

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ»**



Επιτηρητής : Dr Δετοράκης Ιωάννης

**Σπουδάστριες :
Κάντζαρη Μαρία
Κακολύρη Αντωνία
Καραμπαλίκη Αναστασία**

ΠΑΤΡΑ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.:
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	viii.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	01.
1.1. Εργαστηριακές Εξετάσεις	02.
1.2. Αντιμετώπιση	02.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV) ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	04.
2.1. Η επιδημία του HIV	04.
2.2. Οξύ HIV Σύνδρομο (ACUTE HIV SYNDROME)	07.
2.2.1. Επιδημιολογία	07.
2.2.2. Παθογένεια	09.
2.2.3. Κλινική Εξέταση	09.
2.2.4. Διαφορική Διάγνωση	10.
2.2.5. Εργαστηριακές Εξετάσεις	11.
2.2.6. Πορεία και πρόγνωση	12.
2.2.7. Αντιμετώπιση	13.
2.3. Δημογραφικοί παράγοντες και HIV-οροθετικότητα στους πάσχοντες από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	22.
2.4. Σεξουαλικός προσανατολισμός, συμπεριφορά υψηλού κινδύνου και HIV - οροθετικότητα στους πάσχοντες από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	26.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
ΙΟΣ ΤΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ: ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΩΝ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΩΝ (HUMAN PAPILLOMAVIRUS: MUCOSAL INFECTIONS)	30.
3.1. Επιδημιολογία	31.
3.1.1. Μετάδοση	31.
3.1.2. Επίπτωση	33.

3.1.3. Ψυχοσεξουαλικές επιπτώσεις των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων	32.
3.2. Παθογένεια	32.
3.2.1. Ιστορικό	33.
3.3. Κλινική Εξέταση	33.
3.3.1. Βλεννογονοδερματικές βλάβες	33.
3.3.2. Θηλώματα του Λάρυγγα	34.
3.4. Διαφορική Διάγνωση	34.
3.5. Εργαστηριακές Εξετάσεις	35.
3.6. Πορεία και Πρόγνωση	36.
3.7. Αντιμετώπιση	37.
3.7.1. Εξωτερικά Κονδυλώματα των Γεννητικών Οργάνων ή του Πρωκτού	38.
3.7.2. Κονδυλώματα του Τραχήλου	39.
3.7.3. Κονδυλώματα του Κόλπου	40.
3.7.4. Κονδυλώματα του Στομίου της Ουρήθρας	40.
3.7.5. Κονδυλώματα του Πρωκτού	40.
3.7.6. Κονδυλώματα του Στόματος	41.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΙΟΣ ΤΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ:

ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ IN SITU ΚΑΙ

ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΤΗΣ

ΠΡΩΚΤΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ (Human Papillomavirus: Squamous

Cell Carcinoma In Situ, and Invasive Squamous Cell Carcinoma

of the Anogenital Skin) 43.

4.1. Επιδημιολογία	44
4.2. Παθογένεια	45.
4.2.1. Ιστορικό	45.
4.3. Κλινική Εξέταση	45.
4.4. Διαφορική Διάγνωση	46.
4.5. Εργαστηριακές Εξετάσεις	46.
4.6. Πορεία και Πρόγνωση	47.
4.7. Αντιμετώπιση	48.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΙΟΣ ΤΟΥ ΑΠΛΟΥ ΕΡΠΗΤΑ:

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

(HERPES SIMPLEX VIRUS: GENITAL INFECTIONS)	49.
5.1. Επιδημιολογία	50.
5.2. Παθογένεια	52.
5.2.1. Ιστορικό	52.
5.3. Κλινική Εξέταση	53.
5.3.1. Δερματικές Βλάβες	53.
5.3.2. Γενικά Ευρήματα	54.
5.4. Διαφορική Διάγνωση	54.
5.5. Εργαστηριακές Εξετάσεις	55.
5.6. Πορεία και Πρόγνωση	56.
5.7. Αντιμετώπιση	57.
5.7.1. Πρόληψη του ΕΓΟ.	57.
5.7.2. Από του στόματος αντιϊκή θεραπεία	57.
5.7.3. Υποτροπές	58.
5.7.4. Καθημερινή κατασταλτική Θεραπεία	59.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

(NEISSERIA GONORRHOEAE INFECTIONS)	61.
6.1. Επιδημιολογία	62.
6.2. Παθογένεια	63.
6.3. Εργαστηριακές Εξετάσεις	63.
6.4. Αντιμετώπιση	64.
6.4.1. Μη επιλεγμένες ουρηθρικές, ενδοτραχηλικές ή πρωκτικές λοιμώξεις	64.
6.4.2. Φαρυγγική λοίμωξη.	65.
6.4.3. Διάσπαρτη λοίμωξη.	65.
6.4.4. Παρακολούθηση	66.
6.4.5. Αντιμετώπιση των σεξουαλικών συντρόφων	67.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ (ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ)

(Localized Infection - Gonorrhoea) ΚΑΙ

ΔΙΑΧΥΤΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

(Disseminated Gonococcal Infection)

68.

A. ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

68.

7.1. Ιστορικό

69.

7.2. Κλινική Εξέταση

69.

7.3. Διαφορική Διάγνωση

70.

7.4. Πορεία και Πρόγνωση

70.

B. ΔΙΑΧΥΤΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

71.

7.5. Ιστορικό

72.

7.6. Κλινική Εξέταση

72.

7.7. Διαφορική Διάγνωση

73.

7.8. Εργαστηριακές Εξετάσεις

73.

7.9. Πορεία και Πρόγνωση

74.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΣΥΦΙΛΗ (SYPHILIS)

75.

8.1. Επιδημιολογία

76.

8.2. Παθογένεια

76.

8.3. Εργαστηριακές Εξετάσεις

77.

8.4. Πορεία και Πρόγνωση

80.

8.4.1. Ταξινόμηση των κλινικών σταδίων

80.

8.5. Αντιμετώπιση

81.

8.6. Πρωτογόνος Σύφιλη (Primary Syphilis)

83.

8.6.1. Κλινική Εξέταση

84.

8.6.2. Διαφορική Διάγνωση

84.

8.7. Δευτερογόνος Σύφιλη (Secondary Syphilis)

85.

8.7.1. Κλινική Εξέταση

85.

8.7.2. Πορεία

86.

8.7.3. Διαφορική Διάγνωση

87.

8.8. Λανθάνουσα Σύφιλη (Latent Syphilis)

87.

8.9. Τριτογόνος Σύφιλη

89.

8.9.1. Κλινική Εξέταση	89.
8.9.2. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	89.
8.10. Σύφιλη με HIV Νόσο (Syphilis in HIV Disease)	89.
8.10.1. Διάγνωση	89.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ (CHANCROID, SOFT CHANCER)	90.
9.1. Επιδημιολογία	90.
9.2. Παθογένεια	91.
9.3. Κλινική Εξέταση	92.
9.4. Διαφορική Διάγνωση	92.
9.5. Εργαστηριακές Εξετάσεις	93.
9.6. Πορεία και Πρόγνωση	94.
9.7. Αντιμετώπιση	94.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ (GRANULOMA INGUINALE)	95.
10.1. Επιδημιολογία	95.
10.2. Παθογένεια	96.
10.3. Κλινική εξέταση	96.
10.4. Διαφορική Διάγνωση	97.
10.5. Εργαστηριακές Εξετάσεις	97.
10.6. Πορεία και Πρόγνωση	98.
10.7. Αντιμετώπιση	98.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ (LYMPHOGRANULOMA VENEREUM)	100.
11.1. Επιδημιολογία	100.
11.2. Παθογένεια	101.
11.3. Κλινική Εξέταση	102.
11.4. Διαφορική Διάγνωση	104.
11.5. Εργαστηριακές Εξετάσεις	104.
11.6. Πορεία και Πρόγνωση	105.

11.7. Αντιμετώπιση	105.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο	
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β	107.
12.1. Επιδημιολογία	108.
12.2. Κλινική Εικόνα	110.
12.3. Εργαστηριακή Έρευνα	111.
12.4. Πρόγνωση	111.
12.5. Θεραπεία	111.
12.6. Πρόληψη	112.
12.6.1. Εμβολιασμός	112.
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	113.
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	114.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συνεχής εξέλιξη της τεχνολογίας και τα αλματώδη βήματα που συντελέστηκαν στον τομέα της γνώσης, της πρόληψης και της ενημέρωσης δεν είναι δυνατόν να αφήσει αδιάφορους όλους όσους ασχολούνται με τα Ιατρικά και παραϊατρικά επαγγέλματα.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν όλα τα παραπάνω, είναι φανερό πως η επιλογή και η συγγραφή της πτυχιακής εργασιακής «Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα» ήταν μια πραγματική πρόκληση, θεωρώντας απαραίτητο να εμπλουτίσουμε τις γνώσεις μας πάνω στο θέμα αυτό που τείνει να γίνει μάστιγα και προκαλεί αρκετά προβλήματα στην Ελληνική και όχι μόνο Κοινωνία.

Ο Νοσηλευτής είναι εκείνος που θα αφύπνιση την συνείδηση της νεολαίας μέσω της ενημέρωσης πάνω σε αυτά τα λεπτά θέματα, με την κατάλληλη ενημέρωση η οποία στις μέρες μας είναι ελλιπής

Τελειώνοντας, θέλουμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας *Dr Δετοράκη Ιωάννη*, για την υπόδειξη του θέματος και την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε με τις γνώσεις του και την σωστή καθοδήγησή του καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα προκαλούνται από ένα ευρύ φάσμα παθογόνων μικροοργανισμών. Τα σύνδρομα που προκαλούν οι μικροοργανισμοί αυτοί προσβάλλουν τόσο σεξουαλικά ενεργά ζευγάρια, όσο και νεογνά που γεννιούνται από πάσχουσες μητέρες^{1,2,3}.

