosi
  - Ipospadia
  - Strie distensae
  - Lesioni traumatiche
  - **Tatuaggi**

Moda
Conflitti di personalità
Disturbi psichiatrici
Reduci da comunità (carceri, osp psichiatrici)
Simbolismo erotico

Classificazione

- Neoformazioni Benigne
  - Angiocheratoma di Fordyce
  - Angiocheratoma corporis diffusum
  - Cheratosi seborroiche
  - Cisti epidermoidi dello scroto
  - Cisti mucoidi
  - Fibroma
  - Angioma
  - Granuloma piogenico
  - Angiofibroma
  - Linfangioma
  - Nevo epidermico verrucoso infiammatorio lineare (nevil)
  - Nevi

Classificazione

- Neoformazioni Benigne
  - **Angiocheratoma di Fordyce**
  - Angiocheratoma corporis diffusum
  - Cheratosi seborroiche
  - Cisti epidermoidi dello scroto
  - Cisti mucoidi
  - Fibroma
  - Angioma
  - Granuloma piogenico
  - Angiofibroma
  - Linfangioma
  - Nevo epidermico verrucoso infiammatorio lineare (nevil)
  - Nevi

Tumore vascolare benigno
vasi superficiali ricoperti di
epidermide ipercheratosica

Classificazione

- Neoformazioni Benigne
  - Angiocheratoma di Fordyce
  - Angiocheratoma corporis diffusum
  - **Cheratosi seborroiche**
  - Cisti epidermoidi dello scroto
  - Cisti mucoidi
  - Fibroma
  - Angioma
  - Granuloma piogenico
  - Angiofibroma
  - Linfangioma
  - Nevo epidermico verrucoso infiammatorio lineare (nevil)
  - Nevi

Lesioni **pigmentate** (**papule**, **placche** o **noduli**)
Rilevate, colore **giallastro** o **bruno**, superficie **untuosa**
Evoluzione vs colore scuro e accumulo cheratinico friabile

Classificazione

- Neoformazioni Benigne
  - Angiocheratoma di Fordyce
  - Angiocheratoma corporis diffusum
  - Cheratosi seborroiche
  - **Cisti epidermoidi dello scroto**
  - Cisti mucoidi
  - Fibroma
  - Angioma
  - Granuloma piogenico
  - Angiofibroma
  - Linfangioma
  - Nevo epidermico verrucoso infiammatorio lineare (nevil)
  - Nevi

Neoformazioni (cute o sottocute)
Nodulari, lisce, circosctritte,
rotondegghiant,i consistenza
elastica , spesso multiple, contenuto
semisolido (sebaceo).

Classificazione

- Neoformazioni Benigne
  - Angiocheratoma di Fordyce
  - Angiocheratoma corporis diffusum
  - Cheratosi seborroiche
  - Cisti epidermoidi dello scroto
  - Cisti mucoidi
  - Fibroma
  - **Angioma**
  - Granuloma piogenico
  - Angiofibroma
  - Linfangioma
  - Nevo epidermico verrucoso infiammatorio lineare (nevil)
  - Nevi

Neoformazione embionarie in genere già presenti alla nascita
Noduli bluastri o rossi
Consistenza soffice

Classificazione

- Neoformazioni Benigne
  - Angiocheratoma di Fordyce
  - Angiocheratoma corporis diffusum
  - Cheratosi seborroiche
  - Cisti epidermoidi dello scroto
  - Cisti mucoidi
  - Fibroma
  - Angioma
  - Granuloma piogenico
  - Angiofibroma
  - **Linfangioma**
  - Nevo epidermico verrucoso infiammatorio lineare (nevil)
  - Nevi

Dilatazione vasi sist linfatico. Età neonatale /infantile++ (ma anche adulto). Formazioni pseudo-vescicolari (contenuto liquido chiaro o bruno rossastro)
Possibile co presenza di linfangiosarcoma

Classificazione

- Neoformazioni Benigne
  - Angiocheratoma di Fordyce
  - Angiocheratoma corporis diffusum
  - Cheratosi seborroiche
  - Cisti epidermoidi dello scroto
  - Cisti mucoidi
  - Fibroma
  - Angioma
  - Granuloma piogenico
  - Angiofibroma
  - Linfangioma
  - Nevo epidermico verrucoso infiammatorio lineare (nevil)
  - **Nevi**

Formazioni piane o rilevate pigmentate e stabili.
N di **Clark**: piatto, aspetto a "*uovo fritto*", contorni irregolari
N **Spitz**: cupuliforme liscio roseo o rosso
N **comuni**: piano rosso/brunorotondeggiante, limiti

Classificazione

- Neoformazioni preneoplastiche e maligne
  - Patologie preneoplastiche
    - lichen sclerous
    - Balanite pseudoepiteliomatosa cheratosica e micacea
    - Lesioni leucoplastiche
    - Leucoplachia
    - Eritroplasia di Queyrat
    - Papulosi bowenoide
    - Malattia di Paget
  - Carcinomi
  - Morbo di Kaposi

Classificazione

- Neoformazioni preneoplastiche e maligne
  - Patologie preneoplastiche
    - **lichen sclerous**
    - Balanite pseudoepiteliomatosa cheratosica e micacea
    - Lesioni leucoplastiche
    - Leucoplachia
    - Eritroplasia di Queyrat
    - Papulosi bowenoide
    - Malattia di Paget
  - Carcinomi
  -

Rischio degenerativo carcinomatoso
Follow up periodici
Se quadri clinici atipici
(ulcerazioni ,placche sclerotiche):
biopsia allargata

Classificazione

- Neoformazioni preneoplastiche e maligne
  - Patologie preneoplastiche
    - lichen sclerous
    - Balanite pseudoepiteliomatosa cheratosica e micacea
    - **Lesioni leucoplastiche**
    - Leucoplachia
    - Eritroplasia di Queyrat
    - Papulosi bowenoide
    - Malattia di Paget
  - Carcinomi

Trasformazione cheratinizzante dell'epitelio mucoso balano prepuziale
Placche biancastre ispessite asintomatiche
DD liche sclerosus; balanite xerotica obliterane e candidosi

Classificazione

- Neoformazioni preneoplastiche e maligne
  - Patologie preneoplastiche
    - lichen sclerous
    - Balanite pseudoepiteliomatosa cheratosica e micacea
    - Lesioni leucoplastiche
    - **Leucoplachia**
    - Eritroplasia di Queyrat
    - Papulosi bowenoide
    - Malattia di Paget
  - Carcinomi
  - Morbo di Kaposi

Lesione cheratosica
Se ulcerazione o sanguinamento :
sviluppo di neoplasia invasiva

Classificazione

- Neoformazioni preneoplastiche e maligne
  - Patologie preneoplastiche
    - lichen sclerous
    - Balanite pseudoepiteliomatosa cheratosica e micacea
    - Lesioni leucoplastiche
    - Leucoplachia
    - **Eritroplasia di Queyrat**
    - Papulosi bowenoide
    - Malattia di Paget
  - Carcinomi
  - Morbo di Kaposi

Chiazza rosso vivo asciutta e lucente
Glande foglietto interno del prepuzio
Progressione lenta
Ulcera indica passaggio alla fase infiltrativa (biopsia)
DD balanopostite plasmacellulare di Zoon; liche planus erosivo

Classificazione

- Neoformazioni preneoplastiche e maligne
  - Patologie preneoplastiche
    - lichen sclerous
    - Balanite pseudoepiteliomatosa cheratosica e micacea
    - Lesioni leucoplastiche
    - Leucoplachia
    - Eritroplasia di Queyrat
    - **Papulosi bowenoide**
    - Malattia di Paget
  - Carcinomi
  - Morbo di Kaposi

Correlata a HPV-16
Papule arrotondate isolate o confluenti rosse o pigmentate
andamento cronico recidivante
Spesso pregressa condilomatosi
DD mollusco contagioso; nevi

Classificazione

- Neoformazioni preneoplastiche e maligne
  - Patologie preneoplastiche
    - lichen sclerous
    - Balanite pseudoepiteliomatosa cheratosica e micacea
    - Lesioni leucoplastiche
    - Leucoplachia
    - Eritroplasia di Queyrat
    - Papulosi bowenoide
    - Malattia di Paget
  - **Carcinomi**
  - **Morbo di Kaposi**

Si manifesta con leione nodulo ulcerativa o masa proliferante a rapida crescita
M Kaposi: neoplasia multifocale vascolare
Macule placche papule o noduli rosso violacei Spesso prima manifestazione di AIDS

