

**ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ & ΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ
ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

ΓΙΩΡΓΟΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

**ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ**

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2017-8

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Κνησμός αιδοίου	3
2. Αιδοιοδυνία	3
3. Εξελκώσεις αιδοίου	3
4. Οίδημα αιδοίου	4
5. Ογκίδια αιδοίου	4
6. Παθολογικές κολπικές εκκρίσεις	5
7. Αιδοιοκολπίτιδες	6
7.1. <i>Bacterial vaginosis (BV)</i>	7
7.2. Μυκητιασική (Καντινιασική) Κολπίτιδα	9
7.3. Κολπίτιδα από <i>Trichomonas Vaginalis (TV)</i>	12
7.4. Γονόρροια - <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	14
8. Ερπητική λοίμωξη	16
9 Τραχηλίτιδες	20
9.1. Τραχηλίτιδα από <i>Ureaplasma Urealyticum</i>	20
9.2. Τραχηλίτιδα από <i>Chlamydiae Trachomatis</i>	21
9.3. Τραχηλίτιδα από <i>Mycoplasma Genitalum</i>	22
9.4. Τραχηλίτιδα από <i>Neisseria Gonorrhoeae</i>	23
9.5. Τραχηλίτιδα από <i>Trichomonas Vaginalis</i>	23
10. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.)	24
11. Πυελική φλεγμονώδης νόσος	26
12. Ενδεικνυόμενος έλεγχος μετά σεξουαλική επίθεση/Κακοποίηση	30
Βιβλιογραφία	33

1. ΚΝΗΣΜΟΣ ΑΙΔΟΙΟΥ

Πιθανές αιτιολογίες:

1. Μυκητιασική αιδοιίτιδα (η συχνότερη, αιτία)
2. Vulvar Intraepithelial Neoplasia (VIN, Διαφοροποιημένο ή Αδιαφοροποίητο dVIN/uVIN) και οι σχετιζόμενες καταστάσεις (π.χ. λειχήνας)
3. Ψώρα (άκαρι της ψώρας)
4. Ψωρίαση
5. Φθειρίαση (*Pthirus pubis*)
6. Αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής

2. ΑΙΔΟΙΟΔΥΝΙΑ

Αποτελεί σχετικά συχνή αιτίαση, που συνήθως έχει χαρακτήρα καύσου - κνησμού.

Πιθανές αιτιολογίες:

1. Αλλεργική αιτιολογία
2. Τραυματική αιτιολογία
3. Αιδοϊκή ατροφία λόγω μετεμμηνόπαυσης
4. Έλκη αιδοίου
5. Νευρογενής, κ.α.

3. ΕΞΕΛΚΩΣΕΙΣ ΑΙΔΟΙΟΥ

Πιθανές αιτιολογίες:

1. Λοιμώξεις
 - 1.i. Ερπητική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων
 - 1.ii. Σύφιλη
 - 1.iii. Άλλα αφροδίσια (μαλακό έλκος, βουβωνικό κοκκίωμα, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα)
 1. iv. Άλλες λοιμώξεις (φυματίωση, δοθιήνας, θυλακίτις, ιδραδενίτις, αμοιβάδωση)
2. Κακοήθη νεοπλάσματα (αναπτύσσονται αλλού)
3. Συστηματικά νοσήματα (Νόσος Αδαμαντιάδη-Bechet, Αφθώδη έλκη άγνωστης αιτιολογίας, νόσος Crohn, ιστιοκύτωση X, κ.α.)
4. Χρόνιες κνησμώδεις καταστάσεις (σακχαρώδης διαβήτης, χολόσταση, θυρεοειδοπάθειες, σιδηροπενική αναιμία, ουραιμία, κ.α.)
5. Τραυματισμός

4. ΟΙΔΗΜΑ ΑΙΔΟΙΟΥ

Η βασική διάκριση που πρέπει να γίνει αφορά την **εντόπιση** του οιδήματος

- Εάν είναι **μονόπλευρο**, η σκέψη πρέπει να κατευθυνθεί στην *βαρθολινίτιδα*, ειδικά σε πρόσφατη εμφάνιση, όπως και στην *συφιλιδική προσβολή*.
- Εάν είναι **διάχυτο** και χρονίζει, οφείλουμε να σκεφθούμε το *βουβωνικό κοκκίωμα*, το *λέμφωμα*, τη *μεταστατική λεμφαδενική διόγκωση*, την *διαταραχή στην διάπλαση του λεμφικού δικτύου*, ή τέλος στην *νόσο Crohn*.

5. ΟΓΚΙΔΙΑ ΑΙΔΟΙΟΥ

Πιθανές αιτιολογίες:

1. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

- 1.1. Οξυτενή κονδυλώματα (HPV)
- 1.2. Μολυσματική Τέρμινθος - Molluscum Contagiosum Virus (MCV)

2. ΚΥΣΤΙΚΟΙ ΠΡΩΤΙΣΤΩΣ ΟΓΚΟΙ

- 2.1. Κύστη Βαρθολινείου
- 2.2. Κύστη πόρου του Nuck
- 2.3. Επιδερμικές κύστεις εγκλείστων

3. ΣΥΜΠΑΓΕΙΣ ΠΡΩΤΙΣΤΩΣ ΟΓΚΟΙ

- 3.1 Ίνωμα
- 3.2 Λίπωμα
- 3.3. Σπίλοι
- 3.4. Επικουρικοί μαστοί
- 3.5. Ιδραδενώματα
- 3.6. Νόσος Fox-Fordyce
- 3.7. Συριγγώματα
- 3.8. Ινοεπιθηλιακοί πολύποδες (ακροχορδώνες)
- 3.9. Σβάννωμα
- 3.10. Ενδομητρίωση

6. 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 , πιθανή σεξουαλική κακοποίηση (σε νεότερες γυναίκες)
7. Νεοπλασίες (σε μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες)

Μη λοιμώδεις αιτίες κολπικής υπερέκκρισης

Ξένο σώμα, ταμπρον, προφυλακτικό, τραύμα, συρίγγιο, ενδοτραχηλικός πολύποδας, κοκκίωμα, νεοπλασίες, τεχθέν ινομύωμα, αλλεργική αντίδραση, εκτρόπιο.

Λοιμώδεις αιτίες κολπικής υπερέκκρισης

Μύκητες, τριχομονάδες, βακτηριακή κολπίτιδα, ουρεαπλάσματα και χλαμύδια, E. Coli, πυελική φλεγμονώδης νόσος, λοίμωξη μετά διακοπή κύησης, επιλόχεια λοίμωξη, Σ.Μ.Ν. (σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα).

7. ΑΙΔΟΙΟΚΟΛΠΙΤΙΔΕΣ

Ως **αιδοιοκολπίτιδα** ορίζεται ένα φάσμα καταστάσεων που προκαλούν συμπτώματα από τον κόλπο ή το αιδοίο. Κυρίως προκαλούνται από μύκητες (*Candida Albicans*), τριχομονάδες, αερόβια & αναερόβια μικρόβια, HPV, απλό έρπητα, ξένα σώματα, αιμόφιλο του κόλπου. Ξεχωριστή οντότητα είναι η ατροφική – γεροντική κολπίτιδα που οφείλεται στην οιστρογονοπενία. Εντούτοις, ακόμη και σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας η φυσιολογική κολπική χλωρίδα είναι ετερογενής, και ανευρίσκονται συχνά δυνητικά παθογόνα μικρόβια όπως *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, *group B streptococci (GBS)*, στελέχη *Mycoplasma*, και *Candida albicans*.

ΑΙΔΟΙΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑ – ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

1. Έντονος κνησμός κατά τον κόλπο & το αιδοίο
2. Κολπική υπερέκκριση
3. Αιδοϊκός καύσος
4. Δυσπαρευνία
5. Δυσουρία

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>	<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
<i>Τριχομονάδες</i>	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Κιτρινοπράσινο φυσαλιδώδες	Δυσπαρευνία, ευαισθησία, δυσουρία	Όχι
<i>Καντιτίαση</i>	<i>Candida albicans</i> , <i>Candida krusei</i> , <i>Candida glabrata</i>	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

Farage MA, Miller KW, Ledger WJ. Obstet Gynecol Surv. 2008; 63(7): 445-464.

7.1. Bacterial vaginosis (BV) (Μη ειδική κολπίτιδα, Κολπίτιδα από αιμόφιλο)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: Αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες παθολογικής κολπικής έκκρισης σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Η επίπτωσή της κυμαίνεται από 5% σε ασυμπτωματικές γυναίκες έως & 50% του γυναικείου πληθυσμού.

Στην BV το κολπικό pH αυξάνεται πάνω από το 4,5 και έως το 6,0. Διαπιστώνονται ελαττωμένοι πληθυσμοί γαλακτοβακίλλων (*Lactobacilli*) που παράγουν υπεροξείδιο του υδρογόνου, η δε κολπική χλωρίδα κυριαρχείται από πολλά αναερόβια και δυνητικά αναερόβια μικρόβια, με συγκεντρώσεις έως και χιλιάδες φορές ανώτερες του φυσιολογικού. Καλλιέργειες με συμβατικές τεχνικές αναγνώρισαν *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus spp.*, *πεπτοστρεπτοκόκκων*, *Prevotella spp* ως τα συχνότερα ενοχοποιούμενα παθογόνα. Αν και η αιτιολογία της BV παραμένει ασαφής, εντούτοις ο ρόλος της *Gardnerella* είναι κομβικός, ενώ πιθανότατα συμβάλει η εγκατάσταση σύνθετων δυσίατων βακτηριακών αποικιών ίσως με την μορφή βιομεμβράνης (*biofilm*) που περιέχουν ειδικά βακτήρια (*Sneathia spp.*, *Atorobium*), κάποια από τα οποία μόλις πρόσφατα έχουν χαρακτηριστεί με χρήση PCR.

Διχογνωμία υφίσταται κατά πόσο η κατάσταση αυτή αντιπροσωπεύει μια αμιγή ανισορροπία της κολπικής χλωρίδας, είτε ξεκινά ως σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη (STI). Ως ενοχοποιητικοί παράγοντες έχουν αναφερθεί οι κολπικές πλύσεις, κάποιες σεξουαλικές πρακτικές, η μαύρη φυλή, πρόσφατη αλλαγή σεξουαλικού συντρόφου, το κάπνισμα, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα π.χ. χλαμύδια ή έρπητας. Εντούτοις έχει περιγραφεί & σε παρθένες.

