

**ΚΟΛΠΙΤΙΔΕΣ – ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΕΣ –
ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ (P.I.D.)
ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΚΟΛΠΟΥ (VaIN)
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΟΛΠΟΥ**

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ



ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ & ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΙΚΡΟΧΛΩΡΙΔΑ -1

- Τα οιστρογόνα διαδραματίζουν κομβικό ρόλο στην κολπική φυσιολογία
- Στα αναπαραγωγικά έτη, η παρουσία τους αυξάνει το περιεχόμενο γλυκογόνο στα επιθηλιακά κύτταρα, προάγοντας την επικράτηση των γαλακτοβακίλλων (*lactobacilli*). Ο αποικισμός οδηγεί σε παραγωγή γαλακτικού οξέος με μείωση του κολπικού pH στο <4.5. Το όξινο αυτό περιβάλλον προστατεύει έναντι ανάπτυξης παθογόνων και αποτελεί το κλειδί διατήρησης ισορροπίας του οικοσυστήματος (σε μικρά ποσοστά ανευρίσκονται *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, group B streptococci, genital *Mycoplasma* species, *Candida albicans*, κ.α.)

ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ & ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΙΚΡΟΧΛΩΡΙΔΑ -2

- Στα προεφηβικά κορίτσια και τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες η έλλειψη οιστρογόνων αναστέλλει την ισορροπία του κολπικού οικοσυστήματος, με έλλειψη των επιθηλιακών κυττάρων & αλλαγές στην χλωρίδα. Το κολπικό επιθήλιο λεπταίνει & 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, γι αυτό και οι καταστάσεις αυτές σπανίζουν στην προεφηβία & την μετεμμηνόπαυση

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΧΛΩΡΙΔΑ

- Προεφηβεία: Αλκαλικό κολπικό pH - *Staphylococcus aureus*, διφθεροειδή
- Εφηβεία έως εμμηνόπαυση: Όξινο κολπικό pH – Γαλακτοβάκιλλοι, Στρεπτόκοκκοι, Βακτηριοειδή
- Μετεμμηνόπαυση: Αλκαλικό κολπικό pH – Διφθεροειδή, μικρόκοκκοι, *Staphylococcus epidermidis*, *Candida Albicans*

VAGINAL MICROBIOME – COMMUNITY STATE TYPES (CSTs)

ΕΠΙΚΡΑΤΕΙ	ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ/ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ
Type 1, <i>Lactobacillus crispatus</i>	Τυπικά προστατευτικό
Type 2, <i>Lactobacillus gasseri</i>	Τυπικά προστατευτικό
Type 3, <i>Lactobacillus iners</i>	Ουδέτερο, προστατευτικό ή αποδιοργανωτικό
Type 4, Ποικιλία βακτηρίων, απουσία επικράτησης γαλακτοβακίλλων	Τυπικά αποδιοργανωτικό (Disruptive)
Type 5, <i>Lactobacillus jensenii</i>	Τυπικά προστατευτικό

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ

- Οι γαλακτοβακκύλοι & η φυσιολογική χλωρίδα εξασφαλίζουν αμυντικό ρόλο στις λοιμώξεις.

Διατηρείται ένα pH μεταξύ 3.8 & 4.4

- Η ποιότητα & ποσότητα της κολπικής έκκρισης μεταβάλλεται στην ίδια γυναίκα μεταξύ κύκλων & διαχρονικά

- Κάθε γυναίκα έχει δική της αντίληψη για το τι αντιπροσωπεύει φυσιολογική κολπική έκκριση γι' αυτή

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ

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 (νεότερης ηλικίας γυναίκες)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΟΛΠΙΚΩΝ ΕΚΚΡΙΣΕΩΝ

Μη λοιμώδεις αιτίες κολπικής υπερέκκρισης	Λοιμώδεις αιτίες κολπικής υπερέκκρισης
ξένο σώμα	Μύκητες
tampon	τριχομονάδες
προφυλακτικό	βακτηριακή κολπίτιδα (BV)
τραύμα	ουρεαπλάσματα & χλαμύδια
συρίγγιο	E. Coli
ενδοτραχηλικός πολύποδας	πυελική φλεγμονώδης νόσος (P.I.D.)
κοκκίωμα	λοίμωξη μετά διακοπή κύησης
νεοπλασίες	επιλόχεια λοίμωξη
τεχθέν ινομύωμα	Σ.Μ.Ν. (σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα)
αλλεργική αντίδραση	
εκτρόπιο	

ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ - ΟΡΙΣΜΟΙ

- Φάσμα καταστάσεων με συμπτωματολογία 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
- *Bacterial Vaginosis*, *Τριχομονίαση* & *Μυκητιασική αιδοιοκολπίτιδα* αντιπροσωπεύουν τις κυριότερες καταστάσεις που μπορεί να προκαλούν αιδοιοκολπικό κνησμό, καύσο, ενόχληση, δυσσομία ή έκκριμα

Αιτιολογικοί παράγοντες, σημεία και συμπτώματα κολπίτιδων

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

BACTERIAL VAGINOSIS (BV) -1

- ΑΙΤΙΑ: Πολυμικροβιακό κλινικό σύνδρομο
- Μείωση ή αντικατάσταση του φυσιολογικού *Lactobacillus sp.* με υψηλές συγκεντρώσεις στον κόλπο αναεροβίων (*Gardnerella Vaginallis*, *Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*), χλαμυδίων, μυκοπλάσμάτων & αρκετών μη δυνάμενων να καλλιεργηθούν αναεροβίων
- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: Ομοιογενές λευκωπό έκκριμα με οσμή “ψαρίλας”, που επιτείνεται μετά την απροφύλακτη επαφή ή με την εμμηνορρυσία
- Dysbiosis - Συχνά εμμένουσα συμπτωματολογία
- Σε γυναίκες που αναζητούν συνδρομή επαγγελματία υγείας, η BV είναι η συχνότερη αιτία κολπικής έκκρισης ή δυσσοσμίας - συχνά εντούτοις είναι *ασυμπτωματική*

BACTERIAL VAGINOSIS (BV) -2

↑ Επιπλοκές κύησης, ↑ κινδύνου PID, ↑ κινδύνου HIV μόλυνσης

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Φυσική εξέταση, Κολπικό pH & Μικροσκόπηση, NAAT's

