

## **DERMATITI ALLERGICHE DELLA REGIONE VULVARE**

*Annarosa Virgili, Maria Rosaria Zampino, Monica Corazza*

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale - Sezione Dermatologia, Università degli Studi di Ferrara

La fisiologica occlusione dovuta alla complessità anatomica della regione vulvare, l'umidità e l'elevata temperatura locale, la simultanea presenza di dermatosi, costituiscono fattori in grado di incrementare l'assorbimento di sostanze chimiche a capacità allergica in questa area anatomica.

La frequenza della DAC vulvare è poco nota e verosimilmente sottostimata; dalla letteratura risulta in aumento il numero di segnalazioni riguardanti lo sviluppo di dermatite allergica da contatto (DAC) in donne affette da dermatosi della regione ano-genitale, con percentuali di sensibilizzazione del 19-78%. L'ampia variabilità di questi dati dipende verosimilmente dall'uso di diverse batterie di allergeni utilizzati per i patch test e dai criteri di selezione delle pazienti. I patch test effettuati in pazienti affette da patologia vulvare rivelano frequenti positività al nichel solfato, la cui rilevanza appare dubbia; questo dato probabilmente riflette l'alta prevalenza di sensibilizzazione al metallo nella popolazione generale femminile. Gli allergeni più frequentemente responsabili di DAC vulvare sono rappresentati da profumi e principi attivi farmaceutici. I profumi sono ampiamente presenti nei prodotti per l'igiene intima, spiegando così l'alta frequenza di allergizzazione. La sensibilizzazione ai profumi viene confermata attraverso patch test positivi a balsamo del Perù, profumi mix o singole essenze aromatiche (aldeide ed alcol cinnamico, isoeugenolo, geraniolo).

I farmaci topici utilizzati in patologia vulvare includono pressoché tutte le classi usate in terapia dermatologica: corticosteroidi, antimicotici, antibatterici, antivirali, ormoni, anestetici locali. La sensibilizzazione a medicamenti topici può esser indotta sia dai principi attivi (antimicotici, antibiotici e perfino corticosteroidi) che dagli eccipienti (emulsionanti, antimicrobici).

Tra gli antibiotici, gli aminoglicosidi (es. neomicina e gentamicina) e le chinoline sono provvisti di discreta capacità allergizzante. Gli anestetici topici, raramente applicati sulla vulva, possono essere usati nel trattamento della vulvodinia e della dispareunia o come anestesia preparatoria all'utilizzo di sostanze caustiche (es. acido tricloroacetico) per il trattamento di condilomi genitali o a pratiche di tipo chirurgico (DTG - manovre urologiche). Talora possono raggiungere la vulva per contiguità dalla zona anale, dove vengono impiegati per la patologia emorroidaria. I cortisonici sono tra i farmaci più largamente utilizzati in patologia vulvare. Nonostante il potenziale antiflogistico, non sono esenti dal rischio di sensibilizzazione, che va sospettata quando una dermatosi vulvare, teoricamente cortisono-sensibile, non risponde entro un ragionevole lasso di tempo alla terapia steroidea locale o addirittura tende al peggioramento. Gli imidazolici sono gli antimicotici topici più prescritti in assoluto per la patologia del distretto vulvovaginale; sono, tuttavia, deboli sensibilizzanti e inducono sensibilizzazione raramente.

Tra gli eccipienti, i conservanti (parabeni, alcol benzilico, clorocresolo, acido sorbico), emulsionanti (alcoli della lanolina, glicole propilenico) ed antiossidanti, possono causare DAC vulvare. La DAC vulvare può essere causata da allergeni che provengono da aree lontane, non specificamente applicati sull'area genitale. Ne sono esempio, la DAC da resine formaldeidiche, presenti in vernici per unghie, e la "connubial dermatitis", prodotta dal contatto con un allergene utilizzato dal partner e veicolato attraverso il rapporto sessuale.

Fra gli agenti responsabili di DAC vulvare sono inclusi gli additivi delle gomme presenti in condom (tiurami, carbamati) e i coloranti tessili presenti negli indumenti intimi (azocoloranti).

La diagnosi di DAC viene posta attraverso l'esecuzione di patch test con allergeni standardizzati (serie SIDAPA, serie Standard Europea) e spesso con l'integrazione di serie addizionali preparate appositamente per la dermatosi in studio (ad esempio serie medicamenti, serie profumi, conservanti..). Può essere utile testare anche i prodotti comunemente impiegati in precedenza dalla paziente e sospettati di aver assunto un ruolo causale.

## Bibliografia

1. Virgili A., Corazza M., Bianchi A., Mollica G., Califano A. Open study of topical 0,025% tretinoin in the treatment of vulvar lichen sclerosus. One year of therapy. *J Reprod Med* 1995;140: 614-618.
2. Brenan JA, Dennerstein GJ, Sfameni SF, Drinkwater P, Marin G, Scurry JP. Evaluation of patch testing in patients with chronic vulvar symptoms. *Austral J Dermatol* 1996;37:40-43.
3. Sobel JD. Treatment of vaginal Candida infections. *Expert Opin Pharmacother*. 2002 3(8):1059-65.
4. Vena GA, Giglio G, Angelini G. Allergia da contatto in sede ano-perineale e genitale. *Bollettino Dermatologia Allergologica Professionale* 1998;3:55-62.
5. Doherty VR, Forsyth A, MacKie RM. Pruritus vulvae: a manifestation of contact hypersensitivity? *Br J Dermatol* 1990;123 suppl 37:26-27.
6. Marren P, Wojnarowska F, Powell S. Allergic contact dermatitis and vulvar dermatoses. *Br J Dermatol* 1992;126:52-56.
7. Lewis FM, Harrington CI, Gawkrödger DJ. Contact sensitivity in pruritus vulvae: a common and manageable problem. *Contact Dermatitis* 1994;31:264-265.
8. Goldsmith PC, Rycroft RJG, White IR, Ridley CM, Neill SM, Mc Fadden JP. Contact sensitivity in women with anogenital dermatoses. *Contact Dermatitis* 1997;36:174-175.
9. Crone AM, Stewart EJC, Wojnarowska F, Powell SM. Aetiological factors in vulvar dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14:181-186.