

## **La nuova epidemiologia delle Malattie a Trasmissione Sessuale (MTS).**

Oggi le Malattie a Trasmissione Sessuale (MTS) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuse e le cui cure assorbono ingenti risorse finanziarie. In Europa le MTS sono la manifestazione delle infezioni più diffuse dopo quelle respiratorie; negli Stati Uniti cinque tra le prime dieci infezioni per numero di casi causano delle MTS.

Oggi si conoscono circa trenta MTS diverse, provocate da oltre venti diversi microrganismi tra batteri, virus, protozoi e parassiti (Tabella 1). Il controllo e la prevenzione delle MTS rappresentano oggi obiettivi di salute pubblica prioritari, viste anche le numerose complicazioni che queste infezioni possono provocare all'apparato riproduttivo maschile e femminile (Tab. 2). Alcune malattie a trasmissione sessuale impiegano tempi lunghi di comparsa dopo il contagio, come l'infezione da HPV o quella da HIV. Altre invece hanno tempi di incubazione brevi, come la gonorrea o la sifilide ed è facile, se vengono riconosciute, curarle tempestivamente. La cura tempestiva è molto importante, perché riduce l'infettività del paziente e limita i contagi. Purtroppo molte di queste infezioni tendono a ricomparire nello stesso soggetto (recidive) oppure, specialmente quelle asintomatiche o che si manifestano con sintomi non ben definiti, tendono frequentemente a non essere diagnosticate o ad essere scambiate per altre malattie. Sono queste le ragioni che rendono molto facile la loro diffusione, l'istaurarsi delle complicazioni e a condizionare ampiamente la loro prevenzione.

Un'altra caratteristica di queste infezioni è quella di mostrare una maggiore diffusione in gruppi di popolazione con una maggiore frequenza di comportamenti sessuali. Gli adolescenti, i giovani adulti, i maschi omosessuali e chi ha rapporti sessuali in cambio di denaro, rappresentano alcune delle popolazioni con un rischio più elevato di contrarre una MTS. Queste infezioni, inoltre, colpiscono di più alcuni individui che mostrano una maggiore suscettibilità biologica ad esse. In altre parole tendono a colpire di più soggetti che hanno un apparato genitale più complesso ed esteso, come le donne, e dove i patogeni hanno una probabilità maggiore di stabilirsi. Oppure soggetti con dei tessuti genitali ancora immaturi e più recettivi come gli adolescenti, o gli individui portatori di stati di grave deficienza immunitaria, come i pazienti con infezione da HIV.

### **Il panorama epidemiologico**

Nei paesi occidentali, dalla fine degli anni settanta alla fine del secolo, si è assistito, da un lato, ad un progressivo aumento dell'incidenza delle MTS provocate da virus, come le patologie da Virus del Papilloma Umano (HPV), l'herpes genitale da Virus dell'Herpes Simplex di tipo 1 o di tipo 2 (HSV1e2) o quella da Virus dell'Immunodeficienza Umana (HIV) e, dall'altro, ad una sostanziale diminuzione dell'incidenza delle MTS classiche a prevalente causa batterica (sifilide, gonorrea, linfogranuloma venereo, ulcera molle e granuloma inguinale). Tra le MTS virali, i condilomi