Amsel's diagnostic criteria: (3 από τα ακόλουθα 4: *Vaginal pH 4.5 – Ομοιογενής γκριζωπή κολπική έκκριση - “Whiff test” (10% υδροξείδιο του καλίου προκαλεί οσμή “ψαρίλας”- Clue cells στο άμεσο παρασκεύασμα)*

Nugent's diagnostic criteria: Απαιτεί χρώση κατά Gram

Point-of-care (POC) testing: (διενέργεια διαγνωστικών tests εκτός εργαστηριακού περιβάλλοντος)

BV ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- ΜΕΤΡΟΝΙΔΑΖΟΛΗ (κολπικά, P.O.) σε διάφορα σχήματα
- ΚΛΙΝΔΑΜΥΚΙΝΗ: Αποτελεσματική, αλλά καταστρέφει τους γαλακτοβακίλλους, & η τοπική θεραπεία προδιαθέτει σε μυκητίαση. Η ενδοκολπική κλινδαμυκίνη μπορεί να εξασθενίσει & να προκαλέσει ρήξη προφυλακτικών
- Τα θεραπευτικά σχήματα έχουν παρόμοια ποσοστά ίασης 70-80% μετά 4 wks. Συμμόρφωση στην αγωγή οδηγεί συχνά σε συμπτωματική ανακούφιση αλλά όχι μικροβιολογική κάθαρση: 60% των γυναικών υποτροπιάζουν σε 3 μήνες, ειδικά μετά απροφύλακτη επαφή
- Αναπόδεικτη η χρησιμότητα προβιοτικών στην πρόληψη υποτροπών

Bacterial Vaginosis

Risk Category	Recommended Regimen	Alternatives
	metronidazole oral 500 mg orally 2x/day for 7 days	clindamycin 300 mg orally 2x/day for 7 days
	OR metronidazole gel 0.75%, one 5 gm applicator intravaginally, 1x/day for 5 days	OR clindamycin ovules 100 mg intravaginally at bedtime for 3 days ¹
	OR clindamycin cream 2%, one 5 gm applicator intravaginally, at bedtime for 7 days	OR secnidazole 2 gm oral granules in a single dose ²
		OR tinidazole 2 gm orally 1x/day for 2 days
		OR tinidazole 1 gm orally 1x/day for 5 days

- 1 Clindamycin ovules use an oleaginous base that might weaken latex or rubber products (e.g., condoms and diaphragms). Use of such products within 72 hours following treatment with clindamycin ovules is not recommended.
- 2 Oral granules should be sprinkled onto unsweetened applesauce, yogurt, or pudding before ingestion. A glass of water can be taken after administration to aid in swallowing.



TRICHOMONIASIS

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: Συχνά ασυμπτωματική. Τυπικά έντονη, αφρώδης, κίτρινη έκκριση, είτε ελάχιστη & υδαρής

ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Εκσεσημασμένη αιδοϊκή ευαισθησία, εξωτερική δυσουρία & επιπολής δυσπαρευνία

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ: 7 μέρες (εύρος 3-21d)

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ: Σεξουαλική οδός & περιγεννητικά. Σπανιότατα αφορά προεφηβικά κορίτσια

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ: Το αιδοίο ίσως να εμφανίζεται φυσιολογικό. Ερυθρότητα του αιδοίου ή των κολπικών τοιχωμάτων

- “*Strawberry cervix*” φλεγμονώδης στικτή αιμορραγία - ασυνήθης (2%)
- Αυξημένος κατά 50% κίνδυνος να επισυμβεί HIV λοίμωξη

“STRAWBERRY CERVIX”

COLPOSCOPY

APPLICATION OF LUGOL SOLUTION



TRICHOMONAS VAGINALIS

TRICHOMONIASIS ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Άμεση μικροσκόπηση εκκρίματος (*χαμηλότερη ευαισθησία κατά 44%–68% συγκριτικά με καλλιέργεια, ταχύτερο αποτέλεσμα*)
- Καλλιέργειες
- NAAT's
- Rapid Tests

TRICHOMONIASIS ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Μετρονιδαζόλη, Τινιδαζόλη σε διάφορα σχήματα. Ποσοστά ίασης 95%. Χαμηλή συμμόρφωση σε παρατεταμένα σχήματα
- Αποχή από τις επαφές μέχρι ολοκλήρωση αγωγής συντρόφου
- Τεστ ΐασης μια εβδομάδα μετά την έναρξη αγωγής, μικροσκόπηση ή καλλιέργεια

Trichomoniasis ²⁵		
Risk Category	Recommended Regimen	Alternatives
Women	metronidazole 500 mg 2x/day for 7 days	tinidazole 2 gm orally in a single dose
Men	metronidazole 2 gm orally in a single dose	tinidazole 2 gm orally in a single dose

ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ (Yeast infection)

ΑΙΤΙΑ: *Candida Albicans* (80-95%) - *Candida glabrata* (5%)

ΣΥΝΟΔΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ: Σ.Δ., PCO, Κύηση, Λήψη αντιβιοτικών, Ανοσοκαταστολή

ΜΕΤΑΔΟΣΗ: Κυρίως μη σεξουαλική

ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ: Αιδοίο, κόλπος, περιπρωκτικά

Φυσιολογικό κολπικό pH (4.5)

- 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)

ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ

- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: Ασυμπτωματική έως έντονα συμπτωματική (*κνησμός αιδοίου-καύσος-ευαισθησία-ενόχληση-επιπολής δυσουρικά/δυσπαρευνία*). Εντονότερη, είτε υποτροπιάζει στην περίοδο
- ΚΛΙΝΙΚΑ: παχύρευστο λευκωπό κρεμώδες έκκριμα με εμφάνιση “*cottage cheese*” & οσμή σαν ξινό γάλα, ερυθρότητα, ραγάδες
- Αξιόπιστη διάγνωση με ιστορικό (*π.χ. προηγούμενη λήψη αντιβιοτικών*) & κλινική εξέταση είναι επισφαλής
- ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ: Άμεση μικροσκόπηση (*βλαστοσπόρια ή ψευδοϋφές σε N/S ή 10% KOH*) είτε Καλλιέργειες σε ασυμπτωματικές γυναίκες

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ

- *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 επιπλεγμένη, η υποτροπιάζουσα, η *Non-Albicans* μορφή απαιτούν επιθετική αντιμετώπιση
- Η αποτελεσματικότητα της αγωγής του συντρόφου αμφισβητείται, καθώς και ο ρόλος των προβιοτικών

