

**ΚΟΛΠΙΤΙΔΕΣ – ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΕΣ –
ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ
ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΚΟΛΠΟΥ (VaIN)
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΟΛΠΟΥ**

Γεώργιος ΜΙΧΑΗΛ, MD, PhD
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘ. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ & ΚΟΛΠΙΚΟ ΟΙΚΟΣΥΣΤΗΜΑ 1

- Τα οιστρογόνα διαδραματίζουν κομβικό ρόλο στον καθορισμό της φυσιολογικής κατάστασης του κόλπου. Στα αναπαραγωγικά έτη, η παρουσία τους αυξάνει το περιεχόμενο γλυκογόνου στα κολπικά επιθηλιακά κύτταρα, το οποίο με την σειρά του προάγει την επικράτηση των γαλακτοβακίλλων (*Lactobacilli*). Ο αποικισμός οδηγεί σε παραγωγή γαλακτικού οξέος και συνακόλουθη μείωση του κολπικού pH <4.5
- Το όξινο αυτό περιβάλλον προστατεύει έναντι της ανάπτυξης των παθογόνων και αποτελεί το κλειδί της διατήρησης υγιούς κολπικού οικοσυστήματος που είναι ετερογενές (ανευρίσκονται συχνά *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, group B streptococci, genital *Mycoplasma species*, & *Candida albicans*)

ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ & ΚΟΛΠΙΚΟ ΟΙΚΟΣΥΣΤΗΜΑ 2

- Στα προεφηβικά κορίτσια και τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες η έλλειψη οιστρογόνων αναστέλλει την φυσιολογική ανάπτυξη του κολπικού οικοσυστήματος και η μικροσκόπηση αναδεικνύει έλλειψη των επιθηλιακών κυττάρων και των βακτηρίων του υποστρώματος Επιπρόσθετα το κολπικό επιθήλιο λεπταίνει και το κολπικό pH αυξάνεται (άνω του 4.5) λόγω έλλειψης γαλακτοβακίλλων
- Η ανάπτυξη βακτηρίων σχετιζόμενων με *bacterial vaginosis* και μυκήτων είναι σπάνια σε οιστρογονοπενικό περιβάλλον και οι καταστάσεις αυτές είναι ασυνήθεις σε προεφηβικά κορίτσια και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες

ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΦΑΣΕΙΣ & ΚΟΛΠΙΚΗ ΧΛΩΡΙΔΑ

- Από την εφηβεία στην εμμηνόπαυση (όξινο κολπικό pH): γαλακτοβάκιλλοι, στρεπτόκοκκοι, αναερόβια, bacteroides
- Μετά την εμμηνόπαυση (αλκαλικό κολπικό pH): διφθεροειδή, μικρόκοκκοι, staphylococcus epidermidis, candida albicans
- Πριν την εφηβεία (αλκαλικό κολπικό pH): staphylococcus aureus & διφθεροειδή

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ

- Η φυσιολογική χλωρίδα (περιλαμβανόμενων των γαλακτοβακκίλων) αποικίζει το κολπικό επιθήλιο & παίζει αμυντικό ρόλο στις λοιμώξεις.

Διατηρείται ένα κολπικό pH μεταξύ 3.8 & 4.4

- Η ποιότητα & ποσότητα της κολπικής έκκρισης μεταβάλλεται στην ίδια γυναίκα μεταξύ των κύκλων και στον χρόνο
- Κάθε γυναίκα έχει την δική της αντίληψη του φυσιολογικού και τι αποτελεί αποδεκτό ή υπερβολικό για αυτή

ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ - ΟΡΙΣΜΟΙ

- Φάσμα καταστάσεων που προκαλούν συμπτώματα από τον κόλπο
- Κυρίως προκαλούνται από *Candida Albicans*, τριχομονάδες, αερόβια & αναερόβια μικρόβια, HPV, απλό έρπητα, ξένα σώματα
- Ξεχωριστή οντότητα είναι η ατροφική – γεροντική κολπίτιδα που οφείλεται στην οιστρογονοπενία

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΕΚΚΡΙΣΕΙΣ

Πιθανές αιτιολογίες:

1. Φυσιολογική λευκόρροια
2. Μικροβιακής αιτιολογίας φλεγμονές
3. Ατοπία και αλλεργικές αντιδράσεις
4. Κακή υγιεινή
5. Ξένα σώματα
6. Συγγενείς ανατομικές ανωμαλίες
7. Νεοπλασίες (μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες)
8. Πιθανή σεξουαλική κακοποίηση

Αιτιολογικοί παράγοντες, σημεία και συμπτώματα κολπίτιδων

Τύπος	Αιτιολογία	Έκκριμα	Άλγος	Κνησμός
<i>Bacterial vaginosis (BV)</i>	<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Anaerobic bacteria</i> : <i>Prevotella species</i> , <i>Mobiluncus species</i>	Δύσοσμο & ομοιογενές, διαυγές, λευκωπό ή γκριζωπό με οσμή ψαριού	Όχι	Όχι
Τριχομονάδες	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Κιτρινοπράσινο φυσαλιδώδες	Δυσπαρευνία, ευαισθησία, δυσουρία	Όχι
Καντιτίαση	<i>Candida albicans</i> , <i>Candida krusei</i> , <i>Candida glabrata</i>	Λευκωπό, παχύρρευστο, άοσμο	Καύσος, δυσουρία, δυσπαρευνία	Συχνότατα
Ατροφική κολπίτιδα	Οιστρογονοπενία	Κιτρινωπό ή πρασινωπό, άοσμο	Κολπική ξηρότητα, δυσπαρευνία	Σπάνια
Διαβρωτικός επίπεδος λειχήνας	Άγνωστη αιτιολογία	Κίτρινο ή γκριζωπό	Έντονο άλγος, δυσπαρευνία, μετασυνουσιακή αιμορραγία	Έντονο
Αλλεργική ή εξ επαφής δερματίτιδα	Ερεθισμός εξ επαφής ή αλλεργική αντίδραση με παροξύνσεις	Ελάχιστο	Καύσος κατά την απότομη επαφή, ευαισθησία	Πιθανότερη σε αλλεργικές αντιδράσεις

ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ -1

- ΑΙΤΙΑ: *Candida Albicans* (80-95%) - *Candida glabrata* (5%)
- ΣΥΝΟΔΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ: Σ.Δ., κύηση, λήψη αντιβιοτικών, ανοσοκαταστολή
- ΜΕΤΑΔΟΣΗ: Κυρίως μη σεξουαλική
- ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ: Αιδοίο, κόλπος, πρωκτός
- Φυσιολογικό κολπικό pH (4.5)

ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ -2

- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: Ποικίλλει από ασυμπτωματική έως έντονα συμπτωματική (κνησμός αιδοίου – καύσος – ευαισθησία – ενόχληση - επιπολής δυσουρικά - επιπολής δυσπαρευνία). Η ένταση υποτροπιάζει είτε είναι εντονότερη στην περίοδο
- ΚΛΙΝΙΚΑ: παχύρευστο λευκωπό κρεμώδες έκκριμα με εμφάνιση “cottage cheese” & οσμή σαν ξινό γάλα, ερυθρότητα, ραγάδες
- ΑΞΙΟΠΙΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (π.χ. προηγούμενη λήψη αντιβιοτικών) & ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΣΦΑΛΗΣ
- ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ: Άμεση μικροσκόπηση (βλαστοσπόρια ή ψευδοϋφές σε N/S ή 10% ΚΟΗ) / Καλλιέργειες σε ασυμπτωματικές γυναίκες

ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ -3

- **ΑΝΕΠΙΠΛΕΚΤΗ** μορφή (σποραδική εμφάνιση με ήπια συμπτώματα, *C. Albicans*)
- **ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ** μορφή (4 ή περισσότερες υποτροπές στο έτος, έντονα συμπτώματα, Non-*Albicans* στελέχη, ανοσοανεπάρκεια, εγκυμοσύνη, συννοσηρότητες κλπ)

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ -4

- **ΕΝΔΟΚΟΛΠΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:** Κλοτριμαζόλη, Εκοναζόλη, Μικοναζόλη
- **ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗ:** Φλουκοναζόλη, Ιτρακοναζόλη
- **ΤΟΠΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:** Κλοτριμαζόλη με ή χωρίς υδροκορτιζόνη, Μικοναζόλη
- **ΑΝΕΠΙΠΛΕΚΤΗ** μορφή: Τοπική βραχυχρόνια (1-3 μέρες) ή από του στόματος (5-7 μέρες) αγωγή με αζόλες (π.χ. φλουκοναζόλη)
- Η **ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ** , η υποτροπιάζουσα, η Non-Albicans μορφή απαιτούν επιθετικότερη αντιμετώπιση
- Η αποτελεσματικότητα της αγωγής του συντρόφου αμφισβητείται
- Τα κοιλικά προβιοτικά ενδέχεται χρησιμεύουν στην πρόληψη υποτροπών

BACTERIAL VAGINOSIS (BV) -1

- ΑΙΤΙΑ: Πολυμικροβιακό κλινικό σύνδρομο προκαλούμενο από αντικατάσταση ή μείωση του φυσιολογικού κολπικού *Lactobacillus sp.* με υψηλές συγκεντρώσεις αναεροβίων (π.χ., *Gardnerella Vaginallis*, *Prevotella sp.*, *Mobiluncus sp.*), χλαμυδίων, μυκοπλασμάτων & άλλων μη δυνάμενων να καλλιεργηθούν αναεροβίων
- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: Ομοιογενές λευκωπό έκκριμα με οσμή τύπου «ψαρίλας», που επιτείνεται μετά απροφύλακτη επαφή ή την εμμηνορρυσία. Κάποιες γυναίκες ενοχλούνται από πρόσκαιρα, άλλες ταλαιπωρούνται για μεγαλύτερα διαστήματα. Αν και αντιπροσωπεύει την συχνότερη αιτία κολπικής έκκρισης ή δυσοσμίας, εντούτοις συχνά οι γυναίκες με BV είναι ασυμπτωματικές

BACTERIAL VAGINOSIS (BV) -2

- Έχει ενοχοποιηθεί για επιπλοκές κύησης, ↑ κινδύνου PID, ↑ κινδύνου HIV μόλυνσης
- ΔΙΑΓΝΩΣΗ:
 - ✓ **Amsel's diagnostic criteria** (3 από τα ακόλουθα 4: *Vaginal pH4.5 - Homogeneous grey vaginal discharge - 10% potassium hydroxide produces fishy odor "Whiff test" - Clue cells present on wet mount*)
 - ✓ **Nugent's diagnostic criteria**
 - ✓ Η καλλιέργεια για *Gardnerella* δεν συστήνεται πλέον

BV ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΜΕΤΡΟΝΙΔΑΖΟΛΗ (κολπικά, P.O.) σε διάφορα σχήματα.

- Αποτελεσματική και η κλινδαμυκίνη , καταστρέφει όμως τους γαλακτοβακίλλους, & η τοπική θεραπεία προδιαθέτει σε καντιτίαση. Επίσης η ενδοκολπική κλινδαμυκίνη μπορεί να εξασθενίσει & να προκαλέσει ρήξη των προφυλακτικών.
- Τα θεραπευτικά σχήματα έχουν παρόμοια ποσοστά ίασης 70-80% μετά 4 εβδομάδες. Η συμμόρφωση στην αγωγή οδηγεί συχνά σε συμπτωματική ανακούφιση αλλά όχι μικροβιολογική κάθαρση, οπότε η υποτροπή μετά μια δόση metronidazole (2 g) είναι συχνή
- 60% υποτροπιάζουν σε 3 μήνες, ειδικά μετά απροφύλακτη επαφή
- Πιθανή κλινική χρησιμότητα προβιοτικών στην πρόληψη υποτροπών

TRICHOMONIASIS -1

- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: Ενίοτε ασυμπτωματική. Κλασσικά έντονη, αφρώδης, κίτρινη έκκριση, αλλά μπορεί να είναι ελάχιστη & υδαρής. Μπορεί να υπάρχουν συνοδά συμπτώματα όπως εκσεσημασμένη αιδοϊκή ενόχληση ή ευαισθησία, εξωτερική δυσουρία & επιπολής δυσπαρευνία
- ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ: 7 μέρες (εύρος 3-21d)
- ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ: Σεξουαλική οδός & περιγεννητικά. Η λοίμωξη σπανιότατα αφορά προεφηβικά κορίτσια
- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ: Το αιδοίο μπορεί να εμφανίζεται φυσιολογικό, είτε να παρατηρείται ερυθρότητα του αιδοίου ή των κολπικών τοιχωμάτων