ΣΗΜΕΙΑ & ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Από πλευράς συμπτωματολογίας, χαρακτηριστική είναι η δυσάρεστη οσμή «ψαριού» που δεν συνδυάζεται με ευαισθησία, ενόχληση ή ερεθισμό. Συχνά είναι σιωπηλή κλινικά. Στην γυναικολογική εξέταση διαπιστώνεται ένα λεπτόρρευστο ομοιογενές λευκωπό έκκριμα που καλύπτει τα τοιχώματα του κόλπου & του προδρόμου.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ: Κατά καιρούς έχει ενοχοποιηθεί για επιπλοκές της κύησης (*όψιμη αποβολή, πρόωρο τοκετό, PPRM και ενδομητρίτιδα της λοχείας*), στην παθογένεση της πυελικής φλεγμονώδους νόσου, όπως και αύξηση του κινδύνου HIV μόλυνσης. Πιθανά μπορεί επίσης να προκαλέσει επιπλοκές σε γυναίκες που υποβάλλονται σε διακοπή κύησης (όπως π.χ. ενδομητρίτιδα). Ασαφής παραμένει ο ρόλος της στην παθογένεση της ενδομητρίτιδας μετά τοποθέτηση IUD & σε μετεγχειρητικές λοιμώξεις μετά κολπική υστερεκτομία. Η BV μπορεί να συνυπάρχει με άλλες αιτίες παθολογικής κολπικής έκκρισης, όπως μυκητιάσεις, τριχομονάδες, ή τραχηλίτιδες

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Τίθεται όταν διαπιστώνονται τρία από τα τέσσερα κριτήρια του *Amsel's*, είτε ένα κολπικό επίχρισμα με χρώση κατά Gram το οποίο αξιολογείται με τα κριτήρια των *Hay/Ison* είτε με τα κριτήρια του Nugent. Στην μικροσκοπήση χαρακτηριστική είναι η παρουσία των 'clue cells'. Ενώ υπάρχουν διαθέσιμα πολυάριθμα εμπορικά kits, από μόνη της η απομόνωση της *Gardnerella* δεν είναι αξιόπιστη καθώς μπορεί να καλλιεργηθεί από τον κόλπο σε άνω του 50% των φυσιολογικών γυναικών.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

- **Metronidazole** 500 mg από του στόματος δις ημερησίως για 7 ημέρες, *είτε*
- **Metronidazole** 5 g ενδοκολπικά μια φορά προ κατάκλισης για 7 ημέρες, *είτε*
- **Clindamycin** 5 gr ενδοκολπική κρέμα μια φορά προ κατάκλισης για 7 ημέρες, *είτε*
- **Tinidazole** 2 g από του στόματος άπαξ ημερησίως για 2 ημέρες, *είτε*
- **Tinidazole** 1 g από του στόματος άπαξ ημερησίως για 5 ημέρες, *είτε*
- **Clindamycin** 300 mg από του στόματος δις ημερησίως για 7 ημέρες, *είτε*
- **Clindamycin** ενδοκολπικά δισκία των 100 mg μια φορά προ κατάκλισης για 3 ημέρες

Η θεραπεία ενδείκνυται για γυναίκες οι οποίες είναι συμπτωματικές, καθώς και για γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργικές επεμβάσεις. Οι αποτυχίες της θεραπείας είναι συνήθεις, και μπορεί να επισπευσθούν μετά από απροφύλακτες επαφές. Παρά την απουσία σχετικών εργαστηριακών μοντέλων, τα προβιοτικά έχουν δείξει κάποια αποτελεσματικότητα ως επικουρικής θεραπείας στην θεραπεία της BV, κάτι που έχει φανεί και σε ορισμένες κλινικές μελέτες.

ΚΥΗΣΗ & BV: Ενώ τα πρόσφατα δεδομένα υπαινίσσονται την ασφάλεια της μετρονιδαζόλης όταν αυτή χορηγείται στο 1^ο τρίμηνο της κύησης, η μέτα-ανάλυση Cochrane του 2009 δεν ανέδειξε αδιαμφισβήτητη την αιτιολογική συσχέτιση της BV με τον πρόωρο τοκετό. Οι συμπτωματικές έγκυες πρέπει να λαμβάνουν την καθιερωμένη αγωγή, ενώ δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την αδιάκριτη χορήγηση θεραπείας σε ασυμπτωματικές έγκυες που έχουν βρεθεί θετικές σε BV. Γυναίκες με επιπρόσθετους επιβαρυντικούς παράγοντες για πρόωρο τοκετό είναι πιθανό να ωφεληθούν από την χορήγηση θεραπείας πριν την 20^η εβδομάδα κύησης. Σε κάθε περίπτωση, σκόπιμη είναι η ανίχνευση για BV πριν την διενέργεια διακοπής κύησης.

7.2. Μυκητιασική (Καντιτιασική) Κολπίτιδα

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: *Candida albicans* (80-92%), είδη Non-albicans π.χ. *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*, και *Saccharomyces cerevisiae*.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΓΥΝΑΙΚΕΣ): Η σημειολογία ποικίλλει από υποκλινική έως έντονα συμπτωματική, με αιδοϊκό κνησμό, ευαισθησία, καύσο, ενόχληση, επιπολής δυσπαρευνία, εξωτερική δυσουρία, κνησμό & ευαισθησία.

ΣΗΜΕΙΑ: Διαπιστώνονται ερυθρότητα, παχύρρευστο (σπάνια μπορεί να είναι λεπτόρρευστο) άοσμο λευκωπό έκκριμα, οίδημα, εκδορές και ενίοτε δημιουργία ραγάδων. Επίσης πιθανή παρουσία δορυφόρων αλλοιώσεων. Κανένα από τα συμπτώματα αυτά δεν είναι παθογνωμονικό αιδοιοκολπικής καντιτίασης, και πρέπει να υπάρξει εργαστηριακή τεκμηρίωση, καθώς αρκετές γυναίκες (πιθανά περισσότερες από τις μισές αυτοδιαγνωσθείσες) μπορεί τελικά να έχουν άλλες καταστάσεις, π.χ. δερματίτιδες, αλλεργικές αντιδράσεις, σκληρωτικό λειχήνα. Παράλληλα τα συμπτώματα δεν αποτελούν οδηγό για το υπεύθυνο είδος. 10-20% των γυναικών στα αναπαραγωγικά τους χρόνια μπορεί να έχουν αποικισθεί με *Candida* sp. αλλά να μην έχουν σημεία & συμπτώματα, αυτές οι γυναίκες δεν χρειάζονται θεραπεία. Χαρακτηριστικά, η συμπτωματολογία είναι πολύ εντονότερη είτε επανεμφανίζεται στις ημέρες της περιόδου. Η μυκητιασική αιδοιοκολπίτιδα συχνά είναι περισσότερο θορυβώδης όταν συνυπάρχει HPV λοίμωξη.

Ευρέως διαδεδομένη είναι η διάκριση της μυκητιασικής κολπίτιδας σε *Ανεπίπλεκτη* και *Επιπλεγμένη* μορφή. Η πρώτη, συχνότερη, αφορά σποραδικά ή σπάνια επεισόδια, με ήπια συμπτώματα και ευρήματα, όπου ενοχοποιείται η *Candida Albicans*, και αφορά ανοσοεπαρκείς γυναίκες χωρίς συμπαρομαρτούσα κύηση. Αντίθετα, η επιπλεγμένη μορφή αφορά γυναίκες με 4 ή περισσότερες υποτροπές στο έτος, έντονη συμπτωματολογία και ευρήματα, με πιθανολογούμενη ή επιβεβαιωμένη λοίμωξη από *non-Albicans* στελέχη της *Candida* (*C. Glabrata*, *C. krusei*, *C. torulopsis*, *C. tropicalis*), κ.α.), έγκυες, ή γυναίκες με διαβήτη, ανοσοκαταστολή, συννοσηρότητες ή άλλη αιδοιοκολπική παθολογία.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Αξιόπιστη διάγνωση με συνδυασμό ιστορικού και κλινικής εξέτασης είναι ανέφικτη, και απαιτείται: 1) διαπίστωση βλαστοσπορίων ή ψευδοφών κατά την μικροσκόπηση με φυσιολογικό ορό ή 10% ΚΟΗ είτε 2) θετικές καλλιέργειες σε συμπτωματικές γυναίκες. Δεδομένου ότι σχετίζεται με φυσιολογικό κολπικό pH (<4.5) η μέτρηση του τελευταίου δεν προσφέρει διαγνωστική βοήθεια. Η μικροσκόπηση ρουτίνας και οι καλλιέργειες αποτελούν την εξέταση αναφοράς για συμπτωματικές γυναίκες. Κολπικό επίχρισμα πρέπει να λαμβάνεται από τον πρόσθιο θόλο.

Η διερεύνηση του είδους (*albicans/non-albicans spp*) είναι αναγκαία σε επιπλεγμένη λοίμωξη. Η διαφοροδιάγνωση της *non-Albicans Candida* βασίζεται στα: 1) RFLP's (restriction fragment length polymorphisms), 2) Ηλεκτροφόρηση pulsed-field gel, 3) Τυχαία ενίσχυση πολυμορφισμών DNA, 4) DNA probes

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: Γενικά μέσα ενυδάτωσης αιδοίου, αποφυγή ένδυσης με στενά συνθετικά ρούχα, η χρήση καλλυντικών. Δεδομένου ότι όλες οι τοπικές και συστηματικές θεραπείες με αζόλες παρέχουν ποσοστά μυκητιασικής κάθαρσης που ξεπερνούν το 80% η επιλογή της αγωγής βασίζεται στην προτίμηση & το κόστος. Η βραχυχρόνια τοπική αγωγή (*μονοδοσιακά ή σχήματα 1–3 ημερών*) θεραπεύουν αποτελεσματικά την ανεπίπλεκτη μορφή. Τα κολπικά και τα από του στόματος αντιμυκητιασικά είναι εξίσου αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της ανεπίπλεκτης μυκητιασικής αιδοιοκολπίτιδας. Οι τοπικά εφαρμοζόμενες αζόλες είναι πιο αποτελεσματικές από την νυστατίνη. Η φλουκοναζόλη συνιστά την προτιμώμενη αγωγή από του στόματος. Η θεραπεία με αζόλες οδηγεί σε ανακούφιση από συμπτωματολογία και αρνητικές καλλιέργειες σε 80%–90% των ασθενών που συμπληρώνουν την θεραπεία. Οι τοπικές θεραπείες με αζόλες μπορεί να προκαλέσουν αιδοιοκολπικό ερεθισμό, και αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη εάν τα ενοχλήματα επιμένουν ή επιτείνονται.

Η επιπλεγμένη, η υποτροπιάζουσα μορφή και η οφειλόμενη σε *Non-Albicans* στελέχη απαιτούν επιθετικότερη αντιμετώπιση.