Recommended Regimens for Vulvovaginal Candidiasis

Over-the-Counter Intravaginal Agents

Clotrimazole 1% cream 5 g intravaginally daily for 7–14 days

or

Clotrimazole 2% cream 5 g intravaginally daily for 3 days

or

Miconazole 2% cream 5 g intravaginally daily for 7 days

or

Miconazole 4% cream 5 g intravaginally daily for 3 days

or

Miconazole 100 mg vaginal suppository one suppository daily for 7 days

or

Miconazole 200 mg vaginal suppository one suppository for 3 days

or

Miconazole 1,200 mg vaginal suppository one suppository for 1 day

or

Tioconazole 6.5% ointment 5 g intravaginally in a single application

Prescription Intravaginal Agents

Butoconazole 2% cream (single-dose bioadhesive product) 5 g intravaginally in a single application

or

Terconazole 0.4% cream 5 g intravaginally daily for 7 days

or

Terconazole 0.8% cream 5 g intravaginally daily for 3 days

or

Terconazole 80 mg vaginal suppository one suppository daily for 3 days

Oral Agent

Fluconazole 150 mg orally in a single dose

ΑΕΡΟΒΙΑ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ -1

- Η αερόβια κολπίτιδα (*Aerobic vaginitis*, AV) αναγνωρίστηκε το 2002 ως ξεχωριστή οντότητα, χαρακτηριζόμενη από ανώμαλη (*dysbiotic*) κολπική μικροχλωρίδα με αερόβια εντεροβακτηρίδια, φλεγμονή του κολπικού βλεννογόνου & παθολογική επιθηλιακή ωρίμανση. Μπορεί να συνυπάρχει με άλλες οντότητες όπως η BV & η candidiasis
- Μπορεί να προκαλέσει δυσπαρευνία, προδιάθεση για STIs (*HPV*, *HIV*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*), χοριοαμνιονίτιδα, νεογνική λοίμωξη, πρόωρο τοκετό & επαγωγή των CIN
- Διάγνωση: Άμεσο κολπικό παρασκεύασμα, ιδεατά με αντίθεση φάσης & υπολογισμό του “AV score”, λιγότερο με ενζυματικές & NAATs. Σφαλερές και ατελείς διαφοροδιαγνώσεις μεταξύ AV & BV οδηγούν σε λαθεμένη κατοπινή διαχείριση
- Η θεραπεία εξατομικεύεται ανάλογα με τα μικροσκοπικά ευρήματα & τις ανάγκες της ασθενούς: τοπική οιστρογονοθεραπεία, κορτικοειδή, αντιμικροβιακά & προβιοτικά

ΑΕΡΟΒΙΑ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ -2

Η AV & η BV μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά: ελαττωμένοι πληθυσμοί είτε απουσία γαλακτοβακίλλων, κολπική υπερέκκριση (οσμή ψαριού στην BV, δυσάρεστη βαριά οσμή σήψης στις σοβαρές μορφές AV) & αυξημένο pH (περισσότερο στην AV), υπάρχουν όμως & αξιοσημείωτες διαφορές:

- Στις γυναίκες με BV δεν υφίσταται φλεγμονή, ενώ ο κόλπος των γυναικών με AV είναι συχνά εξέρυθρος & οιδηματώδης, ενίοτε με εκδορές ή εξελκώσεις
- Το χρώμα του εκκρίματος στην BV είναι συνήθως λευκωπό ή γκρίζο & υδαρές, ενώ είναι κιτρινοπράσινο παχύρρευστο κολλώδες στην AV
- Γυναίκες με BV δεν έχουν δυσπαρευνία, που μπορεί να εμφανίζεται σε γυναίκες με σοβαρή AV
- Τέλος, η μικροσκόπηση διαφοροποιείται στην παρουσία λευκοκυττάρων και παραβασικών κυττάρων ή ανώριμων επιθηλιακών κυττάρων στην AV & την απουσία του κοκκιώδους τμήματος της μικροχλωρίδας, τυπικής της BV

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ

- Δεν υπάρχει ομοφωνία στον ορισμό της τραχηλίτιδας
- Αιτιολογία: λοιμώδης, είτε μη-λοιμώδης
- Διαγνωστικά σημεία:
 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 , ακόμη & σε ήπιο άγγιγμα βαμβακοφόρου στυλεού

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ – ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

- Ασυμπτωματική
- Κνησμός
- Αίσθημα καύσου
- Πόνος, σπανιότερα, στην 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 (*GV-Gardrenella*)

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

- Οι λοιμώδεις τραχηλίτιδες οφείλονται κυρίως σε *C. trachomatis*, *N. Gonorrhoeae*, *Τριχομονάδες*, *Έρπητα γεννητικών οργάνων* (ειδικά πρωτολοίμωξη HSV-2), *M. genitalium* & *BV*. Στην Ελλάδα υψηλός επιπολασμός για το *Ureaplasma Urealyticum/Parvum*
- Η χρονίζουσα φλεγμονή δεν οφείλεται απαραίτητα σε λοιμώδη παράγοντα καθώς συμβαδίζει με ορμονικά ερεθίσματα & την εξέλιξη της άωρης πλακώδους μετάπλασης
- Όταν μια τραχηλίτιδα εμφανίζεται σύντομα μετά φυσιολογικό τοκετό, συχνότερα αντανakλά την προοδευτική επούλωση τραχηλικών μικρορρήξεων
- Σπάνιες αιτίες μη-λοιμώδους τραχηλίτιδας είναι οι προκαλούμενες από τοπικό τραυματισμό, ακτινοβολία, ή κακοήθεια
- Οι συχνές κολπικές πλύσεις έχουν αβέβαιο ρόλο στην αιτιοπαθογένεση της τραχηλίτιδας

ΦΑΣΜΑ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑΣ

- Συχνά ασυμπτωματική, αντιπροσωπεύει όμως δεξαμενή για σεξουαλική & περιγεννητική μετάδοση παθογόνων μικροοργανισμών. Παθοφυσιολογικά, μπορεί δυνητικά να εμπλέκεται σε τουλάχιστον τρεις πιθανούς τύπους επιπλοκών:
 - (i) ανιούσα ενδοαυλική λοίμωξη παθογόνων από τον τράχηλο (*ενδομητρίτιδα, σαλπινγίτιδα*)
 - (ii) ανιούσα μόλυνση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (*χοριοαμνιονίτιδα, πρόωρη ρήξη υμένων, πρόωρος τοκετός, επιλόχειες και νεογνικές λοιμώξεις*)
 - (iii) προαγωγή ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών τραχήλου μήτρας