TRICHOMONIASIS -2

- ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Άμεση μικροσκόπηση εκκρίματος, Καλλιέργεια
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Μετρονιδαζόλη, Τινιδαζόλη σε διάφορα σχήματα. Ποσοστά ίασης 95%
- Χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης για τα παρατεταμένα σχήματα
- Αποχή από τις επαφές μέχρι την αντιμετώπιση του συντρόφου
- Τεστ ίασης μια εβδομάδα μετά την έναρξη αγωγής, με μικροσκόπηση ή καλλιέργεια

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Δεν υπάρχει ομοφωνία στον ορισμό της τραχηλίτιδας, που μπορεί να είναι λοιμώδους είτε μη-λοιμώδους αιτιολογίας, οξεία ή χρόνια
- Διαγνωστικά σημεία που την χαρακτηρίζουν:
 1. **Πυώδες ή βλεννοπυώδες ενδοτραχηλικό εξίδρωμα** ορατό στο ενδοτραχηλικό κανάλι ή κατά την λήψη υλικού με στυλεό
 2. **Ευθρυπτότητα** στο έσω τραχηλικό στόμιο
 3. **Αιμορραγία** συχνά από τον ενδοτράχηλο που προκαλείται ακόμη και σε ήπια κίνηση βαμβακοφόρου στυλεού

ΟΞΕΙΑ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ

- Στην τραχηλίτιδα, η φλεγμονώδης διαδικασία πρωτίστως αφορά τα κυλινδρικά κύτταρα των ενδοτραχηλικών αδένων, μπορεί όμως να επηρεάζει (μέσω της διαδικασίας της πλακώδους μετάπλασης) και το πλακώδες επιθήλιο του εξωτραχήλου
- Οι οξείες τραχηλίτιδες είναι συνήθως λοιμώδεις οφειλόμενες κυρίως σε Χλαμύδια, Γονόκοκκο, Τριχομονάδες, Έρπητα (ειδικά πρωτολοίμωξη HSV-2), *M. genitalium* και *Bact. Vaginosis* αν και ο επακριβής παράγοντας δεν μπορεί να απομονωθεί σε μεγάλο ποσοστό περιστατικών

ΧΡΟΝΙΑ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ

- Οι χρόνιες τραχηλίτιδες δεν οφείλονται σε λοιμώδη παράγοντα καθώς συμβαδίζουν με ορμονικά ερεθίσματα & την εξέλιξη της άωρης πλακώδους μετάπλασης
- Σπάνιες αιτίες μη-λοιμώδους τραχηλίτιδας είναι οι προκαλούμενες από τοπικό τραυματισμό, ακτινοβολία, ή κακοήθεια
- Οι συχνές κολπικές πλύσεις έχουν ενοχοποιηθεί σαν προδιαθεσικός παράγοντας ανάπτυξης τραχηλίτιδας
- Όταν μια τραχηλίτιδα εμφανίζεται μετά κολπικούς τοκετούς, αντανακλά στην επιθηλιοποίηση μικρορρήξεων του τραχήλου & δεν έχει παθολογική σημασία

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΕΣ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ -1

- Η σεξουαλική δραστηριότητα αντιπροσωπεύει τον κύριο παράγοντα κινδύνου, δεδομένου ότι είναι συνυφασμένη με τους υπεύθυνους λοιμογόνους παράγοντες
- Όταν μπορεί να τεκμηριωθεί λοιμογόνος παράγοντας, τα *Chlamydia trachomatis* (τυπικά οι ορότυποι D-K) και η *Neisseria gonorrhoeae* είναι οι συχνότεροι παράγοντες που απομονώνονται, αν και μικρό ποσοστό των γυναικών που μολύνονται με τα μικρόβια αυτά αναπτύσσουν τελικά τραχηλίτιδα

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΕΣ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ -2

- Τα *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* (ειδικά στην Ελλάδα) και Group B beta-hemolytic streptococci συσχετίζονται επίσης με τραχηλίτιδες
- Οι *Herpes simplex virus* και η *Trichomonas vaginalis* ευθύνονται επίσης για κάποιες περιπτώσεις. Το *Mycoplasma genitalium* μπορεί να είναι σημαντικό παθογόνο, ενώ η bacterial vaginosis (BV) και οι Group A στρεπτόκοκκοι έχουν επίσης ενοχοποιηθεί. Η BV σπάνια εμφανίζεται ως μεμονωμένη τραχηλίτιδα παρά συνηθέστερα σαν κολποτραχηλίτιδα

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΕΣ - ΜΗ ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΕΣ

- Όταν δεν απομονώνεται παθογόνοι, η τραχηλίτιδα προκαλείται συνήθως από μηχανικό ή χημικό ερεθισμό.
 - ✓ Αιτίες μηχανικού ερεθισμού περιλαμβάνουν τραυματισμούς από χειρουργικές επεμβάσεις ή ξένα αντικείμενα (π.χ. πεσσός, κ.α.)
 - ✓ Ο χημικός ερεθισμός μπορεί να προκληθεί από έκθεση σε λατέξ προφυλακτικών, κολπικές πλύσεις, ιωδιούχο ποβιδόνη κ.α.

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΕΣ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ

- Εκτός από κολπική έκκριση ή αιμορραγία, η λοίμωξη μπορεί ανιόντως να προκαλέσει ενδομητρίτιδα ή πυελική φλεγμονώδη νόσο (PID) με αποτέλεσμα πυελικό πόνο, υπογονιμότητα και αυξημένο κίνδυνο έκτοπης κύησης. Τα παθογόνα μπορούν να μεταδοθούν σε σεξουαλικούς συντρόφους. Επιπλέον, η τραχηλίτιδα φαίνεται να σχετίζεται με σημαντική αύξηση του κινδύνου απόκτησης HIV-1 και ενεργού μετάδοσης-απόπτωσης του ιού
- Σε κύηση μπορεί να προκαλέσει μητρικές ή νεογνικές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένου του χαμηλού βάρους γέννησης και του πρόωρου τοκετού, ως αποτέλεσμα χοριοαμνιονίτιδας

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ – ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

- Ασυμπτωματική
- Κνησμός
- Αίσθημα καύσου
- Πόνος, σπανιότερα, στην εν τω βάθει διεισδυτική επαφή
- Μεσοκυκλική ή άλλου τύπου κολπική αιμόρροια (π.χ. μετά σεξουαλική επαφή)
- Πυώδεις εκκρίσεις
 - Ορώδεις πρασινόλευκες εκκρίσεις (*trichomonas*)
 - Λευκωπές εκκρίσεις (*candida*)
 - Παχιές γκριζόλευκες εκκρίσεις (*gardrenella*)