CANDIDA ALBICANS - ΑΝΕΠΙΠΛΕΚΤΗ ΜΟΡΦΗ - ΤΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
<ul style="list-style-type: none"> • Clotrimazole 2% κρέμα 5 g ενδοκολπικά για 7–14ημέρες, <i>είτε</i> • Clotrimazole 500 mg κολπικό δισκίο 1x1 εφ’ άπαξ, <i>είτε</i> • Miconazole 2% κρέμα 5 g ενδοκολπικά για 7 ημέρες, <i>είτε</i> • Miconazole 400 mg κολπικά δισκία, 1x1 για 3 ημέρες, <i>είτε</i> • Miconazole 200 mg κολπικά υπόθετα, 1x1 για 3 ημέρες, <i>είτε</i> • Tioconazole 2% αλοιφή 5 g ενδοκολπικά, για τρεις ημέρες, <i>είτε</i> • Econazole 150 mg κολπικά δισκία, 1x1 για τρεις ημέρες, <i>είτε</i> • Econazole 1% κολπική αλοιφή 5g x 1 για 3 ημέρες, <i>είτε</i> • Isoconazole 300mg κολπικά υπόθετα 1x1 για τρεις ημέρες, <i>είτε</i> • Isoconazole 600mg κολπικά υπόθετα 1x1 εφ’ άπαξ, <i>είτε</i> • Fenticonazole 600mg κολπικά υπόθετα εφ’ άπαξ, <i>είτε</i> • Fenticonazole 200mg κολπικά υπόθετα 1x1 για τρεις ημέρες
CANDIDA ALBICANS - ΑΝΕΠΙΠΛΕΚΤΗ ΜΟΡΦΗ – ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
<ul style="list-style-type: none"> • Fluconazole 150mg από του στόματος εφ’ άπαξ
CANDIDA ALBICANS ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΜΟΡΦΗ
ΑΓΩΓΗ ΕΦΟΔΟΥ
<ul style="list-style-type: none"> • Ως ανωτέρω κολπικά ή/και από του στόματος με πλέον παρατεταμένη διάρκεια αρχικής αγωγής (λ.χ., 7–14 ημέρες τοπικής θεραπείας ή 100-mg, 150-mg, or 200-mg από του στόματος δόση Fluconazole κάθε τρίτη μέρα για ένα σύνολο δόσεων [ημέρες 1, 4, και 7]) ώστε να επιτευχθεί μυκητολογική ύφεση πριν την μετάβαση σε θεραπεία

συντήρησης

ΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ

- Εβδομαδιαία λήψη 100-mg, 150-mg, or 200-mg από του στόματος δόση **Fluconazole** επί 6μηνο
- Αν το ανωτέρω είναι ανέφικτο, διαλείπουσα χορήγηση **τοπικών παραγόντων**

NON-ALBICANS CANDIDA

- Η βέλτιστη αγωγή δεν έχει καθοριστεί.
- Αποτελεσματική είναι η παρατεταμένη (7-14 μέρες) χορήγηση 100mg **Itraconazole**
- Επί υποτροπής κολπική εφαρμογή **βορικού οξέος** (600 mg) σε υπόθετο ζελατίνης άπαξ ημερησίως για 2 εβδομάδες

7.3. Κολπίτιδα από Trichomonas Vaginalis (TV)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: Οφείλεται στο μαστιγοφόρο πρωτόζωο *T. Vaginalis*. Στην γυναίκα το παράσιτο ανευρίσκεται στην ουρήθρα, τον κόλπο & τους παραουρηθρικούς αδένες. Η μετάδοση είναι αποκλειστικά σεξουαλική με ενοφθαλμισμό στην ουρήθρα η τον κόλπο.

ΣΗΜΕΙΑ & ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Στις γυναίκες, συχνά (10-50%) η λοίμωξη είναι ασυμπτωματική. Μπορεί να παρατηρηθούν δυσουρικά ενοχλήματα, δυσπαρευνία, αύξηση κολπικών εκκρίσεων οι οποίες είναι παχύρρευστες είτε λεπτόρρευστες, αφρώδεις ή κιτρινωπές με δυσάρεστη οσμή, κνησμός κατά τον κόλπο. Τα συμπτώματα αυτά είναι μη ειδικά για TV. Σπάνια τα συμπτώματα αφορούν άλγη υπογαστρίου ή αιδοϊκές εξελκώσεις. Στην γυναικολογική εξέταση διαπιστώνεται κολπική υπερέκκριση σε περίπου 70% των ασθενών, ποικίλλουσα σε ποιότητα από ελάχιστο λεπτόρρευστο έκκριμα έως εκσεσημεσμένη ποσότητα παχύρρευστου εκκρίματος. Η κλασική φυσαλιδώδης κιτρινωπή έκκριση απαντά σε 10-30% των γυναικών. Σχεδόν 2% των ασθενών θα έχουν εμφάνιση του τραχήλου “strawberry cervix” δια γυμνού οφθαλμού, υψηλότερα ποσοστά διαπιστώνονται κολποσκοπικά. Εντούτοις, 5-15% των γυναικών θα έχουν φυσιολογική κλινική εξέταση.



ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ: Πιθανά συσχετίζεται με δυσμενείς εκβάσεις κύησης (πρόωρος τοκετός, χαμηλό βάρος γέννησης). Η ενοχοποίησή της με σηπτική κατάσταση μετά τον τοκετό παραμένει αναπόδεικτη. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η TV ευοδώνει την μετάδοση της HIV λοίμωξης, και ότι υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος λοίμωξης από TV σε άτομα που είναι HIV θετικά.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: 1) Άμεσο Υγρό παρασκεύασμα, 2) Καλλιέργειες, 3) Ανοσοχρωματογραφία, 4) Δοκιμασίες ανίχνευσης νουκλεϊνικού οξέος, 5) Δοκιμασίες ενίσχυσης νουκλεϊνικού οξέος (NAAT's).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Οι σεξουαλικοί σύντροφοι πρέπει να θεραπεύονται ταυτόχρονα, και οι επαφές να αποφεύγονται τουλάχιστον για μια εβδομάδα μετά την συμπλήρωση της θεραπευτικής αγωγής.

- **Metronidazole** 2 g από του στόματος άπαξ, *είτε*
- **Tinidazole** 2 g από του στόματος άπαξ, *είτε*
- **Metronidazole** 500 mg από του στόματος δις ημερησίως για 7 ημέρες

7.4. Γονόρροια - Neisseria gonorrhoeae

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: Η γονόρροια προκύπτει από λοίμωξη με τον Gram αρνητικό διπλόκοκκο, *Neisseria gonorrhoeae*. Οι πρωτογενείς εστίες της λοίμωξης είναι οι βλεννογόνοι της ουρήθρας, του ενδοτραχήλου, του ορθού, του φάρυγγα και του επιπεφυκότα, ενώ η μετάδοση γίνεται με απευθείας ενοφθαλμισμό μολυσμένων εκκρίσεων από τον ένα βλεννογόνο στον άλλο. Η γονόρροια αποτελεί το 2^ο συχνότερο δηλούμενο ΣΜΝ στις ΗΠΑ και συνδέεται με σοβαρές επιπλοκές όπως πυελική φλεγμονώδη νόσο, υπογονιμότητα και έκτοπη κύηση. Η θεραπεία της έχει καταστεί εξαιρετικά δυσχερής λόγω της ανάπτυξης αντιμικροβιακής αντίστασης σε όλα τα αντιμικροβιακά τα οποία στο παρελθόν έχουν αποτελέσει αγωγή πρώτης γραμμής.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΓΥΝΑΙΚΕΣ): Η λοίμωξη του ενδοτραχήλου είναι συνήθως (έως 50%) ασυμπτωματική, ενώ συνηθέστερο σύμπτωμα είναι οι αυξημένες κολπικές εκκρίσεις. Μπορεί να υπάρξει άλγος υπογαστρίου (έως σε 25%). Η ουρηθρική λοίμωξη μπορεί να προκαλέσει δυσουρικά ενοχλήματα (περί το 10%). αλλά όχι συχνουρία Σπανιότατα μπορεί να προκαλέσει μεσοκυκλική αιμορραγία είτε μηνορραγία. Η ορθική λοίμωξη συνηθέστερα προέρχεται από βλεννογονική μεταφορά μολυσμένων γεννητικών εκκρίσεων παρά από πρωκτική συνουσία και είναι συνήθως ασυμπτωματική. Ομοίως ασυμπτωματική είναι η φaryγγική λοίμωξη (90%). Η *N. gonorrhoeae* μπορεί να συνυπάρχει με άλλα παθογόνα των γεννητικών βλεννογόνων, ειδικά τα *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* και *Candida albicans*. Εάν η κατάσταση είναι συμπτωματική, μπορεί να οφείλεται στο παθογόνο που συνυπάρχει.

ΣΗΜΕΙΑ: Βλεννοπυώδες ενδοτραχηλικό έκκριμα και εύκολα προκαλούμενη ενδοτραχηλική αιμορραγία (50%) Επίσης, πυελική/κατώτερη κοιλιακή ευαισθησία (5%). Συχνά απουσιάζουν τα παθολογικά ευρήματα στην εξέταση.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ: Πυελική φλεγμονώδης νόσος, δερματικές βλάβες, αρθραλγίες, αρθρίτιδες.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με ανίχνευση της *N. gonorrhoeae* στο σημείο της λοίμωξης. Κανένα τεστ για τον γονόκοκκο δεν συνδυάζει 100% ευαισθησία και 100% ειδικότητα. Οι δοκιμασίες ενίσχυσης του νουκλεϊκού οξέος (NAATs) είναι γενικά περισσότερο ευαίσθητες από τις καλλιέργειες και προσφέρονται για μια ευρύτερη ποικιλία δειγμάτων. Οι NAATs παρουσιάζουν υψηλή ευαισθησία (>96%) τόσο σε συμπτωματική όσο και ασυμπτωματική λοίμωξη τόσο σε κολπικά, όσο και σε ουρηθρικά δείγματα. Σε περιοχές με χαμηλή επίπτωση γονόρροιας, τα αποτελέσματα των NAATs μπορεί να χρειασθούν συμπληρωματικές εξετάσεις για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Ασθενείς που υποβάλλονται σε έλεγχο για γονόκοκκο του γεννητικού συστήματος, συνήθως ελέγχονται παράλληλα και για λοίμωξη με *C. trachomatis*. Όπως προαναφέρθηκε, οι NAATs αντιπροσωπεύουν την καθιερωμένη μέθοδο ανίχνευσης για το *C. trachomatis*, και διατίθενται εμπορικά τεστ παρέχουν διπλή δυνατότητα παράλληλης ανίχνευσης του γονόκοκκου στο ίδιο δείγμα. Η μικροσκόπηση (x1000) παρασκευασμάτων που υποβλήθηκαν σε χρώση κατά Gram επιτρέπει άμεση παρατήρηση της *N. gonorrhoeae* ως Gram-αρνητικού διπλόκοκκου εν μέσω πολυμορφοπυρηνικών λευκοκυττάρων. Στις γυναίκες, η μικροσκόπηση έχει χαμηλή ευαισθησία στην αναγνώριση της γονοκοκκικής

λοίμωξης: 37–50% για τα ενδοτραχηλικά επιχρίσματα και 20% για τα ουρηθρικά εκκρίματα. Η μικροσκόπηση δεν ενδείκνυται για ουρηθρικά επιχρίσματα στις γυναίκες ή προς ανίχνευση ασυμπτωματικής ορθικής λοίμωξης.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: Θα πρέπει να εξηγηθεί λεπτομερώς η κατάσταση στις ασθενείς, με ιδιαίτερη έμφαση στις μεσομακροπρόθεσμες επιπλοκές, για την ασθενή και τον σύντροφό της. Οι ασθενείς πρέπει να αποφεύγουν τις σεξουαλικές επαφές έως ότου ολοκληρωθεί η αγωγή. Η ανεπίπλεκτη πρωκτογεννητική λοίμωξη των ενηλίκων χρήζει αγωγής με *Ceftriaxone* 500 mg εφάπαξ ενδομυϊκά με *Azithromycin* 1 g εφάπαξ από του στόματος. Η αυξανόμενη πολυανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά του γονόκοκκου έδωσε ώθηση στην σύσταση για χορήγηση κεφαλοσπορινών ευρέος φάσματος ως αγωγής επιλογής, είτε χορήγησης κεφτριαξόνης σε αυξημένες δόσεις.