Τα μικροβιακά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως η βλεννόρροια, η σύφιλη, το μαλακό έλκος, το βουβωνικό κοκκίωμα και το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα θεραπεύονται εύκολα με αντιμικροβιακή αγωγή. Αντίθετα, τα ιογενή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως αυτά που προκαλούνται από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV), τον ιό των θηλωμάτων του ανθρώπου (HPV) και τον ιό του απλού έρπητα τύπου 2 (HSV-2) είναι χρόνιες, ανίατες λοιμώξεις που χαρακτηρίζονται από παρατεταμένη απόπτωση ιών και δυνατότητα μόλυνσης του ερωτικού συντρόφου. Οι λοιμώξεις αυτές δεν θεραπεύονται με αντιϊκή αγωγή. Σχεδόν όλα τα σεξουαλικά ενεργά άτομα διατρέχουν κίνδυνο να προσβληθούν από τα ιογενή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.¹ Ο HPV παραμένει στον πρωκτογεννητικό βλεννογόνο επί μήνες, έτη ή δεκαετίες μετά την πρωτογενή λοίμωξη. Η λοίμωξη από τον HSV-2 είναι χρόνια και διαρκεί εφόρου ζωής. Η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη προσέγγιση στην αντιμετώπιση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.^{2,3}

Πολλά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι δυνατό να μεταδοθούν στο νεογνό κατά την περιγεννητική περίοδο. Στα αναπτυσσόμενα έθνη, όπου τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι συχνότερα, η έλλειψη πόρων για την υγεία συχνά θέτει περιορισμούς στην ανίχνευση και την αντιμετώπιση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, καθώς και στους εμβολιασμούς.² Η σύφιλη μπορεί να διαρκέσει δια βίου, με σοβαρή μακροπρόθεσμη νοσηρότητα. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου ο επιπολασμός της HIV λοίμωξης είναι υψηλός, συμβαίνει συχνά μετάδοση του HIV στα νεογνά θεραπεία με ζιδοβουδίνη της μητέρας και του νεογνού μειώνει σημαντικά την πιθανότητα μόλυνσης του νεογνού.¹² Η μετάδοση του HSV έχει αμεσότερα αποτελέσματα στο νεογνό, το οποίο είναι περισσότερο ευαίσθητο στην οξεία σπλαχνική λοίμωξη. Η μετάδοση της HPV λοίμωξης στο νεογνό

μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη πρωκτογεννητικών κονδυλωμάτων και, αργότερα, θηλωμάτωσης του αναπνευστικού^{1,3}.

1.3. Εργαστηριακές Εξετάσεις

Σε όλους τους ασθενείς που ελέγχονται για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα πρέπει να γίνεται καλλιέργεια για γονόκοκκο και ορολογικός έλεγχος για σύφιλη.² Δεν υπάρχουν διαθέσιμες ορολογικές δοκιμασίες για τις HPV λοιμώξεις. Οι ειδικές του τύπου ορολογικές δοκιμασίες για τις HSV λοιμώξεις, όπως η Western blot, είναι ιδιαίτερα αξιόπιστες, ανιχνεύοντας παλαιότερη λοίμωξη από τον HSV-1, τον HSV-2 ή και τους δύο.^{1,3}

1.4. Αντιμετώπιση

Ο αποτελεσματικότερος τρόπος πρόληψης της μετάδοσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι η αποφυγή της ερωτικής συνεύρεσης με μολυσμένο σύντροφο. Και οι δύο νέοι ερωτικοί σύντροφοι θα πρέπει να ελέγχονται για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα πριν έλθουν σε σεξουαλική επαφή.¹² Αν κάποιος επιλέξει να έλθει σε σεξουαλική επαφή με σύντροφο που είναι άγνωστο αν είναι μολυσμένος από τον HIV ή πάσχει από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, θα πρέπει σε κάθε σεξουαλική πράξη να χρησιμοποιεί καινούργιο προφυλακτικό.³ Προς το παρόν, τα διαθέσιμα εμβόλια κατά των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι περιορισμένα. Συνίσταται η ανοσοποίηση κατά του ιού της ηπατίτιδας A και B, για την πρόληψη της μετάδοσης των ιογενών αυτών λοιμώξεων κατά την σεξουαλική επαφή. Υπάρχουν άριστες προοπτικές για την ανάπτυξη εμβολίου έναντι του HSV-2 και του HPV^{1,2}.

Πίνακας 1. Επιλεγμένα σύνδρομα και επιπλοκές των σεξουαλικά μεταδιδόμενων παθογόνων μικροοργανισμών