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse
  - Sifilide
  - Gonorrea
  - Ulcera molle (ulcera venerea)
  - Uretriti non gonococciche
  - Condilomi acuminati o Verruche genitali
  - Herpes genitale
  - Varicella - Herpes Zoster
  - Mollusco contagioso
  - Piodermiti
  - Malattia di Verneuil
  - Tricomicosi
  - Eritrasma
  - Ulcere da batteri anaerobi
  - Gangrena di Fournier
  - Tinea cruris
  - Pediculosi
  - Scabbia
  - Puntura di zecca
  - Balanopostiti (traumatiche, irritative, allergiche da contatto, micotiche, batteriche)

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse
  - **Sifilide**
  - Gonorrea
  - Ulcera molle
  - Uretriti non gonococciche
  - Condilomi acuminati o Verruche genitali
  - Herpes genitale
  - Varicella - Herpes Zoster
  - Mollusco contagioso
  - Piodermiti
  - Malattia di Verneuil
  - Tricomicosi
  - Eritrasma
  - Ulcere da batteri anaerobi
  - Gangrena di Fournier
  - Tinea cruris
  - Pediculosi
  - Scabbia
  - Puntura di zecca
  - Balanopostiti (traumatiche, irritative, allergiche da contatto, micotiche, batteriche)

Infezione cr con sintomi cutaneo-mucosi.

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse
  - **Sifilide**

Infezione cr con sintomi cutaneo-mucosi. Periodo **primario**: sifiloma + adenite satellite

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse
  - **Sifilide**

Infezione cr con sintomi cutaneo-mucosi. Periodo **secondario**: eruzione cutaneo mucosa polimorfa (sifiloderma) sede non genitale (roseola) e genitale (condiloma piano: papule lenticolari rosse o grigiastre erose e maleodoranti)

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse
  - Sifilide
  - **Gonorrea**
  - **Ulcera molle (ulcera venerea)**
  - **Uretriti non gonococciche**
  - Condilomi acuminati o Verruche genitali
  - Herpes genitale
  - Varicella - Herpes Zoster
  - Mollusco contagioso
  - Piodermiti
  - Malattia di Verneuil
  - Tricomicosi
  - Eritrasma
  - Ulcere da batteri anaerobi
  - Gangrena di Fournier
  - Tinea cruris
  - Pediculosi
  - Scabbia
  - Puntura di zecca
  - Balanopostiti (traumatiche, irritative, allergiche da contatto, micotiche, batteriche)

Gonorrea: MST da gonococco (uretrite con secrezione purulenta-scolo- e balanopostite
Ulcera molle: MST da hemophilus Ducrey. Papula, ulcera dolente
Uretriti non gonococciche: MST da Chlamidia t, Trichomonas V, Micoplasmi)

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse
  - Sifilide
  - **Gonorrea**
  - **Ulcera molle**
  - **Uretriti non gonococciche**

Gonorrea: MST da gonococco (uretrite con secrezione purulenta-scolo- e balanopostite
Ulcera molle: MST da hemophilus Ducrey. Papula, ulcera dolente
Uretriti non gonococciche: MST da Chlamidia t, Trichomonas V, Micoplasmi)

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse
  - Sifilide
  - Gonorrea
  - Ulcera molle (ulcera venerea)
  - Uretriti non gonococciche
  - **Condilomi acuminati o Verruche genitali**
  - Herpes genitale
  - Varicella - Herpes Zoster
  - Mollusco contagioso
  - Piodermiti
  - Malattia di Verneuil
  - Tricomicosi
  - Eritrasma
  - Ulcere da batteri anaerobi
  - Gangrena di Fournier
  - Tinea cruris
  - Pediculosi
  - Scabbia
  - Puntura di zecca
  - Balanopostiti (traumatiche, irritative, allergiche da contatto, micotiche, batteriche)

Condilomi acuminati: infezione da HPV. Formazioni carnose peduncolate rosa o rosso vivo. Prepuzio frenulo solco b-p e meato ma anche asta ano e scroto

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse
  - Sifilide
  - Gonorrea
  - Ulcera molle
  - Uretriti non gonococciche
  - **Condilomi acuminati o Verruche genitali**

Condilomi acuminati: infezione da HPV. Formazioni carnose peduncolate rosa o rosso vivo. Prepuzio frenulo solco b-p e meato ma anche asta ano e scroto

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse
  - Sifilide
  - Gonorrea
  - Ulcera molle
  - Uretriti non gonococciche
  - Condilomi acuminati o Verruche genitali
  - **Herpes genitale**
  - Varicella - Herpes Zoster
  - Mollusco contagioso
  - Piodermiti
  - Malattia di Verneuil
  - Tricomicosi
  - Eritrasma
  - Ulcere da batteri anaerobi
  - Gangrena di Fournier
  - Tinea cruris
  - Pediculosi
  - Scabbia
  - Puntura di zecca
  - Balanopostiti (traumatiche, irritative, allergiche da contatto, micotiche, batteriche)

MST da HSV2 (HSV1): lesioni vescicolari-erosive. Iniziale lesione eritematoso vescicolare, erosione dolente e adenopatia (balanopostite herpetica). Malattia/fase latente/recidiva

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse
  - Sifilide
  - Gonorrea
  - Ulcera molle
  - Uretriti non gonococciche
  - Condilomi acuminati o Ver
  - **Herpes genitale**

MST da HSV2 (HSV1): lesioni vescicolari-erosive. Iniziale lesione eritematoso vescicolare, erosione dolente e adenopatia (balanopostite herpetica). Malattia/fase latente/recidiva

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse
  - Sifilide
  - Gonorrea
  - Ulcera molle
  - Uretriti non gonococciche
  - Condilomi acuminati o Verruche genitali
  - Herpes genitale
  - Varicella - Herpes Zoster
  - **Mollusco contagioso**
  - Piodermiti
  - Malattia di Verneuil
  - Tricomicosi
  - Eritrasma
  - Ulcere da batteri anaerobi
  - Gangrena di Fournier
  - Tinea cruris
  - Pediculosi
  - Scabbia
  - Puntura di zecca
  - Balanopostiti (traumatiche, ir
    allergiche da contatto, micotiche, batteriche)

MST da poxovirus. Papule emisferiche lucide e ombelicate

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse
  - Sifilide
  - Gonorrea
  - Ulcera molle
  - Uretriti non gonococciche
  - Condilomi acuminati o Verruche genitali
  - Herpes genitale
  - Varicella - Herpes Zoster
  - Mollusco contagioso
  - Piodermiti
  - Malattia di Verneuil
  - Tricomicosi
  - Eritrasma
  - Ulcere da batteri anaerobi
  - Gangrena di Fournier
  - Tinea cruris
  - Pediculosi
  - **Scabbia**
  - Puntura di zecca
  - Balanopostiti (traumatiche, irritative, allergiche da contatto, micotiche, batteriche)

Scabbia: ectoparassitosi da Sarcoptes Scabei. Da contatto o lenzuola e vestiti. Prurito, lesioni papulose o nodulari, cunicoli

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse
  - Sifilide
  - Gonorrea
  - Ulcera molle
  - Uretriti non gonococciche
  - Condilomi acuminati o Verruche genitali
  - Herpes genitale
  - Varicella - Herpes Zoster
  - Mollusco contagioso
  - Piodermiti
  - Malattia di Verneuil
  - Tricomicosi
  - Eritrasma
  - Ulcere da batteri anaerobi
  - Gangrena di Fournier
  - Tinea cruris
  - Pediculosi
  - Scabbia
  - Puntura di zecca
  - **Balanopostiti** (traumatiche, irritative, allergiche da contatto, micotiche, batteriche)

Infiammazione del glande e lamina interna del prepuzio.