Η *Azithromycin* καλό είναι να συγχωρηγείται ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα του τεστ για χλαμύδια. Ας σημειωθεί ότι η επικαιροποίηση των οδηγιών του CDC-2010 έπαψε να συνιστά τις από του στόματος κεφαλοσπορίνες στην θεραπεία του γονόκοκκου. Η δοκιμασία ίασης είναι επιβεβλημένη όταν χρησιμοποιείται κινολόνη

8. ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: HSV-1 (η συνήθης αιτία ερπητικής λοίμωξης του στόματος και των χειλέων, και η συνηθέστερη αιτία γεννητικού έρπητα σε αρκετές χώρες) είτε ο HSV-2 (προ δεκαετιών η συνηθέστερη αιτία γεννητικού έρπητα, και η πιθανότερη αιτία που μπορεί να προκαλέσει υποτροπιάζουσα πρωκτογεννητική σημειολογία).

ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ: Μόνο το ένα τρίτο των ασθενών εμφανίζουν συμπτώματα κατά την στιγμή της λοίμωξης με τον HSV-2. Η επώση της λοίμωξης από την μόλυνση μέχρι τα πρώτα σημεία & συμπτώματα ποικίλλει από 2 ημέρες έως 2 εβδομάδες. Η πλειονότητα των λοιμώξεων διαδράμει υποκλινικά. Προηγούμενη λοίμωξη από τον HSV-1 τροποποιεί τις κλινικές εκδηλώσεις της πρωτολοίμωξης από τον HSV-2, συνήθως κάνοντας την συμπτωματολογία λιγότερο έντονη. Μετά την παιδική ηλικία, η συμπτωματική πρωτογενής λοίμωξη με HSV-1 είναι εξίσου πιθανό να εκδηλωθεί στην γεννητική ή άλλες περιοχές. Μετά την ερπητική πρωτολοίμωξη ο ιός παραμένει σε λανθάνουσα φάση στα επιχώρια αισθητικά νευρογάγγλια, επανενεργοποιούμενος περιοδικά για να προκαλέσει συμπτωματικές βλάβες, είτε ασυμπτωματική (αλλά μολυσματική) απόπτωση ισοωματίων. Ισοωμάτια μπορεί να αποπίπτουν ασυμπτωματικά από τα έξω γεννητικά όργανα, το ορθό, τον τράχηλο και την ουρήθρα. Ο μέσος ρυθμός υποτροπών για τον γεννητικό έρπητα μετά από ένα συμπτωματικό πρώτο επεισόδιο είναι 4 επεισόδια ανά έτος για τον HSV-2, & είναι 4 φορές συχνότερο από τον ρυθμό υποτροπών για τον HSV-1. Τα ποσοστά υποτροπών σταδιακά ελαττώνονται, αλλά αυτό εξατομικεύεται για την κάθε ασθενή. Σε οροθετικούς HIV (+)νε ασθενείς, τόσο η συμπτωματική όσο και η ασυμπτωματική ισοωματική απόπτωση αυξάνεται, ειδικά σε εκείνες που έχουν αντισώματα για τον HSV-1.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Η ασθενής μπορεί να είναι ασυμπτωματική και η λοίμωξη να μην έχει αναγνωρισθεί. Τα τοπικά συμπτώματα αφορούν επώδυνη εξέλκωση, δυσουρικά ενοχλήματα, κολπικά ή ουρηθρικά εκκρίματα, ενώ οι συστηματικές εκδηλώσεις (πυρετός, μυαλγίες) είναι κατά πολύ συχνότερες στην πρωτολοίμωξη από τις υποτροπές. Σπάνια, οι συστηματικές εκδηλώσεις μπορούν να αποτελούν τις μοναδικές ενδείξεις λοίμωξης.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: Φυσαλίδες & εξελκώσεις (στα έξω γεννητικά όργανα, την περιπρωκτική περιοχή και πιθανά τον τράχηλο και το ορθό), καθώς και επώδυνη βουβωνική λεμφαδενοπάθεια, συνήθως αμφοτερόπλευρη. Στα πρώτα επεισόδια, οι αλλοιώσεις και η λεμφαδενοπάθεια είναι συνήθως αμφοτερόπλευρα, ενώ στις υποτροπές δείχνουν προτίμηση για συγκεκριμένες περιοχές & η λεμφαδενοπάθεια αφορά το 30% των ασθενών.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ: Επιλοίμωξη των βλαβών από *candida* και *streptococcus species* (τυπικά παρατηρείται στην δεύτερη εβδομάδα της προόδου της νόσου). Επίσχεση ούρων λόγω αυτόνομης νευροπάθειας. Αυτοενοφθαλμισμός στα δάκτυλα και σε γειτονικούς ιστούς, π.χ. στους μηρούς. Σπάνια, άσηπτη μηνιγγίτιδα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Η επιβεβαίωση και η τυποποίηση (HSV-1 ή -2), μέσω κατευθείαν ανίχνευσης του HSV στις γεννητικές βλάβες είναι απολύτως αναγκαία για την διάγνωση, πρόγνωση, συμβουλευτική & αντιμετώπιση. Δοκιμασίες που στηρίζονται σε real-time PCR είναι ταχείες και διαθέτουν υψηλή εξειδίκευση. Για τον γεννητικό έρπητα, δοκιμασίες εκλογής αποτελούν οι NAATs (*nucleic acid amplification tests*). Οι καλλιέργειες του HSV

χρησιμοποιούνται σπανιότερα: αν και έχουν υψηλότερη ειδικότητα, εντούτοις η ευαισθησία τους υπολείπεται αστοχώντας στην διάγνωση περίπου του 30% των περιπτώσεων που είναι PCR-θετικές. Από τις ορολογικές αντιδράσεις η Western-Blot αποτελεί την πλέον αξιόπιστη δοκιμασία, αλλά χωρίς εμπορικό ενδιαφέρον – εντούτοις αρκετές εμπορικές ορολογικές δοκιμασίες επιτυγχάνουν υψηλά ποσοστά ευαισθησίας & ειδικότητας (>90%).

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ - ΠΡΩΤΟΛΟΙΜΩΞΗ: Τοπικές πλύσεις με φυσιολογικό ορό, συστηματική αναλγησία, τοπικά αναισθητικά, αντιϊκοί φαρμακευτικοί παράγοντες. Τα από του στόματος αντιϊκά ενδείκνυνται εντός 5ημέρου από την έναρξη του επεισοδίου, ενόσω αναπτύσσονται ακόμη νέες βλάβες, είτε όταν επιμένουν τα συμπτώματα. Τα *Aciclovir*, *valaciclovir*, *famciclovir* ελαττώνουν όλα την διάρκεια & την βαρύτητα των συμπτωμάτων, αλλά δεν μεταβάλλουν την φυσική ιστορία της νόσου, καθόσον η συχνότητα και η βαρύτητα των κατοπινών υποτροπών παραμένουν αμετάβλητες. Αντίθετα οι τοπικές θεραπείες είναι λιγότερο αποτελεσματικές, ενώ δεν προκύπτουν αξιόλογα οφέλη από τον συνδυασμό της με από του στόματος παράγοντες σε σχέση με την από του στόματος θεραπεία μόνο. Τα συνιστώμενα σχήματα (όλα για 5 μέρες) είναι τα: *aciclovir* 400 mg (τρεις φορές ημερήσια) και *valaciclovir* 500 (δύο φορές ημερήσια). Πιθανά να χρειασθεί νοσηλεία σε επίσχεση ούρων, μηνιγγισμό, σοβαρά συστηματικά συμπτώματα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ - ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ: Οι υποτροπές είναι εν γένει αυτοπεριοριζόμενες και προκαλούν συμπτωματολογία μικρότερης βαρύτητας. Γενικά μέτρα αποτελούν οι τοπικές πλύσεις με φυσιολογικό ορό, επάλειψη με βαζελινούχες αλοιφές, αναλγησία & αλοιφές 5% λιδοκαΐνης. Οι από του στόματος *Aciclovir*, *valaciclovir*, *famciclovir* ελαττώνουν και εδώ την διάρκεια & την βαρύτητα των συμπτωμάτων της υποτροπιάζουσας λοίμωξης, με μέση διάρκεια μείωσης τις 1-2 μέρες. Η αγωγή την οποία ξεκινάει η ίδια η ασθενής, νωρίς στο επεισόδιο της υποτροπής, είναι πιθανότερο να είναι αποτελεσματική, καθώς μεγαλύτερο όφελος παρατηρείται όταν η αγωγή ξεκινήσει πριν την εμφάνιση βλατίδων (papules). Τα βραχυχρόνια σχήματα (*Short-course therapies*) αντιπροσωπεύουν πρακτικότερες & αποτελεσματικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης και θεωρούνται ως επιλογές πρώτης γραμμής: *Aciclovir* 800 mg τρεις φορές ημερήσια για 2 μέρες, *Famciclovir* 1 g δις ημερησίως για 1 ημέρα, και *Valaciclovir* 500 mg δις ημερησίως για 3 ημέρες.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: 1) Αποχή από σεξουαλικές επαφές κατά την διάρκεια των υποτροπών των βλαβών ή των προδρόμων σημείων, 2) η μετάδοση μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα της ασυμπτωματικής απόπτωσης των ιοσωματίων, 3) η χρήση των ελαστικών προφυλακτικών στην σεξουαλική επαφή μπορεί να ελαττώσει τα ποσοστά μετάδοσης, χωρίς να μπορεί να τα εξαλείψει, 4) η χρήση κατασταλτικής αντιϊκής θεραπείας μπορεί να περιορίσει τα ποσοστά μετάδοσης ανάμεσα σε ζευγάρια τα οποία έχουν διαφορετικό ορολογικό status. 5) πρέπει να ενθαρρύνεται μεταξύ του ζευγαριού η γνωστοποίηση του ιστορικού και η αποκάλυψη της πληροφορίας της θετικότητας στον ερωτικό σύντροφο.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΠΗΤΑ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ:

Ο νεογνικός έρπητας αποτελεί εξαιρετικά σπάνια άλλα και επικίνδυνη νεογνική λοίμωξη, με σοβαρή νοσηρότητα και θνησιμότητα, που κατατάσσεται σε 3 υπότυπους ανάλογα με την εντόπιση της λοίμωξης: α) νόσος εντοπιζόμενη στο δέρμα, οφθαλμό και/είτε στο στόμα, β) εντοπισμένη νόσος του ΚΝΣ (μόνο εγκεφαλίτιδα) γ) διάσπαρτη λοίμωξη με πολυοργανική συμμετοχή. Οι περισσότερες περιπτώσεις αποδίδονται σε κατευθείαν επαφή με μολυσμένες μητρικές εκκρίσεις.

ΜΗΤΡΙΚΗ ΠΡΩΤΟΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΡΩΤΟ Η ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η καθημερινή χορήγηση *aciclovir* 400 mg τρεις φορές ημερήσια από τις 36 εβδομάδες ελαττώνει τις HSV-σχετιζόμενες βλάβες στο τέρμα της κύησης και συνεπώς την ανάγκη διενέργειας καισαρικής τομής, μειώνοντας επίσης και την ασυμπτωματική ιϊκή απόπτωση. Εφόσον δεν προκύψει τοκετός εντός των 6 εβδομάδων της αγωγής, η κύηση πρέπει να αντιμετωπισθεί με πολιτική αναμονής & προοπτική για φυσιολογικό τοκετό. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η HSV λοίμωξη που αποκτάται στην κύηση συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο συγγενών ανωμαλιών, ούτε ενδείξεις για αυξημένο κίνδυνο αυτομάτων αποβολών με πρωτολοίμωξη γεννητικού έρπητα στο πρώτο τρίμηνο.