Σύνδρομο ή επιπλοκές	Συνοδό σεξουαλικά μεταδιδόμενο παθογόνο
Σε άνδρες και γυναίκες	
Νεοπλασία	HPV
Τραχήλου, αιδοίου, κόλπου, πρωκτού, πέους, ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία, καρκίνωμα	
Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα	HBV, HCV
Σάρκωμα Kaposi, λέμφωμα σωματικών κοιλοτήτων, νόσος Castleman	HHV-8 HTLV-1
Έλκη των γεννητικών οργάνων	HSV, T. Pallidum, Haemophilus ducrei, Calymmatobacterium granulomatis, C. trachomatis (στελέχη αφροδίστου λεμφοκοκκιάματος)
Οξεία αρθρίτιδα με λοίμωξη του ουροποιογεννητικού ή του εντέρου	N. gonorrhoeae, C. trachomatis, είδη Campylobacter, είδη Shigella
Ηπατίτιδα	HAV, HBV, HCV, CMV, Treponema pallidum
Κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων	HPV
Μολυσματική τέρμινθος	MCV
Εξωπαρασιτικές λοιμώξεις	Sarcoptes scabiei, Phthirus pubis
Ετεροφιλο-αρνητική μονοπυρήνωση	CMV, ιός Epstein-Barr (υπάρχουν ενδείξεις σεξουαλικής μετάδοσης)
Τροπική σπαστική παραπάρεση	HTLV-1
Σε νεογνά και βρέφη	
Συστηματική λοίμωξη των νεογνών με δυνητική γνωσιακή έκπτωση, βαρηκοΐα, θάνατο	CMV, HSV, T. Pallidum, HIV
Επιπεφυκίτιδα	N. gonorrhoeae, C. trachomatis
Πνευμονία, χρόνια πνευμονοπάθεια	C. trachomatis, U. Urealyticum (;
Μέση ωτίτιδα	C. trachomatis,
Σηψαιμία, μηνιγγίτιδα	Στρεπτόκοκκος της ομάδας B
Θηλωμάτωση του λάρυγγα	HPV

Πηγή : Κρεατσά Γ., Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, 1998

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο
ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV) -
ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ HIV ΝΟΣΟΥ
ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ



Εικόνα 1. Ασθενής με εκδηλώσεις HIV

Πηγή : <http://www.dr-menges>

2.1. Η Επιδημία του HIV

Στην αυτή του 21^{ου} αιώνα, η HIV πανδημία συμπληρώνει τουλάχιστον 30 χρόνια ύπαρξης. Ο κόσμος πρωτοαντιλήφθηκε τη νόσο αυτή το καλοκαίρι του 1981. Μέχρι τα τέλη του 1998, πάνω από 33 εκατομμύρια άνθρωποι ανά τον πλανήτη ήταν μολυσμένοι από τον HIV, εκ των οποίων 43% ήταν γυναίκες. Εκτιμάται ότι το 1998 συνέβησαν 5,8 εκατομμύρια νέες HIV λοιμώξεις, περίπου 16.000 κάθε ημέρα. Περισσότερο από 95% αυτών των νέων λοιμώξεων συνέβησαν σε αναπτυσσόμενα έθνη. Το 1998, η HIV λοίμωξη ήταν η τέταρτη αιτία θανάτου παγκοσμίως, με αποτέλεσμα, κατ' εκτίμηση, 2,3 εκατομμύρια θανάτους. Πάνω από 40 εκατομμύρια ανθρώπων εκτιμάται ότι έχουν μολυνθεί από τον HIV παγκοσμίως.^{10,33,34}

Στις ΗΠΑ, κατά τη δεκαετία του 1990, συνέβαιναν 40.000 νέες HIV λοιμώξεις ετησίως. Ο αριθμός των θανάτων ετησίως μειώθηκε απότομα και σημαντικά λόγω της διαθέσιμης σήμερα υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκής θεραπείας. Εκτιμάται ότι αυτή τη στιγμή 650.000 - 900.000 άνθρωποι είναι μολυσμένοι από τον HIV, από τους οποίους 200.000 δεν γνωρίζουν τη νόσο τους. Το 1998 αναφέρθηκαν στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης των Νόσων των ΗΠΑ (CDC) ένα σύνολο 688.200 περιπτώσεων AIDS (επιπολασμός) και 410.800 θάνατοι από AIDS. Στις αρχές της επιδημίας, προσβάλλονταν σχεδόν αποκλειστικά ομοφυλόφιλοι άνδρες. Σήμερα, οι νέες περιπτώσεις λοίμωξης από HIV αφορούν σε χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών και ετεροφυλόφιλους, με δυσανάλογη αντιπροσώπευση των μειονοτικών πληθυσμών.²⁴ Οι γυναίκες προσβάλλονται ολοένα και περισσότερο. Η αναλογία των περιπτώσεων που αναφέρθηκαν στις ΗΠΑ και αφορούσαν γυναίκες και έφηβες υπερτριπλασιάστηκε μεταξύ του 1985 και του 1998, ανερχόμενη από 7% σε 23%. Στον Καναδά, την Αυστραλία, και τη Δυτική Ευρώπη, η επιδημιολογία είναι παρόμοια με αυτή των ΗΠΑ.³¹ Σήμερα, το μεγαλύτερο μέρος της επιδημίας βαρύνει την υπό την Σαχάρα Αφρική. Ο αριθμός των νέων λοιμώξεων αυξάνεται ραγδαία στην πρώην ΕΣΣΔ, την Ινδία και την Κίνα.^{33,34}