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse

BP **traumatica** (rapporti ripetuti fimosi frenulo breve)

cocciche

ati o Verruche genitali

BP **irritativa**(scarsa igiene, detergenti inadatti, profilattico, spermicidi) o **allergica** da contatto (DD solo anamnestica)

Zoster

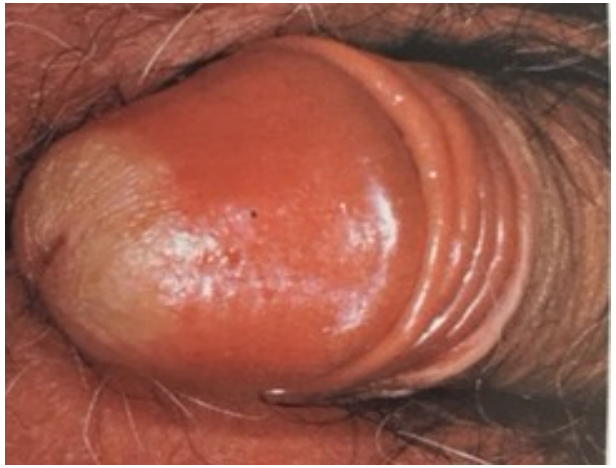
so

Piodermiti

Malattia di Verneuil

naerobi

ier



- **Balanopostiti**

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse

BP traumatica (da fimosi)

BP **traumatica** (rapporti ripetuti fimosi frenulo breve)

cocciche

ati o Verruche genitali

Zoster

so

Piodermiti

Malattia di Verneuil

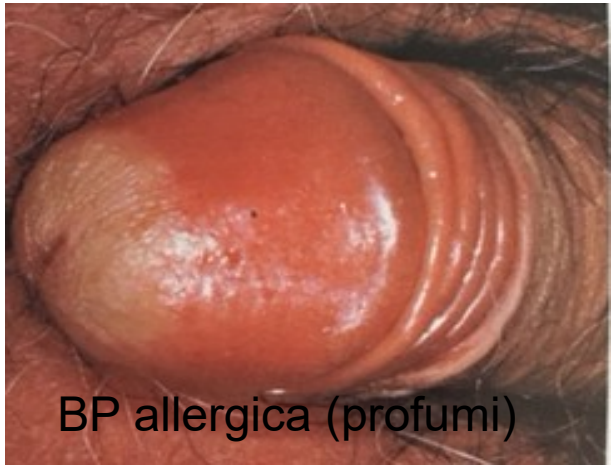
BP **irritativa**(scarsa igiene, detergenti inadatti, profilattico, spermicidi) o **allegica** da contatto (DD solo anamnestica)

BP irritativa(scarsa igiene)

BP irritativa (saponetta)

naerobi

ier


BP allergica (profumi)

- **Balanopostiti**

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse

occiche

atrò Verruche genitali

Zoster

so

Piodermiti

Malattia di Verneuil

naerobi

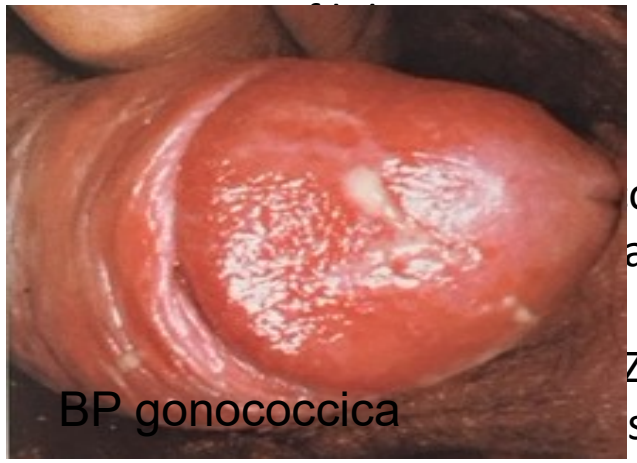
i

- **Balanopostiti**

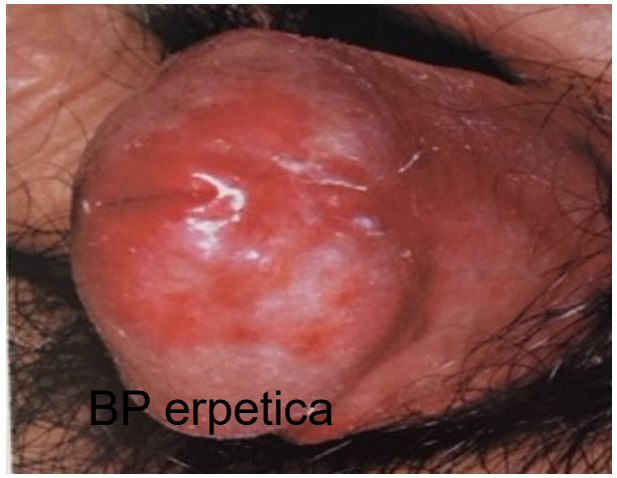
BP **infettive** da piogeni (lesioni eritemato-erosive, sierogementi) o da Candida (chiazze a limiti sfumati eritematoso e micropustolose, erosioni superficiali con orletto desquamativo)

Classificazione

- Patologie infettive e sessualmente trasmesse


BP gonococcica

BP **infettive** da piogeni (lesioni eritemato-erosive, sierogementi) o da Candida (chiazze a limiti sfumati eritematoso e micropustolose, erosioni superficiali con orletto desquamativo)


BP erpetica

occiche

atro Verruche genitali

Zoster

so

Piodermiti

Malattia di Verneuil

BP batterica

naerobi

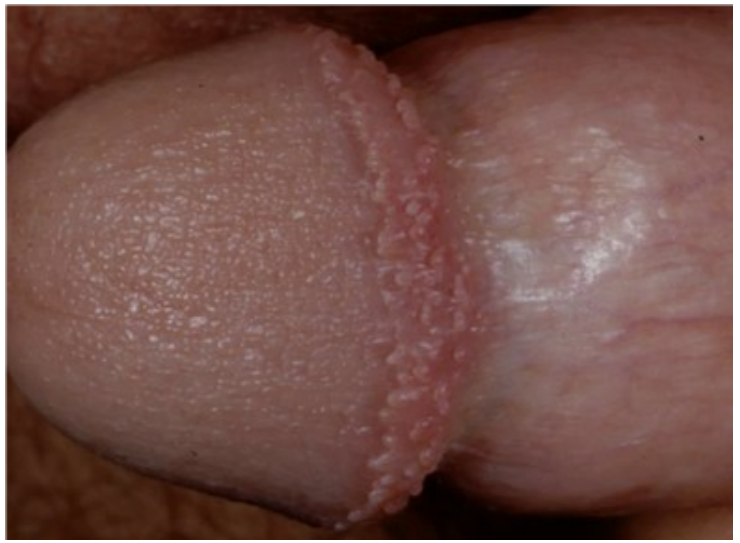
i

BP da candida

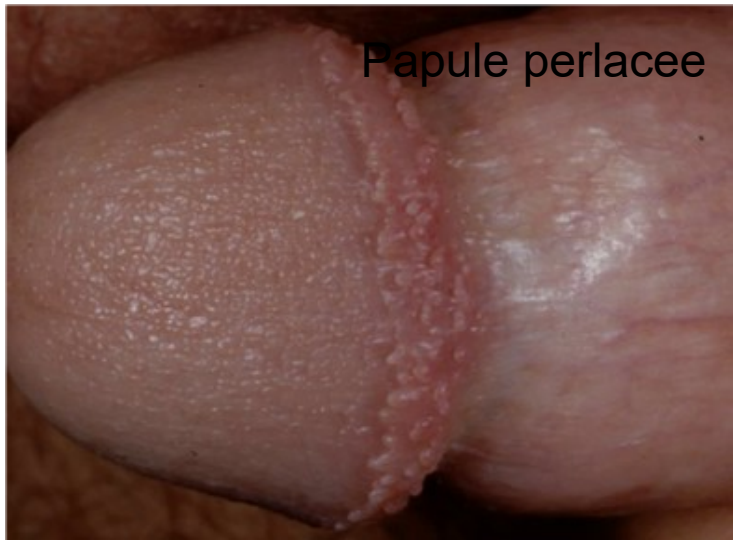
BP da candida

- **Balanopostiti**

Diagnosi differenziale



Diagnosi differenziale



Diagnosi differenziale

Diagnosi differenziale

Eritema fisso

Aftosi

Herpes genitalis

Malattie sessualmente trasmissibili

Indice

Malattie sessualmente trasmissibili (MST):

- **Batteriche**
  - (Introduzione)
  - Clamidia
  - Gonorrea
  - Sifilide
  - Tricomonas
- **Virali**
  - HIV
  - HPV
  - HSV
  - HBV e HCV

Infezioni batteriche

- Ogni giorno circa 1 milione di persone infettate
- Secondo dati della WHO nel 2012 ci sono stati circa 357 milioni di nuovi casi: 131 milioni di casi di clamidia, 78 milioni di casi di gonorrea, 6 milioni di casi di sifilide 143 milioni di casi di tricomoniasi
- COMPLICANZE:

-malattia infiammatoria pelvica

-gravidanza ectopica

-Infertilità

-dolore pelvico cronico

-artropatie sieronegative

-malattia neurologica e cardiovascolare

-aumentata suscettibilità di contrarre HIV

- COMPLICANZE SE CONTRATTE IN GRAVIDANZA:

-morte fetale o neonatale

Chlamydia trachomatis

- Infezione batterica più diffusa: nel 2012 la WHO ha segnalato 131 milioni di nuovi casi, più frequente nei giovani adulti eterosessuali. Prevalenza maggiore in paesi economicamente disagiati
- Asintomatica in oltre l'80% dei casi
- Diagnosi semplice ed economica (ricerca su urine – tampone uretrale)
- Non esiste consenso sui criteri per la diagnosi delle infezioni da Clamidia delle alte vie genitali, cosi come non ci sono test diagnostici non invasivi (immagini radiologiche o biomarkers).
- Management: anamnesi, esame obiettivo, trattamento, identificazione del/dei partner, follow-up, sorveglianza
- Screening per infezioni asintomatiche??
- Infezioni risolte spontaneamente senza essere trattate possono conferire immunità verso future infezioni, anche se la durata dell'immunizzazione non è chiara

STRATEGIE TERAPEUTICHE:

-screening delle infezioni asintomatiche

Neisseria Gonorrea

- Organismo diventato resistente a quasi tutti gli antibiotici.
- Non esistono vaccini
- Complicanze: infertilità, suscettibilità all'infezione da HIV

Terapia: (empirica 1° Linea)

1. Ceftaxime per os (400 mg/die) o ev (125-1000 mg) in monoterapia ---→ se fallisce si può incrementare la dose ev fino a 2 gr/die
2. Dupice terapia antibiotica: ceftriaxone (da 250 mg/die a 1 g/die) + azitromicina (da 1 g a 2 g/die)
3. Duplice terapia: cefixime (da 400 mg/die a 800 mg/die) + azitromicina (1 g/die)

La duplice terapia è basata su dati di sorveglianza e di predizione sulla resistenza antibiotica, non su trials clinici randomizzati

Mycoplasma genitalium

- Una delle principali cause di uretrite non gonococcica, ma non comune tra le malattie sessualmente trasmissibili nella popolazione generale.

- Uretrite non gonococcica: disuria, gocciolamento e/o irritazione uretrale + >= 5 leucociti polimorfonucleati x campo nel brush uretrale

- Microorganismo a lenta crescita, replicazione sia intra che extracellulare

- Periodo d'incubazione non noto, (dalle 4 settimane ai 60 giorni dall'inizio dei sintomi)

- La frequenza con la quale avviene la trasmissione in rapporti non protetti va dal 10% al 39.5%.

Horner PJ, 2017, J Infect Dis 216 (suppl2):S396-S405

Mycoplasma genitalium

·Spesso l'infezione nell'uomo è asintomatica si risolve spontaneamente, senza sviluppare segni clinici.

· Tutti i pazienti NAAT-positivi per M. genitalis dovrebbero essere ritestai dopo 3 settimane dall'inizio della terapia data l'ampia resistenza ai macrolidi.

·Molti soggetti presentano infezione persistente o ricorrente (15-20%)

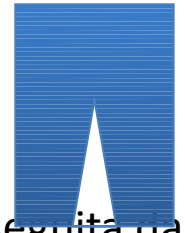
·Fattore di rischio per lo sviluppo di e per l'infezione da HIV, per la capacità del micoplasma di indurre una risposta proinfiammatoria

·Potrebbe essere associato a proctite, prostatite, epididimite oltre che ad artriti postinfettive

Horner PJ, 2017, J Infect Dis 216 (suppl2):S396-S405

Mycoplasma genitalium: terapia

- PRIMA LINEA: doxiciclina 100 mg 1 x 2/die per 7 giorni



seguita da azitromicina 500mg seguita da 250 mg per 4 giorni g/die

Azitromicina 1 g/die può essere un'alternativa anche sembrerebbe favorirebbe la comparsa di resistenze ai macrolidi

-**SECONDA LINEA:** In Europa concomitante somministrazione di metronidazolo

Non raccomandato lo screening per Micoplasma in uomini asintomatici

Horner PJ, 2017, J Infect Dis 216 (suppl2):S396-S405

Sifilide

- Agente patogeno: Treponema pallidum
- Trasmissione attraverso rapporti sessuali o verticale con il parto
- Nonostante sia una patologia facilmente diagnosticabile e vi sia una terapia efficace (singola dose di penicillina G 2.4x106 U im in singola somministrazione) è una patologia nuovamente emergente
- Incidenza 0.4 in Europa a 1.8% anno in Africa subsahariana
- Aumentata frequenza in particolare in Paesi sviluppati tra uomini che hanno rapporti con altri uomini (MSM)
- Particolarmente prevalente in maschi HIV +

Sifilide

- Il decorso della malattia segue generalmente 3 fasi:
- Primaria
- Secondaria
- Terziaria o latente

- Le spirochete hanno un tempo di replicazione (3-4 settimane) durante il quale il paziente è completamente asintomatico ma può trasmettere l'infezione

- Sifilide iniziale comprendente la primaria, la secondaria e la fase precoce della latente dura in genere 1-2 anni e rappresenta il periodo in cui l'infezione può essere trasmessa sessualmente

- La forma primaria si presenta dopo circa 3 settimane dall'infezione con lesione singola ulcerata asintomatica o multiple a livello delle parti del corpo coinvolte nel rapporto e linfoadenopatia locoregionale

- Tali lesioni si risolvono spontaneamente

Sifilide

DIAGNOSI

- Sierologia –> misurazione di IgM e IgG in dirette verso lipoproteine del batterio (i pù comuni sono TRUST e VDRL)

- Questi metodi non Treponema-specifici risultano positivi dopo almeno 15 giorni dalla comparsa delle lesione primaria

- I metodi indiretti possono avere inoltre problemi di cross-reattività → ridotta specificità

- I metodi sierologici treponema-specifici riconoscono anticorpi diretti verso specifici antigeni proteici del Treponema TPHA→ più specifici e danno risultati più precoci (positivi entro 10 giorni dalla comparsa della lesione)

- La ricerca diretta del microrganismo con anticorpi fluorescenti non viene più raccomandata (Wasserman)

Sifilide

TRATTAMENTO

Fase primaria:

- Penicillina G singola dose im

- In casi di allergia a penicillina:
  doxicilina 200 mg x 2 volte/die per 10-14 giorni
  o ceftriaxone 1 g/die per 10-14 giorni

Fase avanzata:

- Penicillina G im 1/settimana per 3 settimane

o

- Doxiciclina in singola somministrazione per 30 giorni

Peeling RW, Nat Rev Dis Primers. 2017;3:17073

HIV

- Retrovirus → due sottogruppi HIV-1 e HIV-2
- Il virus agisce distruggendo i linfociti CD4+
- HIV-1 responsabile di più del 90% dei casi di AIDS
- HIV-1 è diviso in 3 sottogruppi: M (più del 95% dei casi), N e O
- Tutti i soggetti sieropositivi se non trattati passano in AIDS entro 10 anni
- La terapia antiretrovirale è in grado di arrestare o ritardare la progressione della malattia

Deeks, BMJ, 2008:337-3172

HIV

- Dopo un contatto con fluidi infetti il rischio di contrarre la malattia è di 1/300
- Il sesso orale ha rischio inferiore rispetto a quello vaginale
- Il rischio medio per un rapporto sessuale per un maschio eterosessuale è 0.1%
- Il rischio sale al 10% in caso di rapporti ‘’mercenari’’
- Il preservativo riduce il rischio di trasmissione del 70%
- I livelli di HIV-RNA si associano al grado di riduzione dei linfociti CD4+
- Lo scopo della terapia è ridurre la replicazione virale
- Terapie di associazione sono più efficaci e riducono le varianti resistenti. Ogni cambiamento di terapia riduce le opzioni future
- L’infettività dei soggetti HIV+ rimane anche dopo negativizzazione del virus

Deeks, BMJ, 2008:337-3172

HPV

- Il papilloma virus umano (HPV) è l'infezione a trasmissione sessuale più comune nel mondo
- La prevalenza dell'infezione in maschi e femmine è del 40% circa
- Isolati più di 150 genotipi → la maggior parte raramente si associa a tumori
- 12 identificati come ad alto rischio perchè fortemente associate allo sviluppo di neoplasia (16-18-31-33-35-39-45-51-52-56-58-59)
- HPV è associato a cancro della cervice nella donna, a cancro del pene e dell'ano nell'uomo, a condilomi ano-genital ed a papillomatosi ricorrente delle vie respiratorie in entrambi i sessi
- Nel maschio HPV è stato riscontrato sia nelle cellule epiteliali sia negli spermatozoi, con una prevalenza di circa il 10%
- La presenza di HPV nello sperma potrebbe spiegare diversi casi di astenozoospermia ed infertilità inspiegati

HPV

- Il trattamento dell'HPV riguarda generalmente le lesioni macroscopiche e prevede terapie ablative volte a rimuovere il tessuto danneggiato DIAGNOSTICA?