Δεν υπάρχουν στοιχεία για αύξηση των διαμαρτιών διάπλασης με την χρήση *aciclovir*, *famciclovir* ή *valaciclovir* στο πρώτο τρίμηνο, και συνεπώς η έναρξη της αγωγής δεν πρέπει να καθυστερεί, ενώ δεν είναι αναγκαίες τροποποιήσεις της δόσης. Η αντιμετώπιση των γυναικών πρέπει να αντιστοιχεί με την γενική τους κατάσταση και να περιλαμβάνει την χρήση από του στόματος (είτε ενδοφλέβιας, για διάσπαρτη HSV) *aciclovir* στις συνηθισμένες δόσεις (400 mg τρεις φορές ημερήσια, για 5 συνήθως μέρες). Η χρήση του *aciclovir* σχετίζεται με μια μείωση στην διάρκεια και την σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Το *aciclovir* δεν έχει πάρει έγκριση για χρήση στην κύηση, αλλά είναι καλά ανεκτό & θεωρείται εν γένει ασφαλές. Με την εξαίρεση της παροδικής νεογνικής ουδετεροπενίας, δεν υπάρχουν κλινικά σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες από την μητέρα ή το νεογνό.

ΜΗΤΡΙΚΗ ΠΡΩΤΟΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΡΙΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η καισαρική τομή πρέπει να είναι ο ενδεδειγμένος τρόπος τοκετού για όλες τις γυναίκες που αναπτύσσουν γεννητικό έρπη στο τρίτο τρίμηνο, ειδικά για όσες εκδηλώνουν συμπτώματα εντός 6 εβδομάδων από την πιθανή ημερομηνία τοκετού, καθώς ο κίνδυνος νεογνικής HSV λοίμωξης είναι υψηλότερος (~41%). Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις αυξημένης περιγεννητικής νοσηρότητας (πρόωρος τοκετός και χαμηλό βάρος γέννησης) καθώς και γέννησης νεκρού νεογνού, εντούτοις τα δεδομένα είναι αντικρουόμενα και δεν υφίσταται ανάγκη εντατικότερης παρακολούθησης των κυήσεων αυτών. Και εδώ, η έναρξη της αγωγής με *aciclovir* δεν πρέπει να καθυστερεί.

ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΓΚΥΩΝ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΕΡΠΗΤΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Από τις 36 εβδομάδες της κύησης πρέπει να χορηγείται κατασταλτική δόση *aciclovir* 400 mg 3 φορές ημερήσια. Η αύξηση αυτή από την ημερήσια δόση των 400 mg δις ημερήσια γίνεται λόγω του αυξημένου όγκου κατανομής του φαρμάκου στην κύηση. Η

πραγματοποίηση Sequential PCR καλλιέργειας στην όψιμη κύηση ώστε να προβλεφθεί η ιϊκή απόπτωση στο πέρας της κύησης ή τον τοκετό δεν είναι ενδεδειγμένη. Δεν υφίσταται αυξημένος κίνδυνος συγγενών ανωμαλιών, πρόωρου τοκετού, P-PROM (preterm premature rupture of membranes) είτε καθυστέρησης της εμβρυϊκής ανάπτυξης σε γυναίκες οροθετικές για τον HSV. Γυναίκες με υποτροπιάζοντα γεννητικό έρπητα πρέπει να ενημερώνονται ότι ο κίνδυνος νεογνικού έρπητα είναι χαμηλός, ακόμη & στην παρουσία ενεργών βλαβών στον τοκετό (0–3% για κολπική μείωση).

ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΓΚΥΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΕΙΤΕ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΕΡΠΗΤΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Η διαχείριση γυναικών με γεννητικό έρπητα στην έναρξη του τοκετού βασίζεται στην κλινική αξιολόγηση καθώς δεν υπάρχει χρόνος για πραγματοποίηση επιβεβαιωτικού εργαστηριακού ελέγχου. Η λήψη ιστορικού είναι αναγκαία για να διαλευκανθεί αν αυτό είναι πρωτογενές είτε υποτροπιάζον επεισόδιο. Πρέπει να ληφθεί ένα ιϊκό επίχρισμα από τις βλάβες, δεδομένου ότι το αποτέλεσμα, όταν είναι διαθέσιμο μπορεί να επηρεάσει την αντιμετώπιση του νεογνού. Η Νεογνολογική Ομάδα θα πρέπει να είναι ενήμερη.

ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΕΠΕΙΣΟΔΕΙΟ

Η καισαρική τομή πρέπει να προτείνεται σε όλες τις γυναίκες οι οποίες προσέρχονται με πρωτογενές επεισόδιο γεννητικού έρπητα κατά την στιγμή του τοκετού είτε εντός 6 εβδομάδων από την ΠΗΤ, προκειμένου να ελαττωθεί η έκθεση του νεογνού στον HSV που μπορεί να υφίσταται στις μητρικές γεννητικές εκκρίσεις. Όπως προαναφέρθηκε, όταν υπάρχουν ενεργείς ερπητικές βλάβες κατά την στιγμή του κολπικού τοκετού η πιθανότητα εκδήλωσης νεογνικού έρπητα μπορεί να υπερβαίνει το 40%. Ο κίνδυνος περιγεννητικής μετάδοσης εξαρτάται από τον χρόνο της μητρικής λοίμωξης με HSV, με υψηλότερο κίνδυνο για νεογνά που δεν έχουν συμπληρώσει την HSV ορομετατροπή στην διάρκεια της κύησης (συνηθέστερα στο 3^ο τρίμηνο, εντός 6 εβδομάδων από τον τοκετό). Σκόπιμη είναι και η αποφυγή οιασδήποτε επεμβατικής πράξης κατά τον τοκετό (*τεχνητή ρήξη θυλακίου, εμβρυουλκίες, τοποθέτηση ηλεκτροδίων στο κρανίο, λήψη εμβρυϊκού αίματος*).

ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΠΗΤΑ

Επίτοκες με υποτροπιάζοντα γεννητικό έρπητα στην έναρξη του τοκετού πρέπει να ενημερώνονται ότι ο κίνδυνος νεογνικής ερπητικής λοίμωξης είναι χαμηλή (0–3% για κολπικό τοκετό). Επεμβατικές πράξεις κατά τον τοκετό, όπως στην προηγούμενη παράγραφο, μπορούν να πραγματοποιηθούν εφόσον κριθεί αναγκαίο. Παρά την απουσία σχετικών μελετών, αρκετοί κλινικοί εισηγούνται την επιτάχυνση του τοκετού σε μια προσπάθεια να ελαττωθεί η διάρκεια της δυνητικής έκθεσης του νεογνού στον HSV.

9. ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΕΣ

Δεν υπάρχει ομοφωνία στον ορισμό της **τραχηλίτιδας**, που μπορεί να είναι λοιμώδους ή σπανιότερα μη-λοιμώδους αιτιολογίας. Δύο κύρια διαγνωστικά σημεία την χαρακτηρίζουν:

1) πυώδες ή βλεννοπυώδες ενδοτραχηλικό εξίδρωμα ορατό στο ενδοτραχηλικό κανάλι ή σε στυλεό με υλικό από την περιοχή, και

2) Ευθρυπτότητα στο έσω τραχηλικό στόμιο και **επίμονη αιμορραγία από τον ενδοτράχηλο** που προκαλείται ακόμη και από την ηπιότερη κίνηση ενός βαμβακοφόρου στυλεού. Μπορεί να είναι ασυμπτωματική, ή να εκδηλώνεται με παθολογική κολπική έκκριση ή μεσοκυκλική αιμορραγία (π.χ. μετά σεξουαλική επαφή).

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ – ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

- Κνησμός
 - Αίσθημα καύσου
 - Πυώδεις εκκρίσεις
 - Πόνο, σπανιότερα, στην διεισδυτική επαφή
 - Ορώδεις πρασινόλευκες εκκρίσεις (*trichomonas*)
 - Λευκωπές εκκρίσεις (*candida*)
 - Παχιές γκριζόλευκες εκκρίσεις (*gardrenella*)
- Οι λοιμώδεις τραχηλίτιδες οφείλονται κυρίως σε *C. trachomatis*, *N. Gonorrhoeae*, *Τριχομονάδες Έρπητα γεννητικών οργάνων* (ειδικά πρωτολοίμωξη HSV-2) *M. genitalium* και *Bacterial Vaginosis*.
- Η χρονίζουσα φλεγμονή δεν οφείλεται απαραίτητα σε λοιμώδη παράγοντα καθώς συνήθως συνδέεται με την διαδικασία της άωρης πλακώδους μετάπλασης.
- Όταν μια τραχηλίτιδα εμφανίζεται σε μια τεκούσα μετά από κολπικό τοκετό, η διάγνωση συχνά αντανακλά την επιθηλιοποίηση μικρορρήξεων του τραχήλου στον τοκετό και δεν έχει εξορισμού παθολογική σημασία.
- Σπάνιες αιτίες μη-λοιμώδους τραχηλίτιδας είναι οι προκαλούμενες από τοπικό τραυματισμό, ακτινοβολία, ή νεοεξεργασία.
- Οι συχνές κολπικές πλύσεις μπορεί πιθανά να αποτελέσουν σχετικό προδιαθεσικό παράγοντα ανάπτυξης τραχηλίτιδας.
- Εμπειρική αγωγή χορηγείται με *Azithromycin* 1 g από του στόματος εφάπαξ είτε με *Doxycycline* 100 mg από του στόματος δις ημερησίως για 7 μέρες.

9.1. Τραχηλίτιδα από *Ureaplasma Urealyticum*

Τόσο το *Ureaplasma Urealyticum*, όσο και το *Ureaplasma Parvum* ανήκουν στα μυκοπλάσματα. Η παρουσία τους συχνά είναι ασυμπτωματική. Εκτός από τραχηλίτιδα, μπορεί να προκαλέσουν υπογονιμότητα, μη ειδική ουρηθρίτιδα (NSU – non specific urethritis), άσηπτη πυουρία, ακαθόριστα άλγη υπογαστρίου, αιματουρία και δυσουρία, καθώς και επιπλοκές κύησης (χοριοαμνιονίτιδα, πρόωρο τοκετό, γέννηση νεκρού εμβρύου).

Διάγνωση - απομόνωση με 1) Ορολογικές Μεθόδους 2) qPCR (quantitative real time PCR), και θεραπεία όπως στον ακόλουθο Πίνακα.