Σχεδόν όλοι οι μολυσμένοι από τον ιό HIV ασθενείς παρουσιάζουν κάποιες δερματολογικές εκδηλώσεις που αποδίδονται στην προοδευτική ανοσοανεπάρκεια κατά την πορεία της λοίμωξης. Κάποιες παθήσεις έχουν ισχυρή συσχέτιση με την HIV λοίμωξη και η διάγνωση τους συχνά δικαιολογεί ορολογικό έλεγχο για HIV μόλυνση (Πίνακας 2). Αυτές περιλαμβάνουν: το εξάνθημα του οξέος ρετροϊκού συνδρόμου, το σάρκωμα Kaposi, την στοματική τριχωτή λευκοπλακία, την εγγύς υπωνύχια ονυχομυκητίαση, την βακτηριδιακή αγγειωμάτωση, την ηωσινοφιλική θυλακίτιδα, τα χρόνια ερπητικά έλκη (διάρκειας > 1 μήνα), οποιοδήποτε σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, πολυάριθμα στοιχεία μολυσματικής τερμίνθου στο πρόσωπο ενήλικα και δερματικά ευρήματα στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Άλλα ευρήματα που είναι συχνά στην HIV νόσο και μπορεί να αποτελούν ενδείξεις για ορολογικό έλεγχο σε κάποιους ασθενείς είναι: έρπης ζωστήρας, καντιντίαση των βλεννογόνων, (στοματοφαρυγγική, υποτροπιάζουσα

αιδοιοκολπική), σμηγματορροϊκή δερματίτιδα και βαριά επίμονα αφθώδη έλκη.^{10,33,34}

Πίνακας 2. Ευρήματα από το δέρμα και τους βλεννογόνους που συνδέονται με την HIV λοίμωξη και αποτελούν ενδείξεις για ορολογικό έλεγχο.	
Κίνδυνος HIV λοίμωξης	Εύρημα
Υψηλός-ενδείκνυται πάντα ορολογικός έλεγχος για HIV	Οξύ ρετροϊκό σύνδρομο Σάρκωμα Kaposi Τριχωτή λευκοπλακία του στόματος Εγγύς υπωνύχια ονυχομυκητίαση Βακτηριδιακή αγγειωμάτωση Ηωσινοφιλική θυλακίτιδα Χρόνια ερπητικά έλκη (διάρκειας > 1 μήνα) Οποιαδήποτε σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος Δερματικά ευρήματα ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών
Μέτριος-μπορεί να ενδείκνυται ορολογικός έλεγχος για HIV	Έρπητος ζωστήρας Μολυσματική τέρμινθος: πολλαπλές βλάβες στο πρόσωπο ενήλικα Καντινάση: στοματοφαρυγγική, οισοφαγική, ή υποτροπιάζουσα αιδοιοκολπική
Πιθανός-μπορεί να ενδείκνυται ορολογικός έλεγχος για HIV	Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα Αφθώδη έλκη (υποτροπιάζοντα, ανθεκτικά στη θεραπεία)

Πηγή : Σαρόγλου Γ., AIDS, 2002

Η πρώτη διάγνωση έχει καθοριστική σημασία για την αντιμετώπιση της HIV νόσου για πολλούς λόγους.¹² Εάν οι ασθενείς γνωρίζουν ότι πάσχουν από HIV λοίμωξη και ότι μπορούν να τη μεταδώσουν, οι περισσότεροι θα ελαττώσουν ή θα διακόψουν εντελώς συμπεριφορές που σχετίζονται με την μετάδοση του ιού.³³ Η έγκαιρη έναρξη της υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκής θεραπείας καθυστερεί την πρόοδο της ανοσοανεπάρκειας που προκαλείται από τον ιό HIV και σε ορισμένες περιπτώσεις μειώνει την ανοσολογική έκπτωση. Πολλές από τις ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως η πνευμονία από *Pneumocystis carinii*, που ταλαιπωρούν τους ασθενείς με χαμηλό αριθμό CD4 + λεμφοκυττάρων αντιμετωπίζονται καλύτερα με

πρωτοπαθή προφυλακτικά σχήματα πριν από την ανάπτυξη της κλινικής νόσου.^{10,34}

2.2. Οξύ HIV Σύνδρομο (ACUTE HIV SYNDROME)

Το οξύ HIV σύνδρομο χαρακτηρίζεται από μία συνδρομή που θυμίζει την λοιμώδη μονοπυρήνωση ή από ένα σύνδρομο άσηπτης μηνιγγίτιδας με πυρετό, λεμφαδενοπάθεια, μηνιγγίτιδα, συμπτώματα από το γαστρεντερικό και ένα χαρακτηριστικό λοιμώδεις εξάνθημα, εξάνθημα και εξελκώσεις των γεννητικών οργάνων.^{10,33,34}

Συνώνυμα: Συμπτωματική πρωτοπαθής HIV λοίμωξη (symptomatic primary HIV infection), οξύ ρετροϊκό σύνδρομο (acute retroviral syndrome).^{10,33,34}

2.2.1. Επιδημιολογία

Ηλικία. Συνήθως νεαρά άτομα, αλλά μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία.^{10,33,34}