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ 1

- Λήψη Ιστορικού
- Γυναικολογική εξέταση
- Εργαστηριακές εξετάσεις & Καλλιέργειες
 - Κ/α κολπικού επιχρίσματος σε ειδικά καλλιεργητικά υλικά,
 - Κ/α τραχηλικού για αερόβια - αναερόβια
 - Κ/α τραχηλικού για ειδικά (*Ureaplasma Urealyticum*, *Chlamidiae Trachomatis*, *Mycoplasma Hominis*)

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ 2

- Λήψη ιστορικού: αριθμός συντρόφων, νέος σύντροφος, πολλαπλοί σύντροφοι, χρήση προφυλακτικού, STI's, κολπικές πλύσεις, ηλικία <25

Αξιολογούμε επίσης:

- Κολπική έκκριση: Η τυπική της τραχηλίτιδας είναι κιτρινωπή πυώδης/βλεννοπυώδης. Εκείνη της βακτηριακής κολπίτιδας (BV) είναι δύσοσμη, τυπικά υπόλευκη-γκρίζα. Στην αιδοιοκολπική καντιντίαση παχύρρευστη ομοιογενής, και στην τριχομοναδική λοίμωξη δύσοσμη υπόφαιη καστανή ή αιματηρή
- Κολπική αιμόρροια: Μεσοκυκλική ή μετασυνουσιακή

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ 3

- Καύσος, ερεθισμός, δυσφορία: Η μεμονωμένη τραχηλίτιδα είναι συνηθέστερα ανώδυνη. Εφόσον συνυπάρχει κολπίτιδα από είδη *Candida* μπορεί να προκύψει κνησμός, ενώ σε BV ήπιος τοπικός ερεθισμός
- Άλγος υπογαστρίου & επιγαστρίου: Η τραχηλίτιδα από μόνη της γενικά δεν προκαλεί πυελικό ή κοιλιακό άλγος, κάτι που μπορεί να συμβεί επί ενδομητρίτιδας ή πυελικής φλεγμονώδους νόσου (PID)
- Περιοδικότητα των συμπτωμάτων: Τα συμπτώματα της αμιγούς τραχηλίτιδας συνήθως δεν ακολουθούν κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο.
- Οιστρογονισμός: Γυναίκες με ουρογεννητικό σύνδρομο εμμηνόπαυσης μπορεί να παρουσιάσουν συμπτωματολογία μιμούμενη τραχηλίτιδα

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ – ΚΟΛΠΙΚΗ & ΠΥΕΛΙΚΗ

- Βασικά ευρήματα στην κολπική εξέταση με τον κολποδιαστολέα είναι:
 - (1) πυώδες/βλεννοπυώδες έκκριμα επί του εξωτραχήλου ή εκκρέον από το ενδοτραχηλικό κανάλι, είτε
 - (2) αιμορραγία στο άγγιγμα του τραχήλου με βαμβακοφόρο στυλεό (ευθρυπτότητα)
- Σε κάθε γυναίκα όπου τίθεται υπόνοια τραχηλίτιδας, γίνεται αμφίχειρη εξέταση ώστε να αποκλεισθεί η PID. Όταν πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια PID (ευαισθησία την μετακίνηση του τραχήλου είτε στη μήτρας είτε στα εξαρτήματα) η ασθενής παραπέμπεται κατάλληλα
- Γυναίκες με διαβρωτικές τραχηλικές βλάβες ύποπτες για καρκίνο πρέπει να παραπέμπονται σε κολποσκόπηση

“STRAWBERRY CERVIX”

COLPOSCOPY

APPLICATION OF LUGOL SOLUTION



TRICHOMONAS VAGINALIS

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑΣ -1

- Πέραν της ανακούφισης των συμπτωμάτων η θεραπεία αποσκοπεί στην πρόληψη της επινέμεσης στο ανώτερο γεννητικό σύστημα. Η θεραπεία μπορεί να είναι εμπειρική κατά την στιγμή της αρχικής αξιολόγησης, ειδικά εφόσον το follow-up είναι αβέβαιο είτε η ανίχνευση του παθογόνου δεν πραγματοποιείται με δοκιμασίες ενίσχυσης νουκλεϊκού οξέος (NAAT's)
 - Επί υψηλού κινδύνου για STI: Εμπειρική κάλυψη για gonorrhea & chlamydia. Δίνονται οδηγίες στην ασθενή να επαναξιολογηθεί εντός 15ημέρου επί απουσίας βελτίωσης είτε προς ολοκλήρωση του ελέγχου για STIs
 - Επί χαμηλού κινδύνου για STI: εμπειρική θεραπεία για chlamydia & gonorrhea είναι δικαιολογημένη εφόσον η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων είναι προβληματική είτε η επίπτωση στον πληθυσμό είναι υψηλή
- Συνολικά, οι ασθενείς και οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι πρέπει να απέχουν από τις επαφές μέχρι να ολοκληρωθεί η θεραπεία

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑΣ -2

- Γονόκοκκος: Κεφτριαξόνη 250 mg ενδομυϊκά με αζιθρομυκίνη 1 γραμμάριο από του στόματος (άσχετα από τα αποτελέσματα δοκιμασιών), και τα δύο σε μία δόση. Οι φθοριοκινολόνες και η δοξυκυκλίνη δεν είναι κατάλληλες επιλογές λόγω αυξανόμενης αντίστασης στις ουσίες αυτές, ούτε η μονοθεραπεία με από του στόματος αζιθρομυκίνη
- Χλαμύδια: Αζιθρομυκίνη 1 g από του στόματος εφάπαξ, είτε δοξυκυκλίνη 100 mg από του στόματος δις ημερησίως για 7 μέρες
- *M. genitalium*: Έχει περιγραφεί αντίσταση στην δοξυκυκλίνη. Εφόσον υπάρχει υπόνοια η γυναίκα πρέπει να θεραπευθεί αρχικά με 1 g. Καθώς οι αποτυχίες της θεραπείας φαίνονται αρκετά συχνές, η επιβεβαίωση *M. genitalium* με NAAT εφόσον υπάρξει αποτυχία στην θεραπεία πρέπει να οδηγήσει σε αγωγή με μοξιφλοξασίνη, 400 mg άπαξ ημερησίως για 7 - 10 μέρες