- **Azithromycin** 1 g από του στόματος εφάπαξ, *είτε*
- **Doxycycline** 100 mg από του στόματος δις ημερησίως για 7 μέρες

9.2. Τραχηλίτιδα από Chlamydiae Trachomatis

Τα *Chlamydiae* αποτελούν υποχρεωτικά ενδοκυττάρια βακτηριακά παθογόνα, των οποίων η είσοδος στα επιθηλιακά κύτταρα του βλεννογόνου είναι αναγκαία για την ενδοκυττάρια επιβίωση και επακόλουθη ανάπτυξη. Προκαλούν τραχηλίτιδα, ουρηθρίτιδα, ενδομητρίτιδα, σαλπινγίτιδα και περιηπατίτιδα. Όψιμες επιπλοκές περιλαμβάνουν την ενδομητρίτιδα, σαλπινγίτιδα, πυελική φλεγμονώδη νόσο, εξωμήτρια κύηση και σαλπινγικής αιτιολογίας υπογονιμότητα. Διάγνωση (σε δείγματα που ελήφθησαν με στυλεό από τον ενδοστράχηλο) 1) Δοκιμασίες ενίσχυσης νουκλεϊνικού οξέος (NAAT's), 2) Κυτταροκαλλιέργειες, 3) Άμεσος ανοσοφθορισμός, 4) Δοκιμασίες υβριδισμού.

Η λοίμωξη με *Chlamydiae Trachomatis* αποτελεί το συνηθέστερα δηλούμενο βακτηριακό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα στις ΗΠΑ. Η νεαρή ηλικία είναι μεταξύ των ισχυρότερων παραγόντων κινδύνου, με την πλειονότητα των περιπτώσεων σε ηλικίες κάτω των 25 ετών. Δεδομένου ότι η μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων είναι ασυμπτωματικές, η έγκαιρη διάγνωση βασίζεται στον πληθυσμιακό έλεγχο (*screening*). Τα οφέλη από τις διαδικασίες *screening* έχουν δειχθεί σε περιοχές των ΗΠΑ όπου τεκμηριώθηκε μείωση της πυελικής φλεγμονώδους νόσου, και αναμένεται πτώση της υπογονιμότητας. Η ολιστική προσέγγιση στην διάγνωση & θεραπεία της μη επιπλεγμένης χλαμυδιακής λοίμωξης σε εφήβους και ενήλικες περιλαμβάνει τα ακόλουθα: α) *Screening* για χλαμύδια χρησιμοποιώντας NAAT's, β) θεραπεία με τα ενδεδειγμένα σχήματα όπως παρακάτω προκειμένου να ελαττωθούν οι επιπλοκές και να σταματήσει η αλυσίδα της μετάδοσης, γ) θεραπεία των σεξουαλικών συντρόφων ώστε να αποφευχθεί η επαναλοίμωξη των ασθενών και οι επιπλοκές σε ασθενείς και συντρόφους, δ) συμβουλευτική ελάττωσης κινδύνου, ε) επαναληπτικό έλεγχο για χλαμύδια κάποιους μήνες μετά το πέρας της αγωγής για να αναδειχθεί τυχόν αναζωπύρωση/επαναλοίμωξη, και τέλος ένα *test of cure (TOC)* in pregnant women at a minimum of 3 weeks following treatment to identify persisting or repeat infection so that repeat treatment can be provided promptly to reduce risk for maternal and neonatal morbidity.

- **Azithromycin** 1 g από του στόματος εφάπαξ, *είτε* **Doxycycline** 100 mg από του στόματος δις ημερησίως για 7 μέρες, *είτε*
- **Erythromycin** 500 mg από του στόματος τετράκις ημερησίως για 7 μέρες, *είτε*
- **Levofloxacin** 500 mg από του στόματος άπαξ ημερησίως για 7 μέρες, *είτε*
- **Ofloxacin** 300 mg από του στόματος δις ημερησίως για 7 μέρες

9.3. Τραχηλίτιδα από *Mycoplasma Genitalum*

Η αναφορά στον συγκεκριμένο μικροβιακό παράγοντα γίνεται σημαντικότερη καθώς τα τελευταία έτη έχει αναγνωρισθεί ως ένα σημαντικό σεξουαλικά μεταδιδόμενο παθογόνο στις ΗΠΑ & την Δυτική Ευρώπη, και σ' αυτόν αποδίδεται σημαντικό ποσοστό μη-γονοκοκκικής & μη-χλαμυδιακής ουρηθρίτιδας και τραχηλίτιδας. Σχετίζεται επίσης με πυελική φλεγμονώδη νόσο, και πιθανά με μαιευτικές επιπλοκές. Ο επιπολασμός του στην Ελλάδα δεν έχει προσδιορισθεί αν και είναι γενικά χαμηλός, εντούτοις η επίπτωσή του σε ορισμένες χώρες του εξωτερικού είναι συγκρίσιμη με εκείνη των *Chlamydia trachomatis*. Δεν έχει καθιερωθεί εργαστηριακή μέθοδος ανίχνευσης αναφοράς, εντούτοις αρκετές δοκιμασίες ενίσχυσης νουκλεϊκού οξέος έχουν ευαισθησία και ειδικότητα για το *M. genitalium* που υπερβαίνουν το 95%.

Όταν χρησιμοποιείται θεραπευτικά η *azithromycin* είναι αναγκαία τα παρατεταμένα σχήματα, καθώς τα υπάρχοντα δεδομένα δείχνουν ότι το 1 γραμμάριο εφ' άπαξ είναι πιθανότατα αναποτελεσματικό. Περιπτώσεις ανθεκτικές στην *azithromycin* πιθανότατα θα απαντήσουν στην κατάλληλη φθοριοκινολόνη (π.χ. *moxifloxacin*), αν και περιγράφεται αντοχή και στον παράγοντα αυτόν.

9.4. Τραχηλίτιδα από Neisseria Gonorrhoeae

Όπως προαναφέρθηκε, προκαλείται από έναν Gram αρνητικό κοκκοβάκιλο με τροπισμό για το κυλινδρικό και το μεταβατικό επιθήλιο, ο οποίος αναπτύσσεται ενδοκυττάρια. Αν και η λοίμωξη είναι συχνά ασυμπτωματική, η τραχηλίτιδα εκδηλώνεται με άοσμη εκσεσημασμένη λευκωπή ή κιτρινωπή κολπική υπερέκκριση, χωρίς σημεία τοπικού ερεθισμού. Η λοίμωξη μπορεί να επινεμηθεί τους βαρθολίνειους, τους αδένες του Skene, την ουρήθρα, και, μέσω ενδομητρίτιδας και σαλπινγίτιδας να προκαλέσει πυελική φλεγμονώδη νόσο. Διάγνωση και θεραπεία έχουν εκτεθεί προηγουμένως.

9.5. Τραχηλίτιδα από Trichomonas Vaginalis

Όπως προαναφέρθηκε οφείλεται στο πρωτόζωο *T. Vaginalis*. Σπάνια (σχεδόν 2% των ασθενών) μπορεί να προκύψει εμφάνιση του τραχήλου δίκην «φράουλας» “strawberry cervix” (*colpitis macularis*). Θα έχουν δια γυμνού οφθαλμού, υψηλότερα ποσοστά διαπιστώνονται κολποσκοπικά. Όπως ειπώθηκε, 5-15% των γυναικών θα έχουν φυσιολογική κλινική εξέταση. Διάγνωση και θεραπεία έχουν εκτεθεί προηγουμένως.



10. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (Σ.Μ.Ν.)

i). ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΔΗΛΟΥΜΕΝΑ

Γονόκοκκος (N. Gonorrhoeae): Προαναφέρθηκε. Σήμερα πλέον σπανίζει στην Ελλάδα.

Χλαμύδια (C. Trachomatis): Προαναφέρθηκε.

Σύφιλη (Treponema pallidum): Όλες οι γυναίκες που εμφανίζουν εξελκώσεις στα γεννητικά όργανα πρέπει να υποβάλλονται σε δοκιμασίες για σύφιλη. *Διάγνωση και Θεραπεία όπως στον επόμενο Πίνακα.*

ii). ΜΗ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΔΗΛΟΥΜΕΝΑ

Βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα (Lymphogranuloma Venereum - LGV): Προκαλείται από το *C. trachomatis serovars L1, L2, ή L3*. Εκδηλώνεται με ετερόπλευρη βουβωνική ή μηριαία λεμφαδενοπάθεια και πιθανά έλκος στο σημείο του ενοφθαλμισμού. *Διάγνωση και Θεραπεία όπως στον επόμενο Πίνακα.*

HPV: Αναπτύσσεται στο Κεφάλαιο των τραχηλικών δυσπλασιών

Έρπητας γεννητικών οργάνων (HSV1 & 2): Προαναφέρθηκε.

Μη-γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (NGU): Μπορεί να οφείλεται σε πληθώρα αιτιών: *Chlamydiae Trachomatis* (το συχνότερο, έως και 50%), *Ureaplasma Urealyticum*, *Mycoplasma Genitalum*, *Gardnerella vaginalis*, *HSV*, *αδενοϊούς*, *Trichomonas Vaginalis*, *Αντισηπτικά*, *Σπερματοκτόνα*, *μηχανικές αιτίες (κυστεοσκόπηση, καθετηριασμοί)*. Προκαλεί δυσουρικά ενοχλήματα, συχνουρία, κολπικό έκκριμα, σπάνια κολπική αιμόρροια, άλγη υπογαστρίου έως και πυελική φλεγμονώδη νόσο. *Διάγνωση και Θεραπεία όπως στον επόμενο Πίνακα.*

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΕΝΔΕΙΚΝΥΟΜΕΝΗ ΑΓΩΓΗ
<i>TREPONEMA PALLIDUM</i> <u>Διάγνωση:</u> 1) Μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου, 2) PCR, 3) Μη-Τρεπονηματικές δοκιμασίες (RPR, VDRL), 4) Τρεπονηματικές δοκιμασίες (FTA-ABS), 5) Δοκιμασία TP-PA, 6) Δοκιμασίες EIA's, 7) Χημειοφωταύγεια	<ul style="list-style-type: none">• Παρεντερική Πενικιλίνη G• η φαρμακευτική μορφή, η δοσολογία, και η διάρκεια της θεραπείας ποικίλλουν βάσει του σταδίου και των συμπτωμάτων της νόσου

<p>LYMPHOGRANULOMA VENEREUM (LGV)</p> <p><u>Διάγνωση:</u></p> <p>1) Ορολογικές (σύνδεση συμπληρώματος),</p> <p>2) Καλλιέργειες,</p> <p>3) Άμεσος ανοσοφθορισμός,</p> <p>4) PCR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline 100 mg από του στόματος δις ημερησίως για 21 μέρες, <i>είτε</i> • Erythromycin 500 mg από του στόματος τετράκις ημερησίως για 21 μέρες
<p>HEMOPHYLUS DUCREY (Chancroid - μαλακό έλκος)</p> <p><u>Διάγνωση:</u></p> <p>1) Καλλιέργειες,</p> <p>2) Ανίχνευση αντιγόνων,</p> <p>3) Ορολογικές,</p> <p>4) PCR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Azithromycin 1 g από του στόματος εφάπαξ, <i>είτε</i> • Ceftriaxone 250 mg IM εφάπαξ, <i>είτε</i> • Ciprofloxacin 500 mg από του στόματος δις ημερησίως για 3 μέρες, <i>είτε</i> • Erythromycin 500 mg από του στόματος τρις ημερησίως για 7 μέρες
<p>NGU (μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα)</p> <p><u>Διάγνωση:</u></p> <p>1) Χρώση Gram του ουρηθρικού εκκρίμματος,</p> <p>2) Ανίχνευση αντιγόνων</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Azithromycin 1 g από του στόματος εφ' άπαξ, <i>είτε</i> • Doxycycline 100 mg από του στόματος δις ημερησίως για 7 μέρες, <i>είτε</i> • Erythromycin 500 mg από του στόματος τετράκις ημερησίως για 7 μέρες, <i>είτε</i> • Levofloxacin 500 mg από του στόματος άπαξ ημερησίως για 7 μέρες, <i>είτε</i> • Ofloxacin 300 mg από του στόματος δις ημερησίως για 7 μέρες

11. ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ

Αποτελεί ένα φάσμα λοιμώξεων του ανώτερου γυναικείου γεννητικού συστήματος που περιλαμβάνει κυρίως την ενδομητρίτιδα την σάλπιγγίτιδα, το σαλπινγιοθηκικό απόστημα και την πυελοπεριτονίτιδα.