acuminati, dovuti alle infezioni da HPV, rappresentano la prima MTS per numero di visite e diagnosi in tutti i paesi occidentali. Si stima che circa 20 milioni di statunitensi abbiano già contratto l'infezione e che ogni anno circa 5 milioni e mezzo siano i nuovi infetti. Anche in Europa i condilomi acuminati sono oggi la diagnosi di MTS più frequente e rappresentano una diagnosi su tre di MTS. L'attuale disponibilità di un vaccino contro 4 principali sottotipi di HPV, due dei quali responsabili del 70% dei casi di carcinoma della cervice dell'utero e gli altri due responsabili dei condilomi acuminati, dovrebbe poter modificare anche la dimensione di tale fenomeno, la cui conferma di un cambiamento in termini di prevenzione, però, si potrà avere solo tra diversi anni. Diversamente, malattie come la sifilide e la gonorrea, a partire dagli anni settanta e fino al 2000, hanno mostrato una tale diminuzione dei casi, da essere sul punto di scomparire sia negli Stati Uniti che in Europa Occidentale. Purtroppo questo panorama si è bruscamente modificato subito dopo il 2000, quando, insieme al persistente aumento della diffusione delle MTS virali, si è verificato anche un drammatico aumento della circolazione delle MTS batteriche. Attualmente, malattie come la sifilide, la gonorrea e il linfogranuloma venereo, mostrano in Europa e in parte anche in Italia, un aumento improvviso della loro incidenza, soprattutto nelle grandi città metropolitane e a carico di popolazioni con un rischio di infezioni trasmesse sessualmente più elevato (omosessuali, minoranze etniche, migranti).

Queste attuali ri-emergenze sono state attribuite a repentini cambiamenti di comportamenti sessuali nelle popolazioni suscettibili, come un sempre maggior ricorso a pratiche sessuali a rischio ed un sempre minor uso del preservativo, anche tra gli individui con infezione da HIV nota. Diversi studi hanno già mostrato come questo aumento della diffusione delle MTS si associ ad una maggiore circolazione dell'infezione da HIV.

### **La diffusione delle MTS in Italia**

In Italia la diffusione delle MTS è valutata da un Sistema di Sorveglianza, attivo presso l'Istituto Superiore di Sanità, sulla base delle diagnosi effettuate da una Rete di Centri specialistici pubblici.

Dai dati sugli oltre 95.000 nuovi casi di MTS raccolti fino al 31 Dicembre 2004, emerge che oltre il 90% dei pazienti è eterosessuale, che oltre il 40% dei pazienti sono donne, che circa il 15% dei pazienti non è italiano e che un paziente su cinque (21,4%) ha già avuto almeno una MTS nel passato. Gli andamenti delle singole malattie mostrano una generale stabilità del numero dei casi nel tempo, fatta eccezione per la sifilide infettiva e in misura minore per la gonorrea, che dal 2000 al 2004 mostrano un aumento del numero di malati. L'aumento della sifilide in Italia è visibile anche dai dati delle notifiche di malattia infettiva, riportate dal 1999 al 2004 al Ministero della Salute, secondo il D.M. 15/12/90 e trasmesse all'ISTAT, che ne ha raffigurato graficamente l'andamento (Figura 1). Nel grafico si evidenzia come tale l'aumento, mai rilevato in Italia dalla

fine degli anni settanta, si sia registrato soprattutto nelle Regioni ad elevata densità urbana come la Lombardia, il Lazio, il Piemonte e l'Emilia Romagna. Questo aumento è stato segnalato anche in due articoli scientifici, che hanno descritto due focolai separati della malattia; uno registrato a Milano alla fine del 2002, l'altro a Roma nell'anno successivo. Un altro dato allarmante, proveniente dal Sistema di Sorveglianza MTS italiano, è quello di un costante aumento dell'infezione da HIV tra i pazienti che contraggono un'altra MTS. Dal 1993 in poi la proporzione annua di pazienti con una MTS e contemporanea infezione da HIV è aumentata progressivamente in entrambi i sessi, ma particolarmente nelle donne e tra i maschi omosessuali. Recentemente, questo dato è stato confermato da uno studio, condotto a Roma su una popolazione di omosessuali maschi, seguiti per oltre vent'anni in un programma di screening HIV.

### **La prevenzione**

Questo panorama globalizzato dell'epidemiologia delle MTS impone, oggi più di ieri, di disporre di strumenti di prevenzione e controllo basati soprattutto su interventi a diversi livelli.