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑΣ -3

- *T. vaginalis*: Μετρονιδαζόλη ή τινιδαζόλη εφάπαξ δόση 2g (τέσσερις ταμπλέτες των 500mg). Εναλλακτικά, μετρονιδαζόλη 500 mg δις ημερησίως για 7 μέρες. Οι σύντροφοι πρέπει επίσης να αντιμετωπίζονται
- Ερπητική λοίμωξη (HSV):
 - ✓ Ακυκλοβίρη, 400 mg από του στόματος τρεις φορές ημερήσια είτε 200 mg από του στόματος πέντε φορές ημερήσια για 7 ως 10 μέρες.
 - ✓ Φαμκυκλοβίρη, 250 mg από του στόματος τρεις φορές ημερήσια για 7 ως 10 μέρες.
 - ✓ Βαλακυκλοβίρη 1000 mg από του στόματος δις ημερησίως για 7 έως 10 μέρες

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑΣ

- Η ανθεκτική στα αντιβιοτικά χρόνια τραχηλίτιδα παρουσιάζει δυσκολίες στην διαχείριση. Έχει προταθεί αγωγή με depot medroxyprogesterone είτε ή καυτηρίαση των σημείων αιμορραγίας με νιτρικό άργυρο, επανειλημμένα κάθε δύο εβδομάδες μέχρι κλινικής ανταπόκρισης
- Ως έσχατη λύση, το laser ablation είτε ένα ρηχό LLETZ μπορεί να μειώσει επιτυχώς την επίμονη βλεννογονική έκκριση που δεν ανταποκρίνεται σε άλλα μέτρα και για τα οποία δεν έχει προσδιοριστεί αιτιολογία (Nyirjesy P, *Curr Infect Dis Rep.* 2001)
- Πριν την πραγματοποίηση οποιασδήποτε θεραπείας βασισμένης σε καταστροφή ιστού (ablative) είναι απαραίτητο προηγουμένα να έχει αποκλειστεί τυχόν κακοήθεια μέσω βιοψιών

ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ (PID) - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: Συχνότερα προκύπτει από ανιούσα λοίμωξη από τον κόλπο ή τον τράχηλο που προκαλεί φλεγμονή του ανώτερου γεννητικού σωλήνα. Εξελίσσεται σε οιονδήποτε συνδυασμό σαλπιγγίτιδας, ενδομητρίτιδας, ωοφορίτιδας, παραμητρίτιδας, πυελοπεριτονίτιδας & σχηματισμού σαλπιγγωθηκικού αποστήματος.
- ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ: *Chlamydia trachomatis* (> 50%) *Neisseria gonorrhoeae* (10-20%). Λιγότερο συχνά *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *anaerobes*, *Bacteroides fragilis*, *peptostreptococci*, *Escherichia coli*, group B haemolytic streptococci & *Bacterial vaginosis*

ΔΙΑΦΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

- Έκτοπη κύηση
- Ουρολοίμωξη
- Επιπλακείσα κύστη ωοθήκης (συστροφή/ρήξη)
- Ενδομητρίωση
- Ωοθηκικό Νεόπλασμα
- Εκκολπωματίτιδα
- Σκωληκοειδίτιδα
- Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΡΙΔ – ΥΠΟΝΟΙΑ STI

1. Νέος ερωτικός σύντροφος τον προηγούμενο μήνα
2. Συχνές αλλαγές ερωτικών συντρόφων
3. Απουσία χρήσης προφυλακτικού
4. Ηλικία κάτω των 25 ετών
5. Σύντροφος με συμπτώματα
6. Προηγούμενο Ηx STI
7. Ακούσια Υπογονιμότητα

ΜΑΙΕΤΙΚΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΣΕ ΡΙΔ

- Τοποθέτηση/Αντικατάσταση IUD το προηγούμενο 20ήμερο
- Διακοπή κύησης/Άμβλωση
- Υστεροσαλπιγγογραφία
- Απόξεση Ενδομητρίου
- Υστεροσκόπηση
- Κλασματική Απόξεση (D & C)
- Απόξεση για καθαρισμό υπολειμμάτων παλίνδρομης κύησης

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ PID

- Άλγος υπογαστρίου
- Παθολογική κολπική υπερέκκριση
- Μεσοκυκλική ή/και μετασυνουσιακή κολπική αιμόρροια
- Δυσουρία, Οσφυαλγία, εμπύρετο

Παράλληλα με:

- Ευαισθησία των εξαρτημάτων
- Επώδυνη μετακίνηση τραχήλου
- Βλεννοπυώδες τραχηλικό έκκριμα
- Πυρετό $>38^{\circ}$, εξαρτηματική μάζα, rebound, guarding

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ-ΟΞΕΙΑ ΡΙΔ

- Αβέβαια διάγνωση
- Υψηλός πυρετός με ρίγος - υπόνοια αφυδάτωσης
- Διάχυτος περιτοναϊσμός
- Εξαρτηματική μάζα
- Ασθενείς HIV θετικές με ανοσοκαταστολή εφόσον υποψιαζόμαστε σαλπινγγοθηκικό απόστημα
- Χρήστες i.v. ναρκωτικών με κακή συμμόρφωση ή αν συνυπάρχουν ιατροκοινωνικοί παράγοντες
- Συννοσηρότητες, πχ ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ, δρεπανοκυτταρική αναιμία

ΟΨΙΜΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ PID

1. Χρόνια Πυελική φλεγμονώδης Νόσος

Αδυναμία, καταβολή, μηνομητρορραγίες, δυσμηνόρροια, χρόνια πυελικό άλγος, οσφυαλγία, υψηλά ποσοστά υστερεκτομίας

2. Υπογονιμότητα λόγω σαλπινγικού παράγοντα

(12% - 1^ο επεισόδιο, 35 % - 2^ο επεισόδιο και 70% - 3^ο επεισόδιο)

3. Έκτοπη Κύηση (το 1% αυξάνεται σε 7%)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ PID ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

- I.M. ceftriaxone 500mg άμεσα συν από του στόματος doxycycline 100mg δις ημερησίως για 14 ημέρες συν από του στόματος metronizadole 400mg δις ημερησίως για 14 ημέρες, είτε
- Οφλοξασίνη από του στόματος 400mg δις ημερησίως για 14 ημέρες συν metronidazole 400mg δις ημερησίως για 14 ημέρες (να αποφεύγεται επί υψηλού ρίσκου για γονοκοκκική νόσο).

