

Herpes genitale

Dr. Gianluca Russo, Mingha Africa Onlus

Eziologia

L'agente eziologico è l'*herpes simplex*, virus a DNA caratterizzato dalla capacità di restare in uno stato di latenza all'interno dei gangli sensitivi dopo l'infezione primaria. L'etiologia degli episodi primari è per il 50% da *herpes simplex* di tipo 1 (HSV-1), mentre per le forme ricorrenti genitali dipendono quasi esclusivamente da *herpes simplex* di tipo 2 (HSV-2). Tale diversità dipende da un tropismo differente dei due virus per i gangli sensitivi di diversi distretti anatomici. HSV-2 predilige i gangli sensitivi lombosacrali, mentre HSV-1 predilige quelli cervicali; pertanto le riattivazioni erpetiche da HSV-1 riguardano il distretto cervicale, mentre quelle da HSV-2 il distretto genitale. Di conseguenza l'herpes genitale primario da HSV-1 dipende esclusivamente da trasmissione del virus attraverso un contatto diretto oro-genitale.

Epidemiologia

L'herpes genitale è attualmente la causa più frequente di ulcere genitali, caratterizzate da un quadro polimorfo e da una spiccata sintomatologia dolorosa. Negli ultimi anni la diffusione dell'herpes genitale è aumentata significativamente, soprattutto nei paesi industrializzati. Negli Stati Uniti almeno 50 milioni di persone sono affette da herpes genitale più o meno sintomatico. In Italia la sieroprevalenza nella popolazione sessualmente attiva varia dal 5 al 20%.

Patogenesi

Il contagio avviene per contatto diretto durante i rapporti sessuali non protetti. La riattivazione può manifestarsi con frequenza variabile da un individuo a un altro e può essere causata da differenti stimoli quali un trauma, le radiazioni ultraviolette, le temperature estreme, gli stress, gli stati di immunosoppressione congeniti o acquisiti, le fluttuazioni ormonali. Il rilascio del

virus a livello mucocutaneo (shedding virale) avviene non solo durante le manifestazioni cliniche (infezione acuta e riattivazioni), ma anche nella fase di latenza asintomatica, facilitando così la diffusione del virus.

Aspetti clinici e prognostici

La sintomatologia può essere molto aspecifica. In alcuni casi, specie nelle donne, i sintomi possono essere rappresentati solo dal dolore locale. Dopo il contagio ed un periodo di incubazione variabile da pochi giorni a 2 settimane, l'infezione primaria può decorrere in forma completamente asintomatica, oppure presentarsi con una sintomatologia locale particolarmente dolorosa ed essere accompagnata da febbre, linfadenopatia inguinale e malessere generalizzato. In alcuni casi (circa il 25% delle forme primarie sintomatiche), soprattutto nelle donne, può essere presente una meningite asettica. Le lesioni tipiche sono caratterizzate da *cluster* di piccole vescicole genitali con base eritematosa che tendono a divenire ulcerazioni crostose. Le lesioni causano di solito dolore urente. Le sedi colpite più frequentemente sono nell'uomo il pene, l'ano e il perineo, nella donna la cervice uterina e i genitali esterni. Le riattivazioni si manifestano generalmente con una sintomatologia meno acuta e spesso sono precedute da una fase prodromica locale caratterizzata da dolore, bruciore e parestesie. Molti soggetti possono presentare saltuari shedding virali anche in assenza di riattivazioni sintomatiche.

Una situazione a parte è rappresentata dall'herpes genitale in gravidanza. Il virus raramente viene eliminato, rimanendo in fase di latenza per tutta la vita. La prognosi è peggiore nei soggetti immunodepressi e nei neonati in cui le riattivazioni sono più frequenti e le complicanze (encefalite, forma disseminata, meningite) possono essere a prognosi *quoad vitam* sfavorevole.

Diagnosi

La diagnosi si basa su metodi virologici (isolamento culturale e PCR) e test sierologici. Questi ultimi sono dotati di una più elevata sensibilità, anche se non permettono di distinguere tra la

fase di latenza e la malattia in atto. Recentemente sono stati messi a punto test che distinguono tra infezione da HSV-1 e 2 permettendo l'identificazione delle infezioni genitali asintomatiche. Infatti, mentre il 70% della popolazione adulta è positiva per anticorpi anti-HSV-1, solo i pazienti che hanno contratto l'infezione genitale sono positivi per anticorpi specifici anti-HSV-2. Il test permette di effettuare uno screening in particolari popolazioni, come i trapiantati e le donne in gravidanza, per individuare i soggetti a rischio di riattivazione virale ed è inoltre utile per trattare i partners eventualmente infetti. I test virologici rimangono comunque il *gold standard* per la diagnosi, soprattutto se eseguiti su materiale prelevato dalla lesione vescicolare nelle prime 48 ore dall'insorgenza della manifestazione clinica.

Terapia

La terapia dell'herpes genitale si basa sui due farmaci antierpetici più utilizzati che sono l'acyclovir e il valacyclovir. La terapia topica non è raccomandata. La terapia non eradica mai l'infezione, ma riduce l'intensità e la durata dei sintomi, inibendo inoltre lo shedding virale e la trasmissione sessuale del virus. Al fine di aumentare l'efficacia terapeutica è importante una sua assunzione precoce, anche nella fase prodromica. In caso di primo episodio di herpes genitale è consigliabile l'assunzione di acyclovir (400-800 mg x 3/die) o valacyclovir (1 g x 2/die o 1 g x 3/die) per os per 7-10 giorni. Nelle recidive la durata della terapia può essere ridotta a 5 giorni. Nei casi in cui le recidive siano molto frequenti (oltre 6 episodi per anno) può essere indicata l'assunzione di una terapia soppressiva cronica con somministrazione quotidiana di acyclovir o valacyclovir, la cui durata non è definita, ma deve comunque protrarsi per almeno nove mesi. Nelle donne in gravidanza che si presentano al parto con lesioni erpetiche genitali è consigliabile la somministrazione di terapia antivirale e vi è indicazione alla realizzazione del parto cesareo elettivo.