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑΣ

- 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* & *Ureaplasma Parvum*,
Chlamidiae Trachomatis, *Mycoplasma Hominis*)
 - Test ευαισθησίας

ΜΗ ΕΙΔΙΚΗ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ – ΑΓΩΓΗ

- Εμπειρική αγωγή με *Azithromycin* 1 g από του στόματος εφάπαξ είτε με *Doxycycline* 100-200 mg από του στόματος δις ημερησίως για 7-8 μέρες

Cervicitis ³		
Risk Category	Recommended Regimen	Alternatives
	doxycycline 100 mg orally 2x/day for 7 days	azithromycin 1 gm orally in a single dose

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ NEISSERIA GONORRHOEAE

Gram αρνητικός ενδοκυττάριος κόκκος με τροπισμό στο κυλινδρικό & μεταβατικό επιθήλιο

- Συχνό σεξουαλικά μεταδιδόμενο παθογόνο στις ΗΠΑ & την Ευρώπη, υπαίτιο για υψηλά ποσοστά ουρηθρίτιδας & τραχηλίτιδας, χαμηλότερος επιπολασμός στην Ελλάδα
- Ασυμπτωματική συχνά λοίμωξη, είτε τραχηλίτιδα με άοσμη εκσεσημασμένη λευκωπή ή κιτρινωπή κολπική υπερέκκριση, χωρίς σημεία τοπικού ερεθισμού
- Επινέμεση στους βαρθολίνειους, τους αδένες του Skene & την ουρήθρα
- Μέσω ενδομητρίτιδας και σαλπινγίτιδας πρόκληση πυελικής φλεγμονώδους νόσου & μαιευτικών επιπλοκών
- Διάγνωση: Καλλιέργειες, NAAT's, POC (point of care) NAAT's

Gonococcal Infections

Risk Category	Recommended Regimen	Alternatives
Uncomplicated infections of the cervix, urethra, and rectum: adults and adolescents <150 kg ⁶	ceftriaxone 500 mg IM in a single dose ¹⁷	If cephalosporin allergy: gentamicin 240 mg IM in a single dose PLUS azithromycin 2 gm orally in a single dose If ceftriaxone administration is not available or not feasible: cefixime 800 mg orally in a single dose¹⁷
Uncomplicated infections of the pharynx: adults and adolescents <150 kg ⁶	ceftriaxone 500 mg IM in a single dose ¹⁷	
Pregnancy	ceftriaxone 500 mg IM in a single dose ¹⁷	
Conjunctivitis	ceftriaxone 1 gm IM in a single dose ¹⁸	
Disseminated gonococcal infections (DGI) ¹⁹	ceftriaxone 1 gm IM or by IV every 24 hours ¹⁷	cefotaxime 1 gm by IV every 8 hours OR ceftizoxime 1 gm every 8 hours

Continued on next page



Risk Category	Recommended Regimen	Alternatives
Uncomplicated gonococcal vulvovaginitis, cervicitis, urethritis, pharyngitis, or proctitis: infants and children ≤45 kg	ceftriaxone 25–50 mg/kg body weight by IV or IM in a single dose, not to exceed 250 mg IM	
Uncomplicated gonococcal vulvovaginitis, cervicitis, urethritis, pharyngitis, or proctitis: children >45 kg	Treat with the regimen recommended for adults (see above)	
Ocular prophylaxis in neonates	erythromycin (0.5%) ophthalmic ointment in each eye in a single application at birth	
Ophthalmia in neonates and infants	ceftriaxone 25–50 mg/kg body weight by IV or IM in a single dose, not to exceed 250 mg	For neonates unable to receive ceftriaxone due to simultaneous administration of intravenous calcium: cefotaxime 100 mg/kg body weight by IV or IM as a single dose

- 17 If chlamydial infection has not been excluded, treat for chlamydia with doxycycline 100 mg orally two times/day for 7 days (if pregnant, treat with azithromycin 1 gm orally in a single dose).
- 18 Providers should consider one-time lavage of the infected eye with saline solution.
- 19 When treating for the arthritis-dermatitis syndrome, the provider can switch to an oral agent guided by antimicrobial susceptibility testing (AST) 24–48 hours after substantial clinical improvement, for a total treatment course of at least 7 days.



ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ

- Το συχνότερο υποχρεωτικά δηλούμενο βακτηριακό ΣΜΝ στις ΗΠΑ, με την μεγαλύτερη επίπτωση σε νέες γυναίκες ≤ 24 ετών
- Πολλαπλές απώτερες επιπλοκές (*PID, έκτοπη κύηση, υπογονιμότητα*)
- Αρκετές γυναίκες που διαγιγνώσκονται με ανεπίπλεκη τραχηλική λοίμωξη έχουν ήδη υποκλινική λοίμωξη του ανώτερου γεννητικού
- ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Κολπικά ή τραχηλικά επιχρίσματα είτε FVU (*first-void urine*). Οι δοκιμασίες NAAT's είναι οι πλέον ευαίσθητες. Οι POC (*point of care*) δοκιμασίες σε ασυμπτωματικές ασθενείς μπορεί δυνητικά να επισπεύσουν την θεραπεία. Νεώτερα NAAT-based POC tests έχουν αξιόπιστα αποτελέσματα

Chlamydial Infections

Risk Category	Recommended Regimen	Alternatives
Adults and adolescents	doxycycline 100 mg orally 2x/day for 7 days	azithromycin 1 gm orally in a single dose OR levofloxacin 500 mg orally 1x/day for 7 days
Pregnancy	azithromycin 1 gm orally in a single dose	amoxicillin 500 mg orally 3x/day for 7 days
Infants and children <45 kg ⁴ (nasopharynx, urogenital, and rectal)	erythromycin base 50 mg/kg body weight/day orally, divided into 4 doses daily for 14 days OR ethylsuccinate 50 mg/kg body weight/day orally, divided into 4 doses daily for 14 days	
Children who weigh ≥45 kg but who are aged <8 years (nasopharynx, urogenital, and rectal)	azithromycin 1 gm orally in a single dose	

Continued on next page



Risk Category	Recommended Regimen	Alternatives
Children aged ≥8 years (nasopharynx, urogenital, and rectal)	azithromycin 1 gm orally in a single dose OR doxycycline 100 mg orally 2x/day for 7 days	
Neonates: ⁵ ophthalmia and pneumonia	erythromycin base 50 mg/kg body weight/day orally, divided into 4 doses daily for 14 days OR ethylsuccinate 50 mg/kg body weight/day orally, divided into 4 doses daily for 14 days	azithromycin suspension 20 mg/kg body weight/day orally, 1x/day for 3 days

- 4 Data are limited regarding the effectiveness and optimal dose of azithromycin for treating chlamydial infection among infants and children who weigh <45 kg.
- 5 An association between oral erythromycin and azithromycin and infantile hypertrophic pyloric stenosis (IHPS) has been reported among infants aged <6 weeks. Infants treated with either of these antimicrobials should be followed for IHPS signs and symptoms.



ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ MYCOPLASMA GENITALIUM

- Απομονώνεται σε 10%–30% των γυναικών με κλινική τραχηλίτιδα στις ΗΠΑ
- Διπλασιασμός σχεδόν του κινδύνου για PID, πρόωρο τοκετό, αυτόματες αποβολές & υπογονιμότητα
- Μπορεί να διαδράμει ασυμπτωματικά, ασυμπτωματική λοίμωξη στον φάρυγγα
- Πρωκτική λοίμωξη σε 3% των γυναικών
- Αυξημένη ευπάθεια στην HIV λοίμωξη
- ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Εξαιρετικά βραδέως αναπτυσσόμενος μικροοργανισμός – οι καλλιέργειες μπορεί να απαιτήσουν διάστημα 6 μηνών
- Χρησιμοποιούνται Δοκιμασίες NAAT σε κολπικά, ενδοτραχηλικά, ουρηθρικά επιχρίσματα είτε FVU (*first-void urine*)

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ MYCOPLASMA GENITALIUM - Tx

Recommended Regimens if *M. genitalium* Resistance Testing Is Available

If macrolide sensitive: Doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 7 days, followed by azithromycin 1 g orally initial dose, followed by 500 mg orally daily for 3 additional days (2.5 g total)

If macrolide resistant: Doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 7 days followed by moxifloxacin 400 mg orally once daily for 7 days

Recommended Regimen if *M. genitalium* Resistance Testing Is Not Available

If *M. genitalium* is detected by an FDA-cleared NAAT: Doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 7 days, followed by moxifloxacin 400 mg orally once daily for 7 days

ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ (P.I.D.)

- ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: Συχνότερα ανιούσα λοίμωξη από τον κόλπο ή τον τράχηλο, που προκαλεί φλεγμονή του ανώτερου γεννητικού. Εξελίσσεται σε οιονδήποτε συνδυασμό σαλπινγίτιδας, ενδομητρίτιδας, ωοφορίτιδας, παραμητρίτιδας, πυελοπεριτονίτιδας & σχηματισμού σαλπινγωθηκικού 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*

ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ & Δ.Δ. ΑΛΓΟΥΣ ΥΠΟΓΑΣΤΡΙΟΥ

- Έκτοπη (εξωμήτρια) κύηση
- Λοίμωξη ουροποιητικού
- Επιπλοκές ωοθηκικής κύστης (συστροφή, ρήξη)
- Ενδομητρίωση
- Σκωληκοειδίτιδα
- Κακόηθες εξαρτηματικό μórφωμα
- Νόσος εντέρου
- Φλεγμονώδης νόσος εντέρου

ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ – ΙΣΤΟΡΙΚΟ & ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- Παράγοντες συννοσηρότητας από STI (νέος ερωτικός σύντροφος τον τελευταίο μήνα, εναλλαγές ερωτικών συντρόφων, μη χρήση προφυλακτικού, ηλικία < 25yrs, σύντροφος με συμπτώματα, ιστορικό STI, υπογονιμότητα, κλπ)
- Ιατρογενής ανιούσα λοίμωξη (εισαγωγή/αντικατάσταση IUD, διακοπή κύησης, διενέργεια υστεροσαλπιγγογραφίας, κλασματική απόξεση, υστεροσκόπηση, απομάκρυνση υπολειμμάτων κύησης, κλπ)

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ

ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Άλγος υπογαστρίου
- Παθολογικό κολπικό έκκριμα
- Μεσοκυκλική/Μετασυνουσιακή κολπική αιμόρροια
- Πυρετός/δυσουρικά/άλγος στην οσφύ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Άλγος στα εξαρτήματα/λαγόνιους βόθρους
- Ευαισθησία στην μετακίνηση του τραχήλου
- Βλεννοπυώδες τραχηλικό έκκριμα
- Πυρετός >38°/Εξαρτηματική μάζα/rebound/guarding

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ P.I.D.

- Αβέβαιη διάγνωση
- Υψηλός πυρετός με ρίγος & αφυδάτωση
- Διάχυτος περιτοναϊσμός
- Εξαρτηματική μάζα, υπόνοια πυελικού αποστήματος
- HIV/ανοσοκαταστολή
- Χρήστες i.v. ναρκωτικών με πενιχρή συμμόρφωση στην αντιβιοτική & απουσία υποστηρικτικού ιατροκοινωνικού δικτύου
- Συννοσηρότητες (*Ινσουλινοεξαρτώμενος Σ.Δ., δρεπανοκυτταρική αναιμία, κλπ*)

ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ – ΟΨΙΜΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1. Χρόνια Πυελική φλεγμονώδης Νόσος

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

2. Υπογονιμότητα λόγω σαλπινγικού παράγοντα

(12%, 35% και 70% μετά 1,2 ή 3 επεισόδια αντίστοιχα)

3. Έκτοπη Κύηση (το ποσοστό 1% που αφορά τον γενικό πληθυσμό μπορεί να φτάσει το 7% επί Ηχ P.I.D.)