Η δοξυκυκλίνη & η μετρονιδαζόλη χρησιμοποιούνται ευρέως στην κλινική πράξη, χωρίς να υπάρχουν κλινικές μελέτες που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά τους

ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ PID

- i.v. ceftriaxone 2g άπαξ ημερησίως μαζί με i.v. doxycycline 100mg δις ημερησίως, ακολουθούμενη από του στόματος doxycycline 100mg δις ημερησίως για 14 ημέρες μαζί με metronidazole 400mg δις ημερησίως για 14 ημέρες, είτε
- i.v. clindamycin 900mg δις ημερησίως μαζί με i.v. gentamicin 2mg/kg δόση φόρτισης ακολουθούμενη από 1.5mg/kg δις ημερησίως, ακολουθούμενη είτε από του στόματος clindamycin 450mg τετράκις ημερήσια συνολικά για 14 μέρες είτε από του στόματος doxycycline 100mg δις ημερησίως και από του στόματος μετρονιδαζόλη 400mg δις ημερησίως για 14 μέρες, είτε
- i.v. Οφλοξασίνη 400mg δις ημερήσια μαζί με i.v. metronidazole 500mg δις ημερησίως για 14 ημέρες

ΣΥΡΙΓΓΙΑ

ΑΙΤΙΑ: Συρίγγια μεταξύ κόλπου και ουροδόχου κύστης ή ουρήθρας ή ουρητήρων ή ορθού παρατηρούνται κατόπιν κολπικών ή κοιλιακών γυναικολογικών ή μαιευτικών επεμβάσεων, ή ακτινοθεραπείας. Ο πολύωρος εργώδης τοκετός, προηγηθείσα ραγάδα δακτυλίου, κ.α. προδιαθέτουν σε δημιουργία συριγγίων. Σπανιότερη αιτία αποτελούν οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ:

- Συνεχής διαρροή ούρων ή κοπράνων από τον κόλπο
- Αιματουρία
- Δύσοσμη κολπική έκκριση
- Σπάνια δυσπαρευνία

ΣΥΡΙΓΓΙΑ – ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Λήψη λεπτομερούς Ιστορικού

- Κλινική εξέταση

- Εργαστηριακές Εξετάσεις

(ακτινολογική εξέταση, σύρμα/μύλη, IVP, συριγγογραφία)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Χειρουργική αποκατάσταση της βλάβης

ΞΕΝΟ ΣΩΜΑ

- Τεμάχιο βαμβακιού, χαρτιού, ή άλλων αντικείμενων & συνήθως αφορούν άτομα προεφηβικής ηλικίας.
- Σε ενήλικες γυναίκες βρίσκουμε προφυλακτικά, tampon, κ.α.
- Η παρουσία ξένου σώματος στον κόλπο έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη αρχικά άσηπτης φλεγμονής, & σταδιακά την μετάπτωσή της σε σηπτική με ανάπτυξη παθογόνων μικροβίων

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΔΗΛΩΣΕΙΣ:

- Ιδιαίτερα δύσοσμη κολπική υπερέκκριση
- Ερεθισμός δέρματος αιδοίου
- Κνησμός
- Σπανιότατα τοξικό shock (επί ξεχασμένου tampon)

ΞΕΝΟ ΣΩΜΑ – ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- Λήψη Ιστορικού
- Κλινική εξέταση
- Στις ενήλικες γυναίκες η διάγνωση στηρίζεται στην ανεύρεση του ξένου σώματος με την απλή επισκόπηση ή υπό κολποσκοπικό έλεγχο.
- Στην νεογνική & παιδική ηλικία η αντιμετώπιση γίνεται με το παρθενοσκόπιο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

- Απομάκρυνση του ξένου σώματος
- Υποστηρικτική αντιβιοτική κάλυψη

ΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ ΚΟΛΠΟΥ *VaiN* (*Vaginal Intraepithelial Neoplasia's*)

- Βλάβες με ποικίλλον δυναμικό εξέλιξης σε καρκίνο κόλπου
- Από το 1980 και κατόπιν επικράτησε η διάκριση σε:

VaiN1: ήπια δυσπλασία

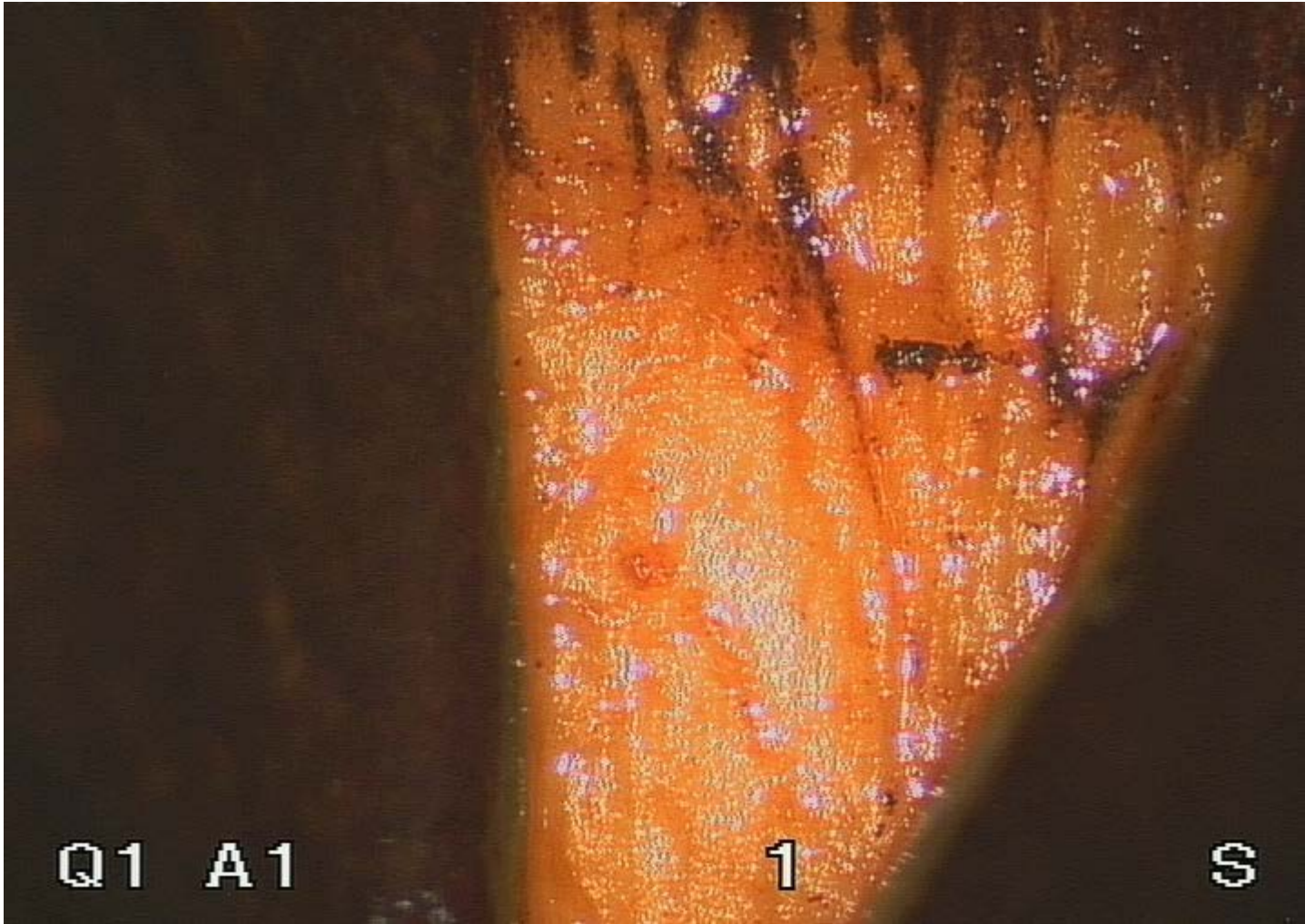
VaiN2: μέτριου βαθμού δυσπλασία

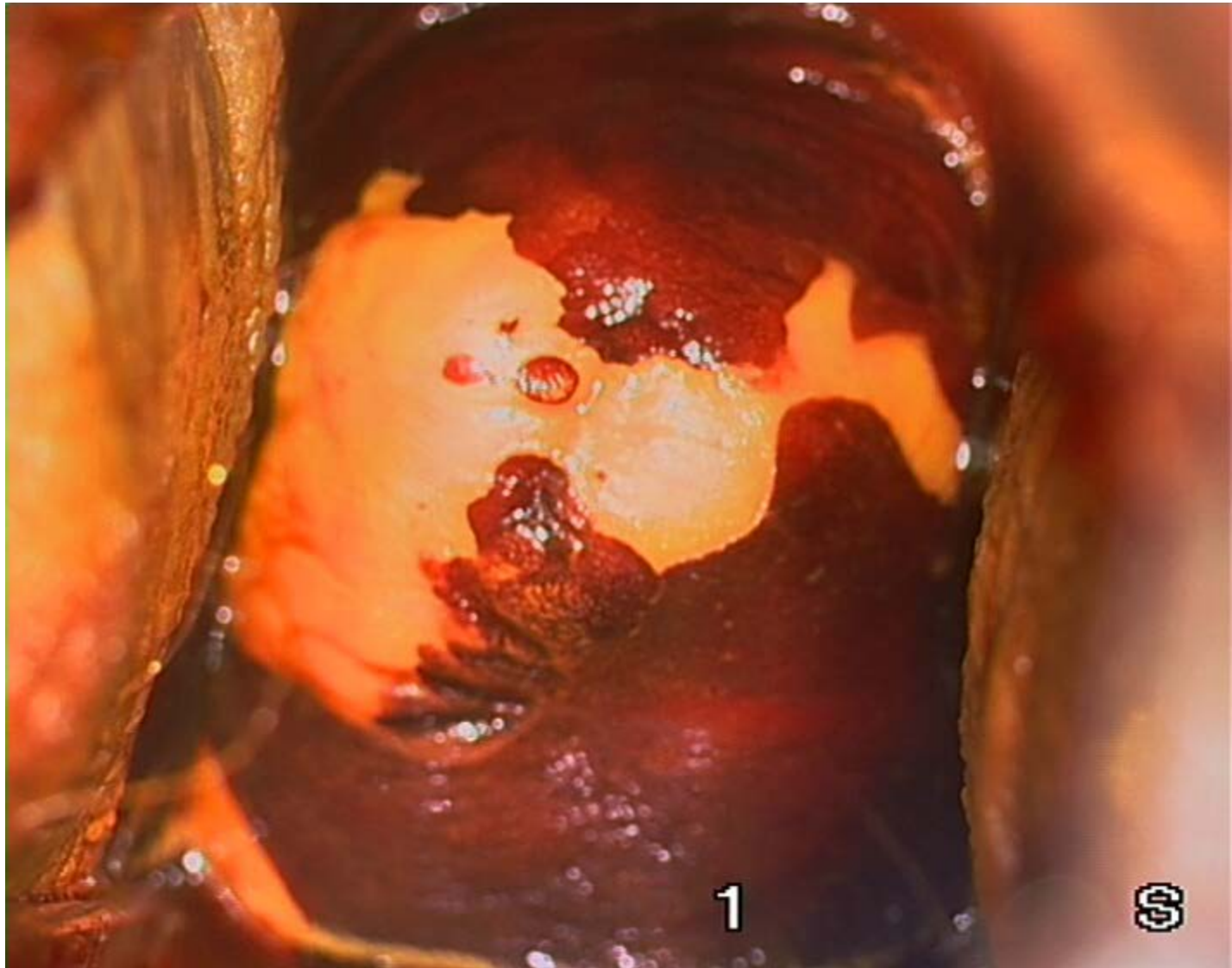
VaiN3: σοβαρού βαθμού δυσπλασία

- Η ταξινόμηση έμεινε αναλλοίωτη μετά την εφαρμογή του LAST PROJECT TERMINOLOGY (*Darragh et al, JLGTD 2012*)

VaIN βλάβες (Vaginal Intraepithelial Neoplasia's)

- Σχετίζονται με στελέχη του ιού HPV
- Συνηθέστερα αντιπροσωπεύουν επέκταση τραχηλικής βλάβης, μπορεί όμως να πρωτοεμφανισθούν και κατόπιν υστερεκτομίας
- Αποτελούν πιθανή αιτία παθολογικού Τεστ Παπ
- Εκλεκτική εντόπιση στο ανώτερο οπίσθιο τμήμα κόλπου
- Η χρήση διαλύματος Lugol κατά την κολποσκόπηση βελτιώνει σημαντικά την πιθανότητα ανίχνευσής τους
- Οι εφαρμογές laser αποτελούν συχνά την καταλληλότερη αντιμετώπιση
- Τμηματική κολπεκτομή είναι σπανιότατα ενδεδειγμένη





ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ VaIN	
Εξέλιξη σε διηθητική νόσο	5-9%
Επιμονή	13%
Υποστροφή	78%

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ VaIN	
	Σχετικός κίνδυνος για VaIN
HPV diagnosis	2.9
Abnormal Pap	3.8
Vaginal discharge	6.1
Previous hysterectomy	6.7

ΘΕΡΑΠΕΙΑ VaIN

ΘΕΡΑΠΕΙΑ VaIN	
VaIN associated with CIN	<ul style="list-style-type: none">• CO2 laser vaporization• surgery
VaIN associated with VIN	<ul style="list-style-type: none">• 5-FU cr.• Imiquimod cr.
VaIN post hysterectomy	<ul style="list-style-type: none">• Laser• LLETZ• Radiotherapy

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΛΠΟΥ

- Διακρίνονται σε *καλοήθη* & *κακοήθη*
- Τα καλοήθη νεοπλάσματα διακρίνονται σε συμπαγή & κυστικά (λαιομυώματα, ινώματα, κύστεις κόλπου)
- Τα κακοήθη νεοπλάσματα είναι εξαιρετικά σπάνια (0,5/100.00 γυναίκες), αντιπροσωπεύοντας το 1-2% των νεοπλασμάτων του γυναικείου γεννητικού συστήματος

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΟΛΠΟΥ

- Είναι συνήθως δευτεροπαθή (επέκταση ατελώς εξαιρεθείσας τραχηλικής βλάβης), ενώ τα πρωτοπαθή αντιπροσωπεύουν την σπανιότερη γυναικολογική κακοήθεια
- Πρωτοπαθείς όγκοι: Καρκινώματα (πλακώδη 90%, αδenoκαρκίνωμα 5%, *clear cell*), Σαρκώματα 3%, Μελανώματα 2%
- Το ανώτερο τριτημόριο του κόλπου προσβάλλεται σε άνω του 50% των περιπτώσεων και το οπίσθιο τοίχωμα στο 58%

Ca ΚΟΛΠΟΥ – ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ & ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

- Αυξημένος RR σε γυναίκες με προηγούμενα Hx δυσπλασιών είτε νεοπλασμάτων πρωκτογεννητικής περιοχής, ανοσοκαταστολής, λοίμωξης με hrHPV's, κάπνισμα, ΑΚΘ
- 50% έχουν συνυπάρχουσα προκαρκινική τραχηλική ή αιδοϊκή βλάβη
- Συνήθως οι βλάβες είναι ασυμπτωματικές & ανακαλύπτονται τυχαία στην γυναικολογική εξέταση, λήψη Παπ ή την Κολποσκόπηση
- Μπορεί να υπάρχει κάποια μορφή ανώμαλης κολπικής αιμόρροιας είτε δύσοσμη κολπική υπερέκκριση λόγω επιμόλυνσης της νεκρωτικής επιφανείας του όγκου

Ca ΚΟΛΠΟΥ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. Αμφίχειρη γυναικολογική/οροθοκολπική εξέταση,
2. Κυτταρολογία\Κολποσκόπηση με βιοψία
3. CT/MRI
4. Σπανιότερα κυστεοσκόπηση/ορθοσκόπηση

FIGO stage	Stage description
I	The cancer is only in the vagina and is no larger than 2.0 cm (4/5 inch) (T1a) It has not spread to nearby lymph nodes (N0) or to distant sites (M0)
I	The cancer is only in the vagina and is larger than 2.0 cm (4/5 inch) (T1b) It has not spread to nearby lymph nodes (N0) or to distant sites (M0)
II	The cancer has grown through the vaginal wall, but not as far as the pelvic wall and is no larger than 2.0 cm (4/5 inch) (T2a) It has not spread to nearby lymph nodes (N0) or to distant sites (M0)
II	The cancer has grown through the vaginal wall, but not as far as the pelvic wall and is larger than 2.0 cm (4/5 inch) (T2b) It has not spread to nearby lymph nodes (N0) or to distant sites (M0)
III	The cancer can be any size and might be growing into the pelvic wall, and/or growing into the lower one-third of the vagina and/or has blocked the flow of urine (hydronephrosis), which is causing kidney problems (T1 to T3) It has also spread to nearby lymph nodes in the pelvis or groin (inguinal) area (N1) but not distant sites (M0)
III	The cancer is growing into the pelvic wall, and/or growing into the lower one-third of the vagina and/or has blocked the flow of urine (hydronephrosis), which is causing kidney problems (T3) It has not spread to nearby lymph nodes (N0) or to distant sites (M0)
IVA	The cancer is growing into the bladder or rectum or is growing out of the pelvis (T4) It might or might not have spread to lymph nodes in the pelvis or groin (inguinal area) (Any N). It has not spread to distant sites (M0)
IVB	The cancer has spread to distant organs such as the lungs or bones (M1). It can be any size and might or might not have grown into nearby structures or organs (Any T) It might or might not have spread to nearby lymph nodes (Any N)

ΑΡΧΕΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- Παραδοσιακά η ολική ακτινοθεραπεία (εξωτερική ± βραχυθεραπεία) αποτελούσε την ενδεδειγμένη αντιμετώπιση του μη μεταστατικού Ca κόλπου.
- Ασθενείς Σταδίου I πιθανότατα θα έχουν βελτιωμένη 5ετή επιβίωση όταν αντιμετωπισθούν χειρουργικά.
- Σε κεντρική, μη μεταστατική νόσο είναι εφικτές επεμβάσεις εξεντέρωσης.
- Σε προχωρημένη νόσο Σταδίου IV, χημειοθεραπεία.
- Σε επιλεγμένα περιστατικά η συνδυασμένη χημειοακτινοθεραπεία συχνά συνδέεται με βελτιωμένη Συνολική Επιβίωση (OS-Overall Survival) & Διάστημα Ελευθέρου Νόσου (PFS-Progression Free Survival).
- Σε επιλεγμένα περιστατικά, συνδυασμός χειρουργικής αντιμετώπισης, ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας.

ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΙ/ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Ανά 3-4 μήνες για τα 2 πρώτα έτη
- Ανά 6μηνο για τα επόμενα 3 έτη
- Κατόπιν, ετήσια

Ο έλεγχος συνίσταται σε:

- Κλινική εξέταση, κυτταρολογία κολοβώματος, απεικονιστικές μεθόδους.