Φύλο. Αρχικά, στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη ήταν πολύ συχνότερο στους άνδρες ύστερα από σεξουαλική επαφή άνδρα με άνδρα. Στην παρούσα φάση, η επίπτωση στις γυναίκες αυξάνεται λόγω ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης.²² Σε παγκόσμια κλίμακα, ο συνηθέστερος τρόπος μόλυνσης είναι η ετεροφυλοφιλική μετάδοση, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, και η επίπτωση της HIV νόσου είναι σχεδόν ίση στα δύο φύλα.^{33,34}

Αιτιολογία. Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις στις ΗΠΑ και στην Δυτική Ευρώπη οφείλονται στον HIV-1. Μερικές περιπτώσεις στη Δυτική Αφρική προκαλούνται από τον HIV-2. Τόσο ο HIV-1 όσο και HIV-2 μπορεί να προκαλέσουν ένα παρόμοιο οξύ ρετροϊκό σύνδρομο Τα κλινικά ευρήματα της λοίμωξης από τον HIV-2 είναι συνήθως λιγότερο βαριά.^{22,33,34}

Επίπτωση. Στις ΗΠΑ, περίπου 40.000 νέες λοιμώξεις συμβαίνουν κάθε χρόνο. Από τα άτομα αυτά, 50-70% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα.^{33,34}

Μετάδοση του HIV

Σεξουαλική έκθεση. Ο κυρίαρχος τρόπος μετάδοσης παγκοσμίως: ετεροφυλοφιλική και ομοφυλοφιλική επαφή. Η σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις (κολπική, πρωκτική) είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος μετάδοσης του HIV.^{33,34}

Χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Η χρήση κοινής βελόνας μεταδίδει τον HIV.¹²

Αίμα ή παράγωγα αίματος. Μεταγγισθέντες με αίμα ή παράγωγα αίματος μετά το 1978, αλλά πριν το 1985 μολύνθηκαν ατυχώς από τον HIV. Σήμερα, το αίμα ελέγχεται για το αντιγόνο p24 και για αντι-HIV αντισώματα. Ο κίνδυνος μετάδοσης της λοίμωξης μετά από μετάγγιση μολυσμένου (από τον HIV) αίματος είναι περίπου 90-100%.^{33,34}

Μεταμοσχευθέντες. Πριν αρχίσει ο έλεγχος για τον HIV, ο ιός μεταδιδόταν κατά την μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων, μυελού των οστών ή κερατοειδούς.¹²

Σπέρμα. Έχει συμβεί μόλυνση κατά την τεχνητή γονιμοποίηση από δότη μολυσμένο από τον HIV.^{33,34}

Εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας. Ο HIV μπορεί να μεταδοθεί από εξ ατυχήματος τραυματισμό (νύσσον ή τέμνον τραύμα) με εργαλεία μολυσμένα από αίμα (μολυσμένο από τον HIV) κατά την διάρκεια ιατρικών πράξεων. Ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV μετά από νυγμό με μολυσμένη βελόνη είναι 0,3%.

Περιγεννητική μετάδοση. Παιδί το οποίο γεννιέται από μητέρα με HIV λοίμωξη μπορεί να μολυνθεί κατά την διάρκεια του τοκετού ή κατά την διάρκεια του θηλασμού.²²

Παράγοντες κινδύνου. Οποιαδήποτε νόσος με έλκη των γεννητικών οργάνων, όπως ο έρπης των γεννητικών οργάνων, το μαλακό έλκος ή η σύφιλη, αυξάνουν τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV.¹² Ο HIV συγκεντρώνεται στο σπερματικό υγρό, ιδίως σε καταστάσεις φλεγμονής των γεννητικών οργάνων, όπως σε άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Τα HIV-θετικά άτομα με υψηλότερο ιικό φορτίο μπορούν να μεταδώσουν τον ιό ευκολότερα. Ισχυρή συσχέτιση της μετάδοσης του HIV με την παθητική πρωκτική συνουσία^{33,34}

2.2.2. Παθογένεια

Μετά από την πρωτοπαθή HIV λοίμωξη παράγονται και καταστρέφονται κάθε μέρα δισεκατομμύρια βίρια. Επίσης καθημερινά καταστρέφονται και αναπαράγονται δισεκατομμύρια μολυσμένων CD4+κυττάρων. Η HIV λοίμωξη είναι σχετικά μοναδική συγκριτικά με τις άλλες λοιμώξεις του ανθρώπου, κατά το ότι, παρά τις έντονες κυτταρικές και χημικές ανοσολογικές αντιδράσεις που αναπτύσσονται μετά την πρωτοπαθή λοίμωξη,¹² ο ιός δεν απομακρύνεται πλήρως από το σώμα (με ελάχιστες εξαιρέσεις). Αναπτύσσεται χρόνια λοίμωξη, η οποία επιμένει, με ποικίλο ρυθμό πολλαπλασιασμού του ιού, κατά μέσο όρο επί 10 έτη, πριν το άτομο καταστεί κλινικά ασθενής.^{33,34}