Pelvic Inflammatory Disease

Risk Category	Recommended Regimen	Alternatives
Parenteral treatment	ceftriaxone 1 gm by IV every 24 hours PLUS doxycycline 100 mg orally or by IV every 12 hours PLUS metronidazole 500 mg orally or by IV every 12 hours	ampicillin-sulbactam 3 gm by IV every 6 hours PLUS doxycycline 100 mg orally or by IV every 12 hours
	OR cefotetan 2 gm by IV every 12 hours PLUS doxycycline 100 mg orally or by IV every 12 hours	OR clindamycin 900 mg by IV every 8 hours PLUS gentamicin 2 mg/kg body weight by IV or IM, FOLLOWED BY 1.5 mg/kg body weight every 8 hours. Can substitute with 3–5 mg/kg body weight 1x/day
	OR cefoxitin 2 gm by IV every 6 hours PLUS doxycycline 100 mg orally or by IV every 12 hours	

Risk Category	Recommended Regimen	Alternatives
Intramuscular/oral treatment	ceftriaxone 500 mg IM in a single dose ⁶ PLUS doxycycline 100 mg orally 2x/day for 14 days WITH metronidazole 500 mg orally 2x/day for 14 days	
	OR cefoxitin 2 gm IM in a single dose AND probenecid 1 gm orally, administered concurrently in a single dose PLUS doxycycline 100 mg orally 2x/day for 14 days WITH metronidazole 500 mg orally 2x/day for 14 days	
	OR Other parenteral third-generation cephalosporin (e.g., ceftizoxime or cefotaxime) PLUS doxycycline 100 mg orally 2x/day for 14 days WITH metronidazole 500 mg orally 2x/day for 14 days	

The complete list of recommended regimens can be found in Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021.



ΚΟΛΠΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

Παρατηρούνται μεταξύ κόλπου και ουροδόχου κύστης, ή ουρήθρας, ή ουρητήρων, ή ορθού

ΑΙΤΙΑ:

- Κολπικές ή κοιλιακές γυναικολογικές ή μαιευτικές επεμβάσεις
- Ακτινοθεραπεία
- Πολύωρος εργώδης τοκετός
- Ραγάδα δακτυλίου
- Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (σπανιότερα)

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ:

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

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

- Ιστορικό, κλινική εξέταση με χρήση σύρματος ή /μύλης, (κολποσκόπηση;)
- IVP, συριγγογραφία

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Χειρουργική αποκατάσταση της βλάβης

ΞΕΝΟ ΣΩΜΑ

- Άτομα προεφηβικής ηλικίας: *τεμάχια βαμβακιού, χαρτιού, ή άλλων αντικείμενων*
- Ενήλικες γυναίκες: *προφυλακτικά, tampon, κ.α.*
- Ανάπτυξη αρχικά άσηπτης φλεγμονής & σταδιακά την μετάπτωσή της σε σηπτική με επικράτηση παθογόνων μικροβίων

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΔΗΛΩΣΕΙΣ:

- Ιδιαίτερα δύσοσμη κολπική υπερέκκριση
- Ερεθισμός δέρματος αιδοίου
- Κνησμός
- ΣΠΑΝΙΟΤΑΤΑ τοξικό shock (*επί ξεχασμένου tampon*)
- Στις ενήλικες η διάγνωση στηρίζεται στην ανεύρεση του ξένου σώματος με επισκόπηση ή υπό κολποσκοπικό έλεγχο
- Στην νεογνική & παιδική ηλικία η αντιμετώπιση με το παρθενοσκόπιο σε τμήματα Παιδικής & Εφηβικής Γυναικολογίας

ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

- Απομάκρυνση του ξένου σώματος
- Υποστηρικτική αντιβιοτική κάλυψη

ΑΤΡΟΦΙΚΗ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ

- Απαντά στην εμμηνόπαυση (GSM), πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια (P.O.F.), χειρουργική ωοθηκεκτομή

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ:

- Φλεγμονώδης κολπίτιδα με αύξηση πυώδους κολπικής υπερέκκρισης
- Δυσπαρευνία, μετασυνουσιακή αιμορραγία

ΚΛΙΝΙΚΑ: Ατροφία των έξω γεννητικών οργάνων, ευθρυπτότητα & απώλεια πτυχών κολπικού βλεννογόνου

ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

- Εφόδου: Τοπική κρέμα οιστριόλης για 3-4wks – αγωγή συντήρησης κατόπιν
- Laser vaginal rejuvenation – ελάχιστα δεδομένα προοπτικών RCT's & LTF-U

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ-ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ – GENITOURINARY SYNDROME OF MENOPAUSE (GSM)

Συμπτωματολογία που πιθανά περιλαμβάνει:

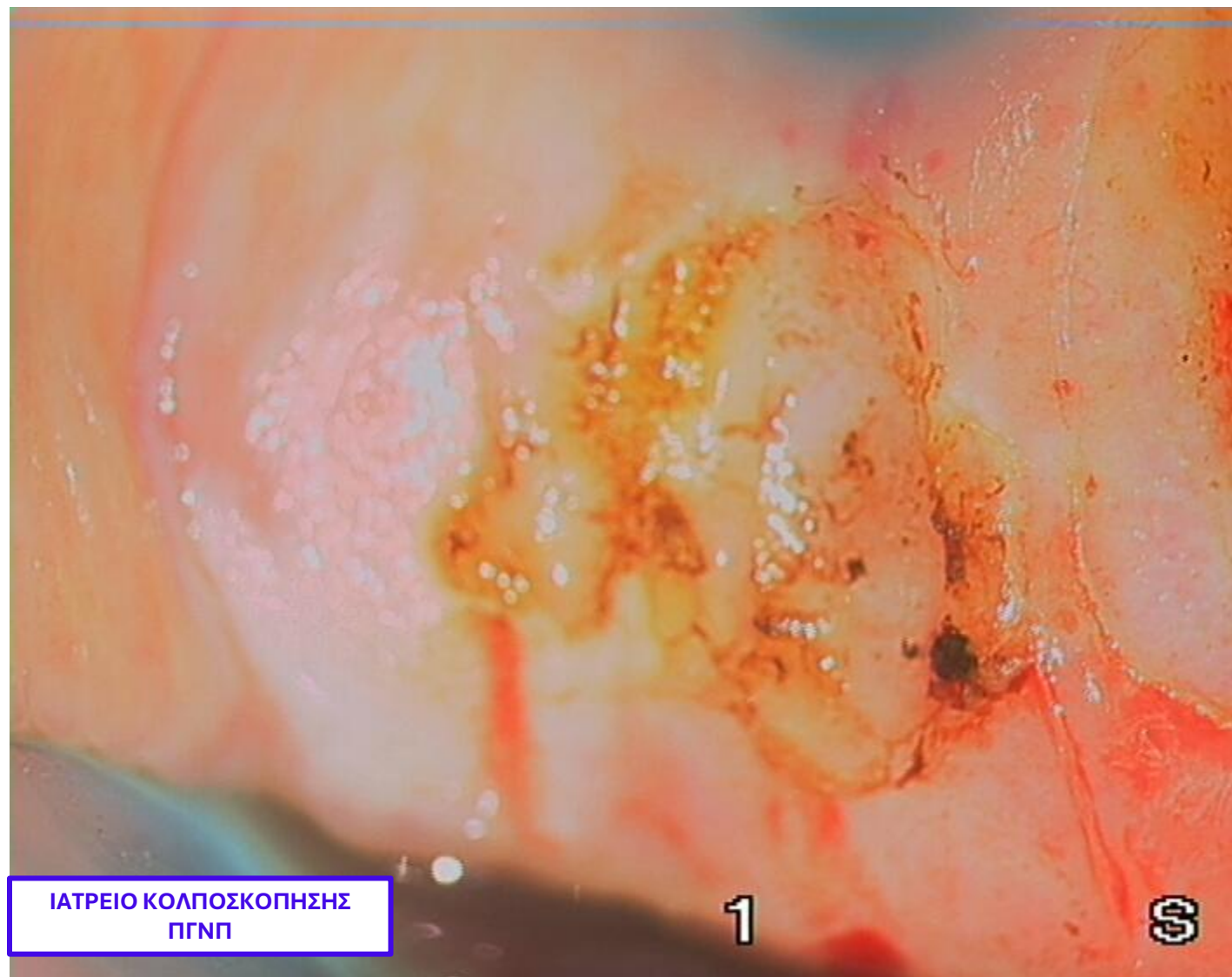
- Κολπική ξηρότητα
- Κολπικό καύσο
- Κολπική έκκριση
- Κνησμό έξω γεννητικών οργάνων (δ.δ. λειχήνες)
- Διαταραχές ούρησης (έπειξη, καύσος, συχνουρία, υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις)

ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ – VAGINAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIAS (VaIN)

- Συνήθως σχετίζονται με hrHPV & διαθέτουν υπαρκτό δυναμικό εξέλιξης σε Ca κόλπου
- Συνήθως αφορούν επέκταση τραχηλικής βλάβης
- Μπορεί να εμφανισθούν στο f-u υστερεκτομίας, ιδιαίτερα σε καπνίστριες
- Αποτελούν πιθανή αιτία παθολογικού Τεστ Παπ
- Εκλεκτική εντόπιση στο *ανώτερο οπίσθιο τμήμα κόλπου*
- Το διάλυμα Lugol στην κολποσκόπηση βελτιώνει την πιθανότητα ανίχνευσης

VAGINAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIAS (VaIN) - ΓΕΝΙΚΑ

- Οι υψηλόβαθμες VaIN βλάβες είναι προδιηθητικές: τα ποσοστά προόδου του υψηλόβαθμου VaIN σε κακοήθεια είναι περίπου 10%
- Συνολικά, τα ποσοστά επιμονής φτάνουν κυμαίνονται γύρω στο 15%, ενώ 75%-80% των βλαβών αναμένεται να υποστρέψουν
- Στην εξέταση είναι αναγκαία η πλήρης ορατότητα όλων των κολπικών βλεννογονικών πτυχών, ενώ υπάρχουν δυσκολίες στην αντιμετώπιση λόγω της ανατομικής θέσης του κόλπου
- Ο βιοπτικός έλεγχος βλαβών που δεν είναι τυπικά κονδυλώματα είναι αναγκαίος ώστε να τεκμηριωθεί η διάγνωση & να αποκλεισθεί η διήθηση



Κολποσκοπική εικόνα άμεσα κατόπιν βιοπτικού έλεγχου κολπικής ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης με χρήση μικρής αγκύλης διαθερμίας

Table 1. Treatment Methods for VaIN With Number of Studies, Patients, Cure Rates, and Follow-Up

Method of treatment	No. studies	Total no. patients in identified studies	Cure rates within the follow-up period, %	Duration of follow-up, mo	Authors with references in brackets
Excision (surgical)	3	129	69–85	44–61	Cheng et al. [12], Rome et al. [13], and Curtis et al. [14]
Laser ablation	5	152	68–87.5	12–60	Dodge et al. [2], Rome et al. [13], Sopracordevole [16], Diakomanolis et al. [17], and Yalcin et al. [49]
CUSA	2	138	74	21–53	Matsuo et al. [21] and Robinson et al. [22]
Vaginectomy	3	55	80–100	23	Dodge et al. [2], Diakomanolis et al. [17], and Fanning et al. [26]
Radiotherapy	4	68	86–100	6–90	Graham et al. [28], Woodman et al. [29], Ogino et al. [30], and Blanchard et al. [31]
5-FU	4	89	45–100	3–60	Dodge et al. [2], Rome et al. [13], Gonzalez Sanchez et al. [34], and Caglar et al. [35]

ΚΟΛΠΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

- Διακρίνονται σε *καλοήθη* & *κακοήθη*
- Τα καλοήθη νεοπλάσματα διακρίνονται σε συμπαγή & κυστικά (*λαιομυώματα, ινώματα, κύστεις κόλπου*)
- Τα κακοήθη νεοπλάσματα είναι εξαιρετικά σπάνια (0.5/100.000 γυναίκες), αντιστοιχώντας στο 2-4,5% των νεοπλασμάτων του γυναικείου γεννητικού συστήματος
- Συνήθως αποτελούν δευτεροπαθή επέκταση ατελώς εξαιρεθείσας τραχηλικής βλάβης
- Μόνο 10% εξορμούνται πρωτοπαθώς από τον κόλπο & αντιπροσωπεύουν την σπανιότερη γυναικολογική κακοήθεια (1-2%)

ΚΟΛΠΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ - ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ:

- Καρκινώματα (*Πλακώδη, ΑδενοCa, DES-related/clear cell*)
- Σαρκώματα 3%
- Μελανώματα 2%

ΕΝΤΟΠΙΣΗ:

- Ανώτερο 3μόριο κόλπου σε >50% περιπτώσεων,
- Οπίσθιο τοίχωμα 50%

Τα HPV-associated πλακώδη καρκινώματα (SCC) τείνουν να εντοπίζονται στα ανώτερα 2/3 του κόλπου, ενώ τα HPV-ανεξάρτητα SCC συνήθως αφορούν το κατώτερο 3μόριο

ΚΟΛΠΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ – ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

- Στο 20% ασυμπτωματικά
- Συνήθως ανακαλύπτονται τυχαία στην γυναικολογική εξέταση, λήψη Τεστ Παπανικολάου ή την Κολποσκόπηση
- Μπορεί να υπάρχει κάποια μορφή ανώμαλης κολπικής αιμόρροιας (μετασυνουσιακή/μετεμμηνοπαυσιακή) ή δύσοσμη κολπική υπερέκκριση λόγω επιμόλυνσης/νέκρωσης της επιφανείας του όγκου
- Σπανιότερα, πιεστικά φαινόμενα από το ουροποιητικό ή το πεπτικό

ΚΟΛΠΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ & ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Ηx δυσπλασιών είτε νεοπλασμάτων πρωκτογεννητικής περιοχής, ανοσοκαταστολής, λοίμωξης με hrHPV's, κάπνισμα, ΑΚΘ
- 50% έχουν συνυπάρχουσα προκαρκινική τραχηλική ή αιδοϊκή βλάβη

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

- Αμφίχειρη γυναικολογική/οροθοκολπική εξέταση,
- Κυτταρολογία\Κολποσκόπηση με βιοψία
- Ακτινογραφία θώρακα, CT/MRI/PET-CT
- Σε ειδικές περιπτώσεις κυστεοσκόπηση/ορθοσκόπηση/αξιολόγηση λεμφαδένων

ΚΟΛΠΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- Περιορισμένος ρόλος λόγω γειτνίασης με φυσιολογικούς ιστούς (ουρήθρα, ορθό, ουροδόχος κύστη), κυρίως μικροί όγκοι (< 2 cm) περιορισμένοι στο εγγύς τμήμα κόλπου
- Σε όγκους άνω ημιμορίου: Ριζική υστερεκτομία με πυελικό λεμφαδενικό καθαρισμό
- Σε όγκους κάτω ημιμορίου: “Ριζική” ευρεία τοπική εκτομή με όρια 1 cm, παράλληλα με αμφοτερόπλευρη βουβωνική λεμφαδενεκτομία
- Ο τύπος επέμβασης ποικίλλει από τοπική εκτομή, μερική κολπεκτομή, ριζική υστερεκτομία
- Πυελική εξεντέρωση με λεμφαδενεκτομία πιθανά έχει θέση σε Στ IV με ορθοκολπικά ή κυστεοκολπικά συρίγγια, είτε σε κεντρική υποτροπή μετά ακτινοθεραπεία

ΚΟΛΠΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ – ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Ειδικά στα προχωρημένα στάδια αντιπροσωπεύει τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας. Συνδυαστικά external beam radiation (EBRT) & intracavitary radiotherapy or brachytherapy (ICRT). Βασικό πλεονέκτημα είναι η διατήρηση των οργάνων
- Η εξωτερική δέσμη χρησιμεύει να θεραπεύσει την πρωτογενή νόσο & τους επιχώριους λεμφαδένες. Σκοπός είναι να μειωθεί ο όγκος του πρωτοπαθούς κολπικού νεοπλασματος, η αντιμετώπιση των λεμφαδένων και η εξάλειψη υπολειμματικής μικροσκοπικής νόσου
- Οι εξελίξεις στην ακτινοθεραπεία (εξωτερική & βραχυθεραπεία) που ενσωματώνουν την εξελιγμένη απεικόνιση (CT, MRI, PET/CT) και σχεδιασμό ώστε να περιορισθεί η δόση στους φυσιολογικούς ιστούς αυξάνοντας παράλληλα την δόση σε περιοχές ενδιαφέροντος

ΚΟΛΠΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ – ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Η βραχυθεραπεία δεν συνιστάται ως μονοθεραπεία για τα περισσότερα νεοπλάσματα κόλπου, ακόμη και για τα αρχόμενα στάδια, λόγω των συχνών υποτροπών
- Η υπολειπόμενη νόσος ακτινοβολείται με ραδιενεργό πηγή (συνήθως Ir192), τοποθετημένη πάνω ή εγγύς του όγκου
- Η υπολειμματική νόσος λαμβάνει έτσι επιπρόσθετη δόση, ενώ προστατεύονται οι γειτονικοί φυσιολογικοί ιστοί

ΚΟΛΠΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ CCRT

- Μελέτη της Cochrane του 2010 ανέδειξε 6% μείωση στο συνολικό κίνδυνο θανάτου & κατά 8% βελτιωμένη disease-free survival benefit για την CCRT
- Σε μεγάλη μελέτη του 2014 στις ΗΠΑ, η CCRT απέτέλεσε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα βελτιωμένης συνολικής επιβίωσης (*56 μήνες για την CCRT vs 41 μήνες για ΑΚΘ*)
- Κυρίως χρησιμοποιείται το cisplatin ή το 5-FU

ΚΟΛΠΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ & ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- Γνωστοί προγνωστικοί στους ενήλικες είναι το στάδιο της νόσου, το μέγεθος & η εντόπιση του όγκου (*όγκοι ανώτερου 3μορίου έχουν ευνοϊκότερη πρόγνωση*), ο ιστολογικός τύπος (*τα αδενοκαρκινώματα χαρακτηρίζονται από χειρότερη πρόγνωση*), το HPV status & η ηλικία
- Οι εξελίξεις στην ακτινοθεραπεία (*τόσο στην εξωτερική όσο και στην βραχυθεραπεία*) έχουν βελτιώσει τον τοπικό έλεγχο, την επιβίωση & την τοξικότητα
- 5-years overall survival στο 77%, 52%, 42%, 20% & 13% για τα στάδια I, II, III, IVA & IVB, αντίστοιχα

ΚΟΛΠΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ – ΤΟΠΙΚΕΣ ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ

- Οι τοπικές υποτροπές είναι συχνές & αφορούν 23–26% των ασθενών στην 5ετία
- Κύριος προγνωστικός παράγοντας είναι το *Στάδιο*
- Ασθενείς με τοπική υποτροπή έχουν βελτιωμένη επιβίωση συγκριτικά με εκείνες με απομακρυσμένες μεταστάσεις (*20% vs 4% στην 5ετία*)
- Αν και η PET/CT μπορεί να αναδείξει την υποτροπιάζουσα νόσο, η MRI είναι χρησιμότερη στην αξιολόγηση της διήθησης & του όγκου



ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