- Molti pazienti sono tuttavia asintomatici e possono fungere da serbatoio per il propagarsi dell'infezione

- Diversi studi indicano che HPV agirebbe riducendo la motilità degli spermatozoi indipendentemente dal genotipo virale

- Problema particolarmente importante nelle coppie che intraprendono un percorso di PMA

- Il DNA di HPV si localizzerebbe a livello della membrana cellulare degli spermatozoi riducendo la capacità di penetrazione dello spermatozoo nell'oocita

- Proposte tecniche di lavaggio per eliminare il virus dalla superficie degli spermatozoi (swim up + eparinasi III sembrerebbe il metodo più efficace per la rimozione del virus)

Foresta C et al 2015 HPV-DNA sperm infection and infertility: from a systematic literature review to a possible clinical management proposal; Andrology

HPV

- Disponibile vaccino a scopo profilattico → contiene proteine del capside virale che stimolano la risposta immune verso il virus

- Previene l'infezione delle cellule basali dell'epitelio

- Esistono due tipi di vaccino contro HPV
- Bivalente → contro 16 e 18
- Quadrivalente → contro 16, 18, 6 e 11

- In particolare il quadrivalente offre anche una cross-protezione verso altri sierotipi non contenuti nel vaccino come il 31, 33, 45, 52 e 58

- Sebbene non rappresenti una cura per l'infezione, la vaccinazione con la formula quadrivalente sembrerebbe migliorare l'eliminazione del virus, la sua diffusione e successiva infezioni

Lenzi A et al 2013 Rome Consensus Conference- statement; human papilloma virus diseases in males; BMC Public Health

HSV

Due sierotipi principali
HSV-1 → causa principale di herpes oro-labiale; può causare anche ulcere genitali
HSV-2 → più tipicamente trasmesso sessualmente causa herpes genitale

Il picco di incidenza di sieropositività di HSV-2 si ha intorno alla fase adolescenziale (primi rapporti)

Si ha poi una fase di plateau intorno ai 30 con una sieroprevalenza intorno al 15%

La presenza di anticorpi anti-HSV-1 sviluppati in seguito ad infezione orale proteggono dallo sviluppo di forme genitali

Tali anticorpi tuttavia proteggono solo parzialmente dall'infezione da HSV-2

La riduzione della sieropositività per HSV-1 nei giovani adulti li espone ad aumentato rischio di herpes genitale HSV-1 durante i primi rapporti

Attualmente HSV-1 è la causa più frequente di herpes genitale nei giovani caucasici

HSV

Manifestazioni cliniche uguali per i due sierotipi

Incubazione 4-7 giorni dal rapporto

Esordio con vascicole e papule su fondo eritematoso che tendono ad ulcerarsi con formazione di croste

Risoluzione in 2-3 settimane

Sintomi: a volte asintomatico (in particolare in chi ha già anticorpi per l'altro sierotipo), dolore locale

Sintomi più importanti nei pazienti ''naive''

In circa 50% dei casi: cefalea, febbre, disuria, linfoadenomegalia loco-regionale

Riattivazioni del virus a livello genitale sono più frequenti per HSV-2 → più frequente negli immunodepressi

Le lesioni di HSV possono rappresentare importante porta d'accesso per altre infezioni virali (HIV, HBV, HCV)

HSV

Per la diagnosi a volte l'osservazione e la storia clinica sono sufficienti

- Raccomandata comunque la diagnosi laboratoristica, sia per chiarire casi meno classici sia per distinguere tra HSV-1 e HSV-2
- Necessari test sierologici tipo-specifici → ricerca IgG specifiche (compaiono in genere dopo 3 settimane dall'evento acuto)
- Pazienti con sierologia positiva devono essere informati del potenziale rischio di trasmissione
- Alternative diagnostiche altrettanto valide sono rappresentate da:
- Colture virali (tempi lunghi)
- Amplificazione DNA virale con PCR (costi maggiori)

Gnann JW, NEJM, 2016;375:666-74

HSV

TERAPIA IL PRIMO EPISODIO DI INFEZIONE GENITALE

Farmaco	Dose	Durata terapia
Aciclovir	400 mg x 3 volte/die O 200 mg x 5 volte/die	7-10 giorni
Valaciclovir	1 g x 2 volte al giorno	7-10 giorni
Famciclovir	250 mg x 3 volte al giorno	7-10 giorni

- La terapia antivirale è efficace, sicura e ben tollerata con rarissimi episodi di allergia o cross-reazione con altri farmaci
- Efficacia dei vari preparati simile
- Terapia topica meno efficace di quella sistemica e quindi non raccomandata in herpes genitale
- Aciclovir ev solo nei casi di infezione sistemica grave

Workowski KA; MMWR Recomm Re 2015; 64 (RR03):1-137

HSV

TERAPIA SOPPRESSIVA PER INFEZIONI GENITALI RECIDIVANTI

Terapia quotidiana giornaliera a lungo termine che può essere proposta a pazienti con frequenti recidive sintomatiche.
Tali schemi si sono dimostrati efficaci nel ridurre la la frequenza degli episodi e nel migliorare la qualità di vita

Farmaco	Dose	Durata terapia
Aciclovir	400 mg x 2 volte/die	mesi
Valaciclovir	500 mg/die o 1 g/die	mesi
Famciclovir	250 mg x 2 volte/die	8 mesi

Workowski KA; MMWR Recomm Re 2015; 64 (RR-03):1-137

HSV

TERAPIA PER RECIDIVA DI INFEZIONE GENITALE

Farmaco	Dose	Durata terapia
Aciclovir	400 mg x 3 volte/die o 800 mg x 2 volte/die o 800 mg x 3 volte/die	5 giorni 5 giorni 2 giorni
Valaciclovir	500 mg x 2 volte/die o 1 g/die	3 giorni 5 giorni
Famciclovir	125 mg x 2 volte/die o 1 g x 2 volte/die o 500 mg/die seguito da 250 mg x 2 volte/die	5 giorni 1 giorno 2 giorni

Workowski KA; MMWR Recomm Re 2015; 64 (RR-03):1-137

HBV

- Principale causa di epatiti acute e croniche, di cirrosi e di carcinoma epatocellulare
- Trasmissione parenterale e sessuale
- Il virus dell'HBV è 100 volte più infettivo dell'HIV e 8-10 volte più dell'HCV
- Dal I gennaio 1992 in Italia il vaccino è obbligatorio per tutti i neonati
- La progressione ad epatite cronica avviene nel 90% dei soggetti immunodepressi e solo nel 6% degli immunocompetenti

HCV

- Trasmissione prevalentemente per via parenterale, meno frequentemente per via sessule
- Responsabile dell'80% di tutte le epatiti post-trafusionali
- Circa il 50% dei pazienti con forma cronica non sa di essere infetti
- Non disponibile vaccino a causa della grande mutabilità del virus
- Diagnosi di infezione acuta va fatta attraverso ricerca RNA virale tramite trascrittasi inversa e PCR
- Trattamento anti-virale indicato in HIV+, cirrotici, aumento enzimi epatici, grave rischio di progressione
- Terapia efficace nel negativizzare la conta virale nei pazienti cronicizzati

Micosi

- Le infezioni micotiche possono essere divise in:
- Superficiali → trasmissione sessuale, per trauma o scarsa igiene
- Sistemiche → per disseminazione ematica in soggetti immunodepressi

- Per le forme superficiali Candida albicans è il patogeno più frequente

- Causa balaniti e balanopostiti

- Trasmissione sessuale e frequente causa di infezioni ‘’ping-pong’’