L'efficacia degli interventi, infatti, deve essere assicurata da una attenzione preventiva costante e continuativa, condotta almeno su tre livelli, tra loro funzionalmente sovrapponibili; il livello di popolazione, il livello di gruppo e il livello individuale. A livello di popolazione l'intervento ha come obiettivo l'aumento della conoscenza delle MTS e dei rischi infettivi del comportamento sessuale, e utilizza i mass media per garantire una disseminazione dell'informazione su larga scala. Strategie di intervento su gruppi, invece, aggiungono al miglioramento dei livelli di conoscenza sulle infezioni, il trasferimento agli individui di specifiche, corrette attitudini comportamentali per la prevenzione dell'esposizione. Infine, l'intervento preventivo rivolto al singolo individuo coincide prevalentemente con l'insieme delle attività di informazione, educazione e controllo terapeutico che vengono messe in atto durante le visite specialistiche, rivolte sia alla persona a rischio sia a chi ha già una diagnosi di MTS, e che sono mirate al miglioramento dei livelli di consapevolezza del rischio e dell'aderenza alle terapie, oltre che a consentire una terapia efficace dei partner e a evitare, nei pazienti, il rischio di reinfezioni. Riguardano la prevenzione delle MTS, inoltre, la promozione di condotte assistenziali basate su evidenze scientifiche e sull'uso di Linee Guida, l'aggiornamento continuo dei medici e degli altri operatori sanitari e il miglioramento dell'accessibilità ai servizi specialistici, soprattutto per le fasce di popolazione a rischio più elevato.

*Massimo Giuliani e Barbara Suligoj*

*Reparto di Epidemiologia*

*Dipartimento Malattie Infettive Parassitarie e Immunomediate. Istituto Superiore di Sanità*

**Tabella 1 Principali infezioni sessualmente trasmesse e loro agenti causali.**

<b>MALATTIA</b>	<b>QUADRO CLINICO</b>	<b>AGENTE ETIOLOGICO</b>
AIDS	Immunodeficienza severa	HIV
Condilomi acuminati	Proliferazioni genitali cutaneo-mucose	HPV
Epatite virale	Epatite acuta e cronica	HBV, HDV, HCV, HAV
Gonorrea	Uretrite, faringite, cervicite e anorettite	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Granuloma Inguinale	Lesioni ulcerative e linfadenopatia	<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>
Herpes genitale	Lesioni vescicolo-ulcerative	HSV1 e HSV2
Infez. da <i>Chlamydia trachomatis</i>	Uretrite, faringite, cervicite e anorettite	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Infez. non gonococciche non clamidiali	Uretrite e vaginite	Micoplasmi, <i>Streptococco B</i> , anaerobi.
Infez. da <i>Trichomonas vaginalis</i>	Vaginite, uretrite	<i>Trichomonas vaginalis</i>
Sarcoma di Kaposi	Lesioni cutaneo mucose e d'organo	HHV-8
Linfogranuloma venereo	Lesioni ulcerative e linfadenopatia	<i>Chlamydia trachomatis</i> (sierotipi L1-L3)
Mollusco contagioso	Lesioni esofitiche ombelicale	Pox Virus
Pediculosi del pube	Infestazione zone pilifere genitali	<i>Phthirus pubis</i>
Sifilide primaria secmd e terziaria	Lesioni ulcerative, esantema pat.d'organo	<i>Treponema pallidum</i>
Ulcera venerea	Lesioni ulcerative e linfadenopatia	<i>Haemophilus ducreyi</i>

**Tabella 2 Principali sequele e complicanze delle infezioni sessualmente trasmesse**

- Malattia Infiammatoria Pelvica
- Sterilità tubarica
- Ipofertilità
- Gravidanza ectopica
- Endometrite post-partum
- Parto pretermine
- Stenosi uretrali
- Aborto e morte pre e perinatale
- Oftalmia neonatorum
- Sifilide congenita

Figura 1. Andamento notifiche di sifilide in Italia dal 1999 al 2004. Dati ISTAT