Χρόνος επώασης. 3 έως 6 εβδομάδες (από την πιθανολογούμενη έκθεση μέχρι την ανάπτυξη της οξείας εμπύρετης νόσου). Ποικίλλει ανάλογα με την οδό αλλά και το μέγεθος του ενοφθαλμισμού του ιού. Περίπου 50-70% των προσφάτως μολυνθέντων βιώνουν συμπτωματική πρωτοπαθή λοίμωξη.¹²

Δερματικά συμπτώματα. Εξάνθημα: συνήθως εμφανίζεται 2 ή 3 ημέρες μετά από την έναρξη του πυρετού και διαρκεί 5 έως 8 ημέρες. Το εξάνθημα είναι ασυμπτωματικό. Επώδυνα έλκη στο στόμα και / ή στη πρωκτογεννητική περιοχή.^{33,34}

Ανασκόπηση συστημάτων. Γενικά: Πυρετός, ρίγη, κακουχία, λήθαργος, ανορεξία, απώλεια βάρους, πονόλαιμος, αρθραλγίες, μυαλγίες, κοιλιακές κράμπες, ναυτία, εμετός, διάρροια, πονοκέφαλος, οπισθοβολβικό άλγος. Νευρολογικά: μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, περιφερική νευροπάθεια, μυελοπάθεια.⁷

2.2.3. Κλινική Εξέταση

Δερματικές Βλάβες. Εξάνθημα ιλαροειδές, δηλαδή ένα λοιμώδες εξάνθημα με ρόδινες κηλίδες, βλατίδες, έως 1 cm σε διάμετρο. Έλκη εμφανίζονται στο πέος και / ή στο όσχεο. Λιγότερο συχνά κνίδωση. Επίσης έχουν αναφερθεί: εξάνθημα φυσαλιδώδες ή φλυκταινώδες, αποφλοίωση των παλαμών / πελμάτων.⁷ Οι βλάβες παραμένουν διακριτές. Η πιο συχνή

εντόπιση του εξανθήματος είναι το άνω τμήμα του θώρακα και η περιοχή του κολάρου (100%) > πρόσωπο (60%) > βραχίονες (40%) > τριχωτό της κεφαλής, μηροί (20%). Παλάμες.^{33,34}

Βλεννογόνοι. Φαρυγγίτιδα. Εξάνθημα: κηλιδώδες, στην σκληρή ή/και στην μαλακή υπερώα.⁷ Έλκη: διαμέτρου 5 έως 10 mm, στρόγγυλα ή ωσειδή, αβαθή, με λευκωπή βάση, περιβαλλόμενα από ερυθρηματώδη άλω. Εντοπίζονται στις αμυγδαλές, στην υπερώα και / ή στο βλεννογόνο των παρειών. Οισοφαγικά έλκη. Πρωκτικά έλκη. Σπανίως, καντιντίαση του στόματος.

Πρωκτογεννητική Περιοχή. Έλκη: ακροποσθία του πέους, όσχεο, πρωκτός, πρωκτικός σωλήνας.^{33,34}

Γενική Εξέταση

Λεμφαδένες. Λεμφαδενοπάθεια.

Νευρολογικά ευρήματα. Οξεία μηνιγγίτιδα. Οξεία αναστρέψιμη εγκεφαλοπάθεια με απώλεια της μνήμης, εναλλαγές της συνείδησης και αλλαγές της προσωπικότητας.³³

2.2.4. Διαφορική Διάγνωση

Πυρετός, εξάνθημα και λεμφαδενοπάθεια σε άτομα που κινδυνεύουν να παρουσιάσουν HIV λοίμωξη. Πρωτοπαθής λοίμωξη από τον ιό Epstein-Barr (λοιμώδης μονοκυττάρωση), πρωτοπαθής λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό (CMV), ερυθρά, τοξοπλάσμωση, ηπατίτιδα, δευτερογενούς σύφιλη, πρωτοπαθής λοίμωξη από τον ιό του απλού έρπητα.^{30,33}

Πυρετός, εξάνθημα και άσηπτη μηνιγγίτιδα σε άτομα που κινδυνεύουν να παρουσιάσουν HIV λοίμωξη. Λεμφοκυτταρική (άσηπτη) μηνιγγίτιδα, διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη.¹²

Διάγνωση Ορομετατροπή ως προς τον HIV με την μέθοδο ELISA, επιβεβαιούμενη με την μέθοδο Western blot, θέτει τη διάγνωση της πρωτοπαθούς HIV λοίμωξης. Η εγκατεστημένη HIV λοίμωξη μπορεί να επιβεβαιωθεί με τις ορολογικές εξετάσεις, καθώς και με απομόνωση του HIV από το αίμα ή το εγκεφαλονωτιαίο υγρό ή με την ανίχνευση του αντιγόνου p24.^{10,33,34}

2.2.5. Εργαστηριακές Εξετάσεις

Γενική αίματος. Λευκοπενία, αυξημένη ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων³³