Dermatofitosi

- Micosi superficiale che colpisce la cute
- Solitamente coinvolge inguini, mani, tronco, piedi e capelli
- L’infezione inguinale (tinea cruris) può coinvolgere i genitali anche se non frequente
- Fattori favorenti: indumenti stretti e sintetici → ambiente umido e caldo

Dermatofitosi

- L’agente patogeno più frequente è Thricophyton rubrum
- Si presenta in genere come lesione cercinata a margini ben definiti, più arrosata all’esterno e con centro relativamente più chiaro
- Può essere pruriginosa
- Diagnosi clinica con conferma attraverso esame con idrossido di potassio su brush cutaneo
- Nei casi dubbi esame colturale su terreno specifico con cicloesimide
- Diagnosi differenziale: psoriasi peniena, candidiasi, eczema da contatto
- Terapia: topica con derivati azolici per 1-4 settimane
- Nel caso di forma più esteso è contemplata la terapia sistemica

Candidiasi

- Molto più frequenti delle infezioni da dermatophyte ed a trasmissione preferenzialmente sessuale

- Incidenza di balanopositi da Candida è in aumento

- Sebbene le infezioni del pene siano molto frequenti, le infezioni da Candida nella donna hanno un'incidenza 10 volte maggiore

- Studi di incidenza in maschi hanno mostrato la crescita di Candida da sampling da solco balano-prepuziale o dal meato uretrale in 15-20% dei casi (con maggior prevalenza nei maschi non circoncisi) → molti asintomatici

- La comparsa di sintomi nella donna po' avvenire 6-24h dopo il rapporto

- Le manifestazioni cliniche comprendono:
- Prurito
- Rossore del glande
- Balanite erosiva
- Lesioni papulari ed edema del prepuzio

Candidiasi: Diagnosi

- La diagnosi va effettuata con tampone uretrale e brush del solco balano-prepu
- E' possibile la diagnosi del preparato a fresco o esame colturale (più sensibile)
- La specie più frequentemente isolata è C. albicans (95% dei casi) seguita da C.
  (5% circa)

Terapia

- Detergere ed asciugare accuratamente le zone infette (garze asciutte e retrazi
  prepuzio)
- Nelle forme non estese è sufficiente un trattamento topico (crema, lozione o polvere)
  con derivato azolico per almeno una settimana
- Indagare e trattare la partner nei casi recidivanti
- Indagare la presenza di diabete nelle forme recidive

Altre micosi: Trichosporonosis

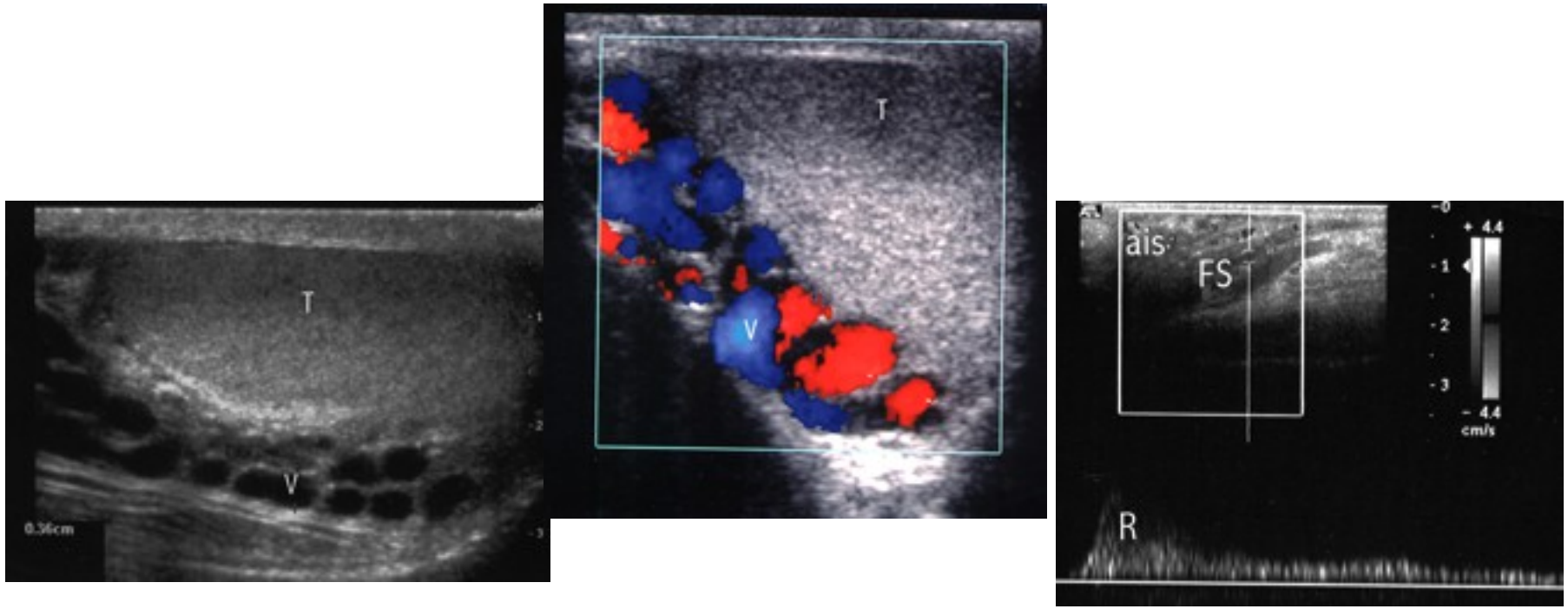
- Fa parte della normale flora della regione ano-genitale
- Causa nodulazioni brunastre, soffice e facilmente rimovibili nelle are pubica

Malassezia

- Malassezia furfur può causare pitiriasi versicolor a livello penieno (non frequente)
- Macule ben delimitate lievemente eritematose
- Le lesioni possono essere seguite da depigmentazione legata all'effetto tossico sui melanociti
- L'esame microscopico diretto mostra aspetto a ''spaghetti e polpette''