Η κλινική εικόνα ποικίλλει σε σοβαρότητα, με τις περισσότερες ασθενείς να εμφανίζουν ήπια συμπτωματολογία. Ο υψηλός δείκτης υποψίας και ο χαμηλός ουδός στην απόφαση έναρξης θεραπείας μπορεί συχνά να προλάβει τις επιπλοκές. Ο πληθυσμιακός έλεγχος για χλαμύδια σε νέες γυναίκες μπορεί να είναι αποδοτικός σε περιοχές υψηλού επιπολασμού.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΠΥΕΛΙΚΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ

Κατά το CDC (Centers for Disease Control), τα απαραίτητα κριτήρια για την διάγνωση είναι:

- Ευαισθησία της μήτρας ή των εξαρτημάτων
- Ευαισθησία κατά την μετακίνηση του τραχήλου

Συμπληρωματικά κριτήρια είναι:

- Εμπύρετο που υπερβαίνει τους 38°C
 - Παθολογική κοιλιακή έκκριση
 - Παρουσία λευκοκυττάρων σε άμεσο κοιλιακό παρασκεύασμα
 - Παθολογική κοιλιακή αιμόρροια
 - Διαταραχές της έμμηνης ρύσης
 - Συμπτωματολογία ουρηθρίτιδας
 - Έμετοι
 - Δυσπαρευνία
 - Εξαρτηματική μάζα
 - Υπερηχογραφικά ευρήματα (υγρό στον δουγλάσσειο, υδροσάλπιγγα/ες)
 - ΤΚΕ>15, θετική CRP
 - Εργαστηριακές ενδείξεις για *N. gonorrhoea* ή *C. Trachomatis*
- Περιγράφεται επίσης και η οντότητα της 'σιωπηλής πυελικής φλεγμονώδους νόσου' με ήπια συμπτωματολογία ή και απουσία αυτής

ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Ιστορικό
- Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, ψηλάφηση κοιλίας
- Λαπαροσκόπηση (*gold standard*)
- Βιοψία ενδομητρίου

ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- ***Chlamydia trachomatis***
- *αερόβια: Gardnerella vaginalis, Haemophilus influenza, enterobacteriaceae*
- *αναερόβια: Prevotella bivia, Prevotella disiens, Bacteroides fragilis, Peptostreptococcus*
- *Ureaplasma urealyticum*
- *Mycoplasma genitalium & hominis*
- *Neisseria gonorrhoeae*, σπανιότερα σήμερα, ειδικά στην Ελλάδα

- Η BV (*Bacterial vaginosis*) ανευρίσκεται συχνά σε συνδυασμό με PID, αλλά ο ακριβής ρόλος της στην παθογένεση της PID είναι ασαφής.

ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ – ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Από το πεπτικό:

- Σκωληκοειδίτις
- Χολοκυστίτις
- Δυσκοιλιότητα
- Γαστρεντερίτιδα
- Κήλη
- Φλεγμονώδης νόσος εντέρου

Από το ουροποιητικό:

- Κυστίτιδα
- Πυελονεφρίτιδα
- Νεφρολιθίαση
- Ουρηθρίτιδα (*N. gonorrhoea, Chlamydia, trichomonas*)

Από τα έσω γεννητικά όργανα:

- Κύστη ωχρού σωματίου
- Δυσμηνόρροια
- Έκτοπη κύηση
- Ενδομητρίωση
- Κύστη ωοθήκης
- Συστροφία ωοθήκης
- Όγκος ωοθήκης

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΣΗ ΤΗΣ ΠΥΕΛΙΚΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ

Μικροβιολογικές εξετάσεις προς επιβεβαίωση ειδικής μικροβιακής αιτιολογίας

- Chlamydia trachomatis: η PCR
- Neisseria gonorrhoea καλλιέργεια: ή PCR
- Ενδοτραχηλική λήψη (μικροσκόπηση/καλλιέργεια/ευαισθησία)
- Άμεσο κολπικό παρασκεύασμα
- Bacterial vaginosis: κολπικό pH & 'whiff' test

Δοκιμασίες προς αξιολόγηση της σοβαρότητας

- Γενική αίματος
- ΤΚΕ/CRP

Δοκιμασίες προς αποκλεισμό άλλων αιτιών πυελικού άλγους

- Τεστ κύησης/β-HCG
- Γενική ούρων
- Υπερηχογράφημα πυέλου

ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- Υπογονιμότητα (στο 20%). Το ποσοστό αυτό διπλασιάζεται σε κάθε έξαρση.
- Έκτοπη κύηση (*σε γονοκοκκική ή χλαμυδιακή αιτιολογία*)
- Χρόνιο πυελικό άλγος
- Περιηπατίτιδα (Fitz–Hugh–Curtis Syndrome)

- Σαλπιγγωθητικό απόστημα

ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι στόχοι της θεραπείας της πυελικής φλεγμονώδους νόσου είναι να εξουδετερώσει την λοίμωξη και να προλάβει τις μακροχρόνιες επιπτώσεις & επιπλοκές.

Το CDC (*Centers for Disease Control*), συνιστά θεραπεία όταν διαπιστώνονται:

- Ευαισθησία κατά την μετακίνηση του τραχήλου
- Ευαισθησία στην μήτρα
- Ευαισθησία κατά τα εξαρτήματα

ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΓΙΑ PID (Centers for Disease Control - CDC-2010)

ΕΠΙΛΟΓΗ 1η	
Ceftriaxone σε συνδυασμό με	250-500 mg IM εφάπαξ
Doxycycline με ή χωρίς	100 mg από του στόματος δις ημερησίως για 14 μέρες
Metronidazole	500 mg από του στόματος δις ημερησίως για 14 μέρες
ΕΠΙΛΟΓΗ 2η	
Cefoxitin σε συνδυασμό με	2 g IM εφάπαξ με ταυτόχρονη χορήγηση προβενεσίδης (1 g από του στόματος)
Doxycycline (<i>Vibramycin</i>) με ή χωρίς	100 mg από του στόματος δις ημερησίως για 14 μέρες
Metronidazole (<i>Flagyl</i>)	500 mg από του στόματος δις ημερησίως για 14 μέρες
ΕΠΙΛΟΓΗ 3η	
Άλλη παρεντερική κεφαλοσπορίνη τρίτης γενεάς (π.χ., ceftizoxime, cefotaxime) σε συνδυασμό με	
Doxycycline με ή χωρίς	100 mg από του στόματος δις ημερησίως για 14 μέρες
Metronidazole	500 mg από του στόματος δις ημερησίως για 14 μέρες

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΤΑ CDC (2010)

- Αδυναμία συμμόρφωσης είτε μη ανοχή ενός από του στόματος θεραπευτικού σχήματος
- Απουσία ανταπόκρισης εντός 72 ωρών σε ένα από του στόματος θεραπευτικό σχήμα
- Κύηση
- Συστηματική επιβάρυνση, όπως εκσεσημασμένη καταβολή, ναυτία, έμετοι, υψηλός πυρετός
- Επείγουσες χειρουργικές καταστάσεις /αποκλεισμός οξείας χειρουργικής κοιλιάς (π.χ. σκωληκοειδίτιδα)

- Επιπλοκές, κυρίως σαλπινγγοθηκικό απόστημα

ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΕΝΔΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΓΙΑ PID
(Centers for Disease Control - CDC-2010)

ΕΠΙΛΟΓΗ 1^η	
Cefotetan <i>είτε</i>	2g IV κάθε 12 ώρες
Cefoxitin <i>σε συνδυασμό με</i>	2g IV κάθε 6 ώρες
Doxycycline	100 mg από του στόματος είτε IV κάθε 12 ώρες
ΕΠΙΛΟΓΗ 2^η	
Clindamycin <i>σε συνδυασμό με</i>	900mg IV κάθε 8 ώρες
Gentamycin	Δόση φόρτισης IV ή IM (2mg/kg) ακολουθούμενη από δόση συντήρησης (1.5mg/kg) κάθε 8 ώρες – εναλλακτικά χορηγείται εφάπαξ ημερήσια δόση (3-5mg/kg)
ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	
Ampicillin/Sublactam <i>σε συνδυασμό με</i>	3g IV κάθε 6 ώρες
Doxycycline	100 mg από του στόματος είτε IV κάθε 12 ώρες

- Η παρεντερική αγωγή διακόπτεται 24 ώρες μετά την κλινική βελτίωση. Η από του στόματος αγωγή συνεχίζεται για 14 ημέρες.
- Η ενδοφλέβια doxycycline μπορεί να προκαλέσει φλεβίτιδα και πρέπει να χορηγείται από του στόματος οποτεδήποτε είναι αυτό δυνατό. Η βιοδιαθεσιμότητα της από του στόματος doxycycline είναι παρόμοια με εκείνης που χορηγείται ενδοφλέβια.
- Το *M. genitalium* σχετίζεται με εμμένουσα ενδομητρίτιδα και βραχυπρόθεσμη απουσία ανταπόκρισης στην αγωγή της PID. Τα σχήματα με εφάπαξ *azithromycin* είτε *cefoxitin* – *doxycycline* είναι αναποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της λοίμωξης του ανώτερου γεννητικού. Εκρίζωση επιτυγχάνεται με σχήματα που αναφέρθηκαν νωρίτερα (*moxifloxacin* κ.α.).
- Οι σεξουαλικοί σύντροφοι των πασχουσών (στις τελευταίες 60 ημέρες) πρέπει να θεραπεύονται εμπειρικά τόσο για *N. gonorrhoeae* όσο και για *C. trachomatis*, ακόμη και εάν η ασθενής με PID ήταν αρνητική για τα μικρόβια αυτά.

11. ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΙΘΕΣΗ/ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ **ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΟΥ CDC (Centers for Disease Control) -2010**

Οι συστάσεις της ενότητας αυτής περιορίζονται στην αναγνώριση, προφύλαξη και θεραπεία **σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Σ.Μ.Ν.)** που απαρχή έχουν μη-συναινετική σεξουαλική επαφή, καθώς και συναφών προβλημάτων που διαπιστώνονται στην διαχείριση παρόμοιων καταστάσεων.