Patologie evidenziabili

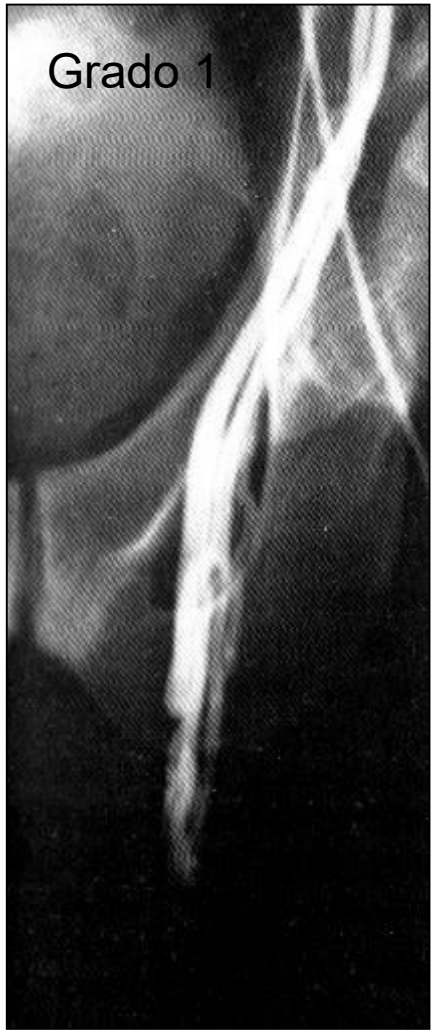
Varicocele

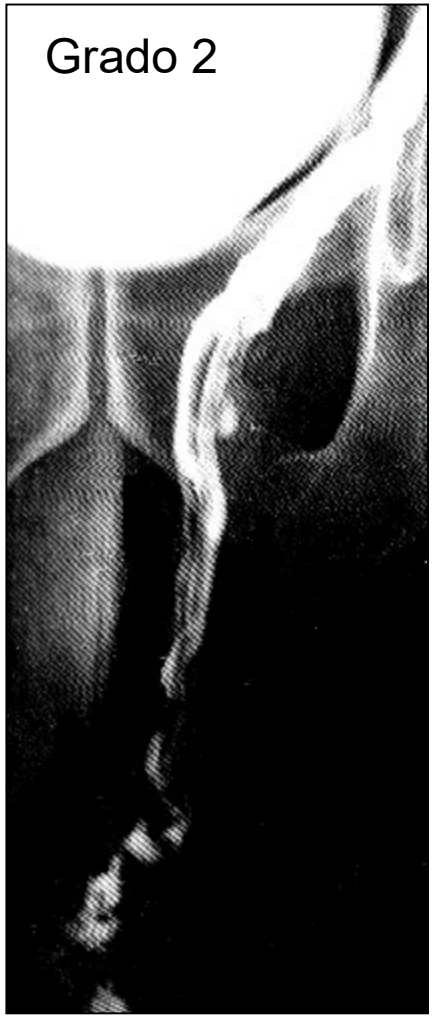


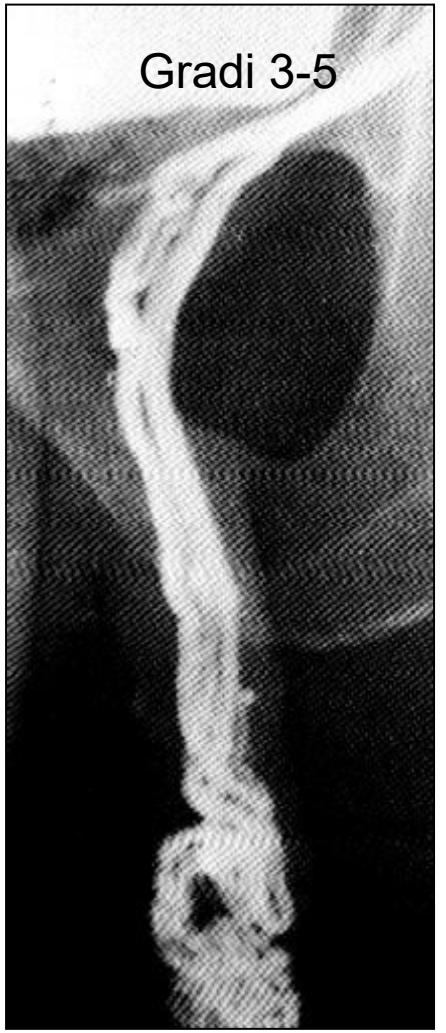
EcocolorDoppler scrotale

Diagnostica del Varicocele

Calssificazione





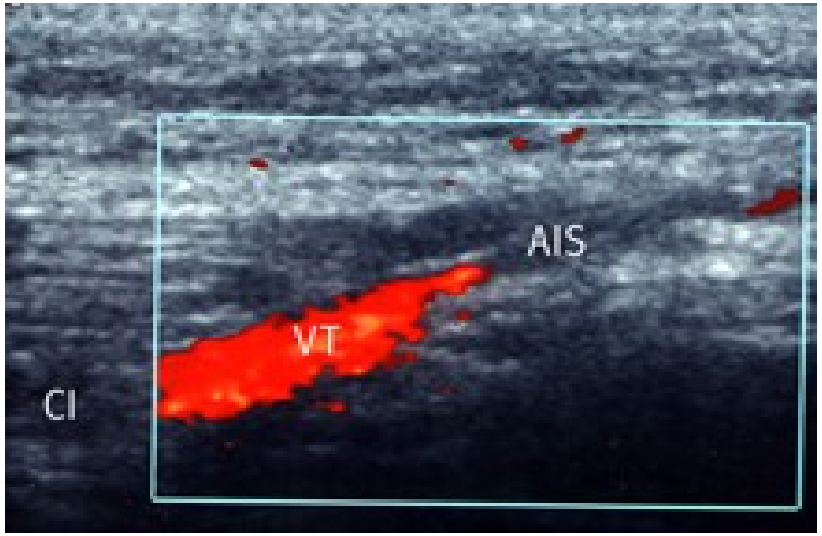


EcocolorDoppler scrotale

Diagnostica del Varicocele

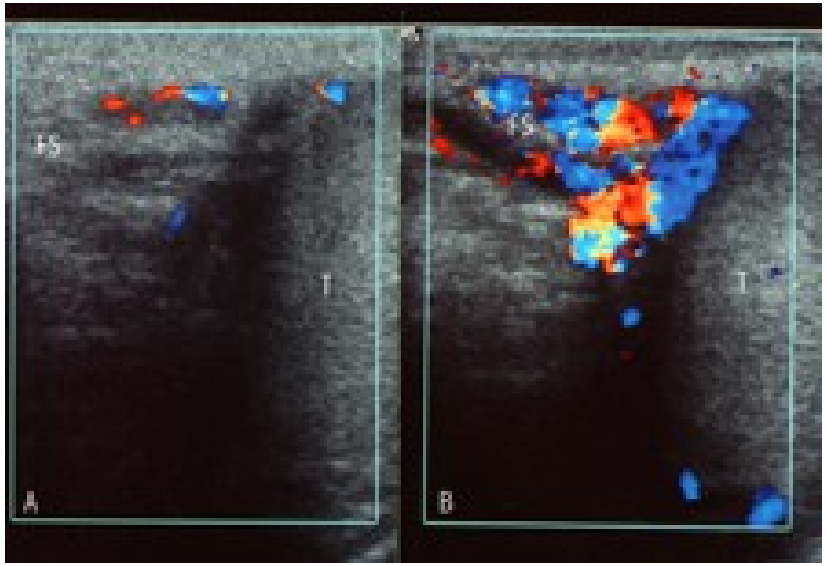
Varicocele di grado 1

Vasi venosi non dilatati. Reflusso evidenziabile solo con manovre di Valsalva e solo a livello dell'emergenza scrotale. CI: canale inguinale; VT: vena testicolare; AIS: anello inguinale superficiale.



Varicocele di grado 2

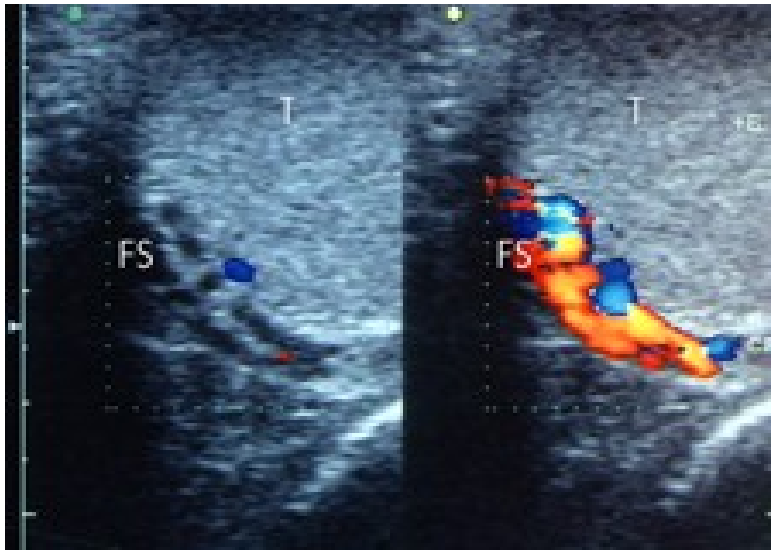
Assenza di reflusso spontaneo (A); reflusso in Valsalva (B), ma limitato alla porzione craniale della borsa scrotale (freccia), in corrispondenza del polo superiore del testicolo e della testa dell'epididimo



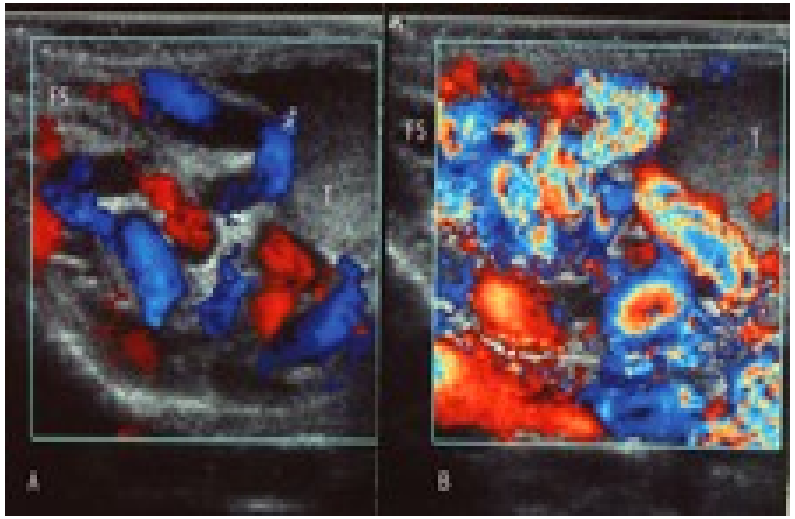
EcocolorDoppler scrotale

Diagnostica del Varicocele

Varicocele di grado 3
Assenza di reflusso venoso spontaneo (sx); reflusso in Valsalva esteso fino al fondo scrotale (dx).



Varicocele di grado 4
Presenza di lento reflusso venoso retrotesticolare spontaneo (A); netto incremento del reflusso con le manovre di Valsalva (B). Si noti la dilatazione del calibro venoso e il colore tendente al giallo e al celeste chiaro del color-Doppler (indice dell'incremento della velocità di flusso)

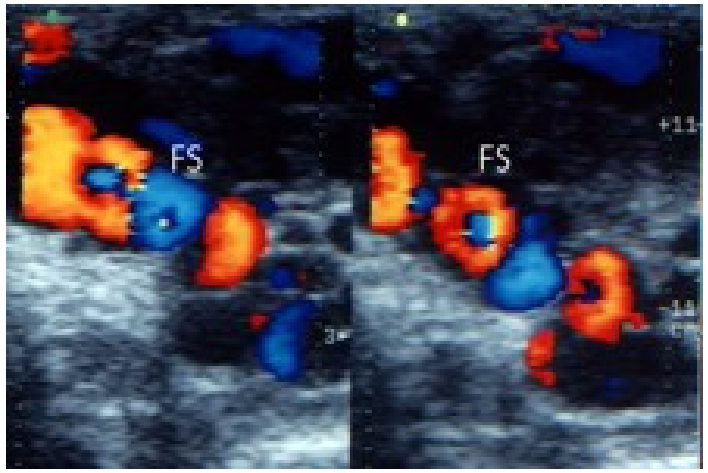


EcocolorDoppler scrotale

Diagnostica del Varicocele

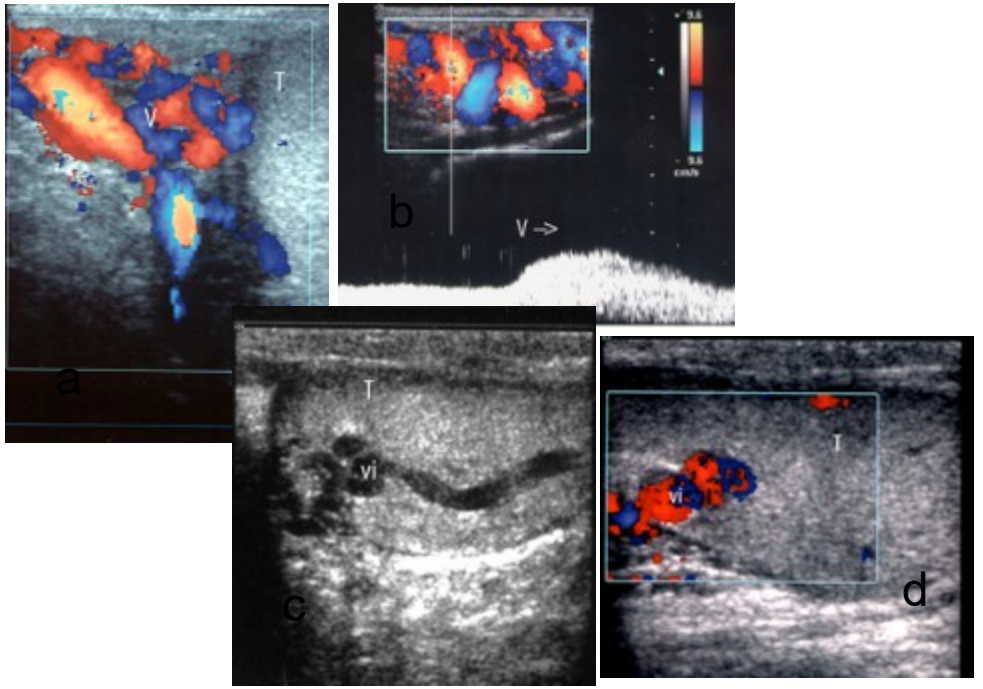
Varicocele di grado 5

Presenza di cospicuo reflusso venoso retrotesticolare spontaneo (sx); non si rileva incremento del calibrovenoso e del reflusso con le manovre di Valsalva (dx).

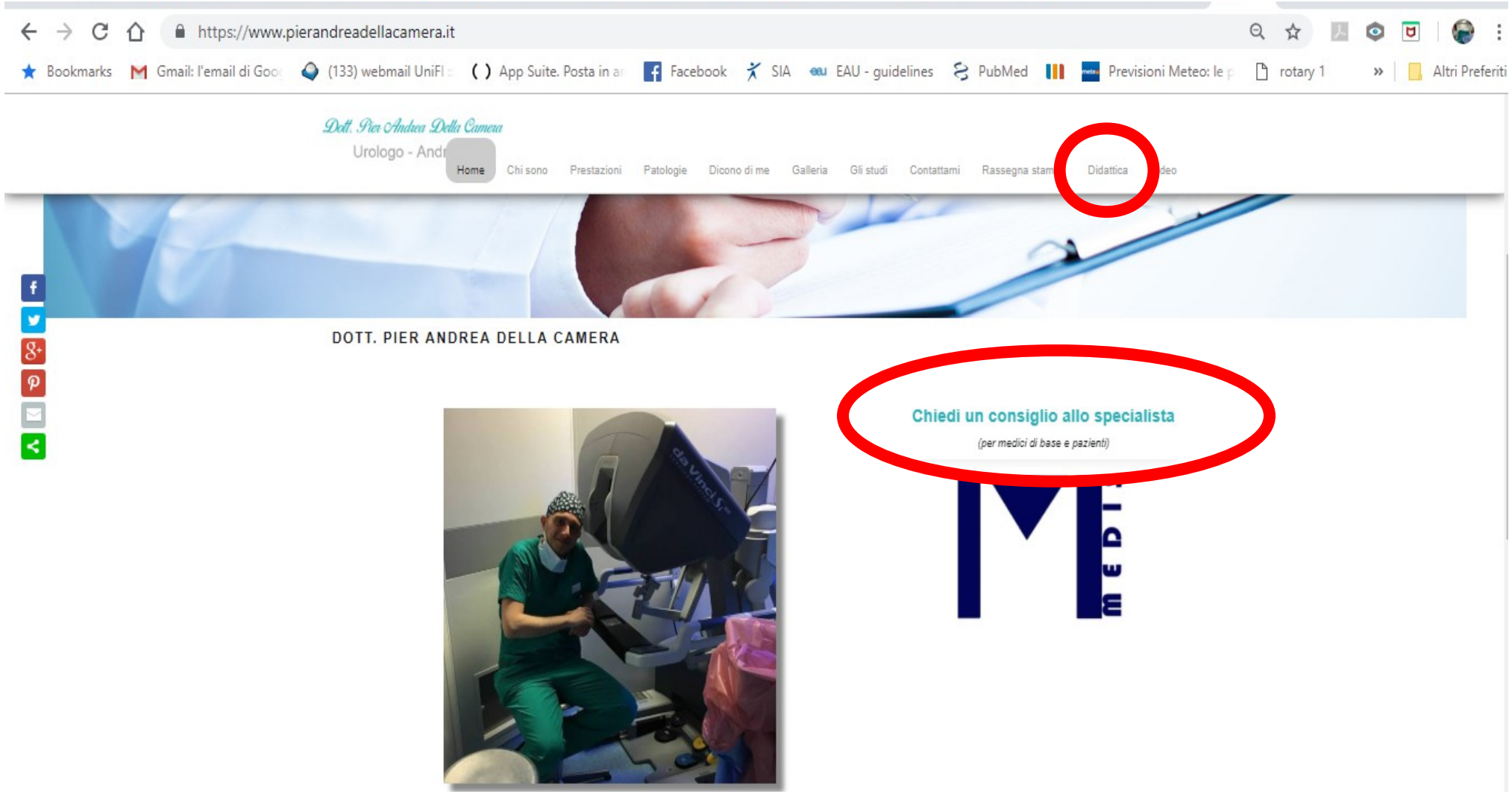


Varicosi intratesticolare:

a) vene dilatate , con notevole reflusso
b) reflusso basale poco incrementabile dalla manovra di Valsalva
c) dilatazione delle vene intratesticolari
d) Color-Doppler: con le manovre di Valsalva si nota il riempimento di segnale colore nelle varicosità.



Grazie per l ‘attenzione



www.pierandreadellacamera.it