Στην Ελλάδα, η εξέταση των θυμάτων πιθανής σεξουαλικής κακοποίησης αποτελεί δικαιοδοσία ιατροδικαστή. Η εμπλοκή έμπειρου γυναικολόγου πραγματοποιείται μόνο αφότου έχει προηγηθεί έγγραφη **εισαγγελική παραγγελία** για πραγματογνωμοσύνη είτε **νομότυπη συνεννόηση** με τον ιατροδικαστή, κατά τρόπο ώστε να ελαχιστοποιείται περαιτέρω τραύμα της παθούσας, ενώ η απόφαση λήψης δείγματος υλικού από την γεννητική περιοχή προς διάγνωση Σ.Μ.Ν. πρέπει να εξατομικεύεται.

Στις σεξουαλικά ενεργείς ενήλικες, η αναγνώριση ενός Σ.Μ.Ν. μετά μη-συναινετική επαφή μπορεί να αντιπροσωπεύει λοίμωξη που προϋπήρχε της επίθεσης, και συνεπώς να είναι σημαντικότερη από πλευράς θεραπευτικής διαχείρισης και ψυχολογικών επιπτώσεων του θύματος, παρά από ιατρονομικής άποψης.

Οι λοιμώξεις από τριχομονάδες, BV, γονοκοκκικές και οι χλαμυδιακές είναι οι συχνότερες που αναγνωρίζονται κατόπιν σεξουαλικής κακοποίησης. Η ηπατίτιδα Β μπορεί να προληφθεί με διενέργεια εμβολιασμού μετά την έκθεση-επίθεση. Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας πρέπει να αποκλείεται/προλαμβάνεται η εγκυμοσύνη.

ΑΡΧΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΙΑ Σ.Μ.Ν.

- Δοκιμασίες ενίσχυσης νουκλεϊκού οξέος για *C. Trachomatis* & *N. Gonorrhoeae*.
- Άμεσο κολπικό παρασκεύασμα ή παρόμοια δοκιμασία για *T. Vaginalis*, *BV*, & *Candidiasis*.
- Δείγμα ορού για *HBV*, *HIV*, *Syphilis* – η απόφαση λαμβάνεται σε εξατομικευμένη βάση.

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΥ (FOLLOW-UP)

Με αυτές δίνεται η δυνατότητα:

1. Να ανιχνευθούν νέες λοιμώξεις οι οποίες αποκτήθηκαν κατά την στιγμή του συμβάντος ή κατόπιν.
2. Να συμπληρωθεί το σχήμα εμβολιασμού για την Ηπατίτιδα Β, όποτε αυτό είναι ενδεδειγμένο.
3. Να ολοκληρωθεί η συμβουλευτική και η θεραπεία για άλλα Σ.Μ.Ν.
4. Να αξιολογηθούν οι παρενέργειες και η προσήλωση στην συνταγογραφηθείσα φαρμακευτική αγωγή.
5. Να επαναληφθούν οι ορολογικές δοκιμασίες για HIV & σύφιλη στις 6 εβδομάδες, 3 μήνες και 6 μήνες μετά το συμβάν, εάν οι αρχικές δοκιμασίες ήσαν αρνητικές και δεν έχει αποκλεισθεί η ύπαρξη λοίμωξης στον υπαίτιο της επίθεσης.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Δεδομένης της μικρής πιθανότητας να επανακάμψει το θύμα στις εξετάσεις επανελέγχου (follow-up), πρέπει να ενθαρρύνεται η χορήγηση **άμεσου** ευρέος φάσματος προφυλακτικού σχήματος μετά αναφερόμενη επίθεση. Το CDC προτείνει:

1. Εμβολιασμός για την ηπατίτιδα Β, χωρίς χορήγηση ανοσοσφαιρίνης. Ο εμβολιασμός συμπληρώνεται σε 3 δόσεις.
2. Εμπειρικό αντιμικροβιακό σχήμα για χλαμύδια, γονόκοκκο και τριχομονάδα.
3. Αντισύλληψη ανάγκης (σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας).

ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΑ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ (CDC 2010)	
Ceftriaxone <i>είτε</i>	250 mg IM εφάπαξ
Cefixime <i>σε συνδυασμό με</i>	400 mg από του στόματος εφάπαξ
Metronidazole <i>σε συνδυασμό με</i>	2g από του στόματος εφάπαξ
Doxycycline	100 mg από του στόματος είτε IV κάθε 12 ώρες
Azithromycin <i>είτε</i>	1 g από του στόματος εφάπαξ
Doxycycline	100 mg από του στόματος δις ημερησίως για 7 μέρες
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΑΝΑΓΚΗΣ	
Levonorgestrel	1,5 mg εφάπαξ από του στόματος, εντός 72 ωρών
Ulipristal Acetate	30.0mg εφάπαξ από του στόματος, εντός 120 ωρών (5 ημερών)

ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Πρέπει να παρέχεται συμβουλευτική για:

- Την αναγνώριση συμπτωμάτων Σ.Μ.Ν. & την αναγκαιότητα άμεσης εξέτασης επί σχετικών εκδηλώσεων.
- Την αποχή από σεξουαλική δραστηριότητα μέχρι την ολοκλήρωση του προφυλακτικού σχήματος για Σ.Μ.Ν.

ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Ορομετατροπή για HIV παρατηρείται σε χαμηλή συχνότητα σε άτομα με μοναδικό παράγοντα κινδύνου προηγηθείσα σεξουαλική επίθεση. Δεδομένου ότι συχνά σε βιασμό/τραυματισμό προκαλούνται εκδορές/αιμορραγίες, το ποσοστό μετάδοσης είναι υψηλότερο από το 0.1%–0.2% που αντιστοιχεί σε συναινετική κολπική επαφή. Η θέση που πραγματοποιήθηκε η εκσπερμάτιση, το ιϊκό φορτίο του σπέρματος και η παρουσία άλλου Σ.Μ.Ν. ή βλαβών στην γενετική χώρα του θύτη ή του θύματος μπορεί επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο HIV.

Σε μελέτες επαγγελματιών υγείας που είχαν διαδερμική έκθεση σε μολυσμένο με HIV αίμα, η **μετά την έκθεση φαρμακευτική προφύλαξη (PEP, PostExposure Prophylaxis)** με zidovudine σχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο HIV λοίμωξης. Τα ευρήματα αυτά έχουν γενικευθεί και σε άλλους τύπους έκθεσης σε HIV, περιλαμβανόμενης και της σεξουαλικής κακοποίησης.

Αν χορηγηθεί PEP, πρέπει να συζητηθούν οι ακόλουθες παράμετροι: 1) η αβέβαια αξία και οι τοξικότητες των αντιϊκών φαρμάκων, 2) η σπουδαιότητα του συνεπούς follow-up, 3) τα

οφέλη της προσκόλλησης στην συνιστώμενη δοσολογία, 4) η αναγκαιότητα της έγκαιρης έναρξης PEP ώστε να μεγιστοποιηθούν τα δυνητικά οφέλη (εντός 72 ωρών από την επίθεση).

ΑΜΕΣΗ (ΕΝΤΟΣ 72 ΩΡΩΝ) ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΤΟΠΙΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ / ΕΠΙΘΕΣΗΣ– ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ CDC 2010

- Αξιολογήστε την πιθανότητα HIV λοίμωξης στον θύτη της επίθεσης.
- Αξιολογήστε χαρακτηριστικά του συμβάντος της επίθεσης τα οποία πιθανά να αυξάνουν την πιθανότητα μετάδοσης HIV.
- Αν τίθεται θέμα έναρξης PEP, συνεννοηθείτε με ειδικό στις λοιμώξεις & την HIV θεραπεία.
- Εάν το θύμα διατρέχει θεωρητικό κίνδυνο HIV λοίμωξης από την επίθεση, συζητήστε την αντιϊκή προφύλαξη, συμπεριλαμβανόμενης της τοξικότητας και της απουσίας τεκμηριωμένου οφέλους.
- Εάν το θύμα επιλέξει να ξεκινήσει αντιϊκή PEP, χορηγήστε επαρκή ποσότητα (δόσεις) αντιϊκής αγωγής ώστε να διαρκέσει μέχρι την επανεξέταση. Επανεξετάστε το θύμα 3-7 ημέρες μετά την αρχική επίσκεψη, και αξιολογήστε την ανοχή στην θεραπεία.
- Εάν ξεκινήσετε PEP, πραγματοποιήσατε αρχικές αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις (η έναρξη της αγωγής δεν πρέπει να καθυστερεί λόγω εκκρεμών αποτελεσμάτων).
- Προσδιορίστε αντισώματα για HIV κατά την έκθεση; επαναλάβετε στις 6 εβδομάδες, 3 μήνες, & 6 μήνες.

Βιβλιογραφία

1. Vaginitis - ACOG PRACTICE BULLETIN No 72, MAY 2006. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 107(5): 1195-1206.
2. Farage MA, Miller KW, Ledger WJ. Determining the cause of vulvovaginal symptoms. *Obstet Gynecol Surv.* 2008; 63(7): 445-464.
3. Hay P, Patel S, Daniels D. UK National Guideline for the management of Bacterial Vaginosis 2012 - Clinical Effectiveness Group. British Association for Sexual Health and HIV.
4. Sherrard J, Ison C, Moody J, Wainwright E, Wilson J, Sullivan A. United Kingdom National Guideline on the Management of Trichomonas vaginalis 2014. *Int J STD AIDS* 2014; 25(8):541-9.
5. Senok AC, Verstraelen H, Temmerman M, Botta GA. Probiotics for the treatment of bacterial vaginosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (4): CD006289.
6. Patel R, Green J, Clarke E, 2014 UK national guideline for the management of anogenital herpes *Int J STD AIDS* 2015; 26(11):763-76.
7. British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Management of Genital Herpes in Pregnancy, October 2014.
8. British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) United Kingdom National Guideline on the Management of Vulvovaginal Candidiasis (2007).
9. Bignell C, Fitzgerald M; Guideline Development Group; British Association for Sexual Health and HIV UK. UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults, 2011 *Int J STD AIDS.* 2011; 22(10):541-7.
10. Banikarim C, Chacko MR. Pelvic Inflammatory Disease in Adolescents. *Semin Pediatr Infect Dis.* 2005; 16(3): 175-80.
11. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep.* 2010; 59: 1-110.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR.* 2010; 59 (No. RR-12): 58–61.
13. Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010: Oral Cephalosporins No Longer a Recommended Treatment for Gonococcal Infections. *CDC-MMWR.* 2012; 61(31): 590-4.
14. Kropp RY, Latham-Carmanico C, Steben M, Wong T, Duarte-Franco E. What's new in management of sexually transmitted infections? Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections, 2006 Edition. *Canadian Family Physician* 2007; 53: 1739-1741.
15. Haggerty CL, Totten PA, Astete SG, Lee S, Hoferka SL, Kelsey SF, Ness RB. Failure of cefoxitin and doxycycline to eradicate endometrial Mycoplasma genitalium and the consequence for clinical cure of pelvic inflammatory disease. *Sex. Transm. Inf.* 2008; 84(5): 338-42.
16. Geisler WM. Diagnosis and Management of Uncomplicated Chlamydia trachomatis Infections in Adolescents and Adults: Summary of Evidence Reviewed for the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guideline. *Clinical Infectious Diseases* 2015; 61(S8):S774–84.
17. Dayan L. Pelvic Inflammatory Disease. *Aust Fam Physician.* 2006; 35(11): 858-62.

18. Ross J, McCarthy G. UK National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease 2011.