CD4+T-λεμφοκύτταρα. Συνήθως είναι μειωμένα κατά αρκετές εκατοντάδες (η φυσιολογική τιμή στους ενήλικες είναι περίπου 1000/μL), μερικές φορές πέφτουν έως 200 ανά μL, αλλά επιστρέφουν σε φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε μερικές εβδομάδες. Μετά από μία λανθάνουσα περίοδο, τα επίπεδα των CD4+ κυττάρων μειώνονται και πάλι. Ο αριθμός των CD4+χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση του βαθμού της ανοσοανεπάρκειας και της ανταπόκρισης στην αντιρετροϊκή θεραπεία.^{33,34}

Ανίχνευση του HIV

Επίπεδα ιϊκού φορτίου. Αρχικά είναι συνήθως εξαιρετικά υψηλά. Στην συνέχεια, ελαττώνονται σε χαμηλά έως και μη ανιχνεύσιμα επίπεδα. Μετά από ένα χάσμα ετών, το ιϊκό φορτίο τελικά αυξάνεται, καθώς επίπτει η ανοσολογική άμυνα.¹² Οι ασθενείς με χαμηλό ιϊκό φορτίο και σχετικά υψηλό αριθμό CD4+συνήθως δεν λαμβάνουν υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκή θεραπεία. Το ιϊκό φορτίο χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση της ανταπόκρισης στην υψηλή δραστηριότητα αντιρετροϊκής θεραπείας.^{10,33,}

Αντιγόνα του HIV. Το αντιγόνο p24 μπορεί να ανιχνευθεί στον ορό κατά την διάρκεια του οξύ ρετροϊκού συνδρόμου, πριν την ορομετατροπή ως προς τον HIV. Στην συνέχεια δεν ανιχνεύεται λόγω της ανοσολογικής απάντησης. Επανεμφανίζεται καθώς καταρρέει το ανοσολογικό σύστημα.^{10,22,33}

Καλλιέργεια ιού. Απομόνωση του HIV από το αίμα ή από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό κατά την διάρκεια του οξύ ρετροϊκού συνδρόμου. Ο ιός δεν ανιχνεύεται μετά την ανοσολογική απάντηση. Η ιαιμία επανεμφανίζεται καθώς καταρρέει το ανοσολογικό σύστημα.^{10,33,34}

Ορολογικός έλεγχος

Οξύ Ρετροϊκό Σύνδρομο. Αναδεικνύεται η ορομετατροπή των αντι-HIV-1 αντισωμάτων με την μέθοδο ELISA, η οποία επιβεβαιώνεται με την

μέθοδο Western blot εντός 3 εβδομάδων από την εκδήλωση της νόσου. Η λοίμωξη από τον HIV-2 είναι σπάνια στις αναπτυσσόμενες χώρες.^{4,7,33}

Ασυμπτωματική HIV Λοίμωξη. Τα αντισώματα έναντι του HIV ανιχνεύονται στο 95% (ή και περισσότερο) των ατόμων εντός 6 μηνών από την λοίμωξη.²² Παρά το ότι ένα αρνητικό τεστ αντισωμάτων συνήθως σημαίνει ότι το άτομο δεν έχει μολυνθεί, η εξέταση αυτή δεν μπορεί να αποκλείσει λοίμωξη, η οποία συνέβη σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 6 μηνών πριν από την εξέταση.^{20,33}

Ιστοπαθολογία. Βιοψία βλάβης από το εξάνθημα της πρωτοπαθούς HIV λοίμωξης δείχνει αραιές διηθήσεις από λεμφοϊστοκύτταρα γύρω από τα αιμοφόρα αγγεία του ανωτέρου πλέγματος του χορίου και μεταξύ των δεσμίδων του κολλαγόνου στο θηλώδες χόριο.³⁴

2.2.6. Πορεία και πρόγνωση

Το φάσμα συμπτωμάτων που συνδέονται με την πρωτοπαθή HIV λοίμωξη είναι ευρύ. Η πλειονότητα των ατόμων παρουσιάζουν ήπια ή καθόλου συμπτώματα, τα οποία δεν καθιστούν επιτακτική την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Σε αυτούς που παρουσιάζουν συμπτώματα, η μέση διάρκεια της νόσου σε μία μελέτη ήταν 13 ημέρες (κυμαίνεται από 5 έως 44 ημέρες). Μακράς διάρκειας νόσος > 2 εβδομάδες συσχετίζεται με 8πλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης AIDS μέσα σε τρία χρόνια από την ορομετατροπή.^{10,33,34}

Μετά από μία ασυμπτωματική ή συμπτωματική πρωτοπαθή λοίμωξη, η HIV λοίμωξη γίνεται λανθάνουσα, χωρίς κλινικά συμπτώματα ή ευρήματα. Με την πρόοδο της νόσου και την έκπτωση της ανοσολογικής λειτουργίας, εμφανίζονται κριτήρια για την διάγνωση του συνδρόμου της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS).¹² Η ταχύτητα με την οποία εξελίσσεται η νόσος ποικίλλει. Το μέσο χρονικό διάστημα μεταξύ πρωτοπαθούς HIV λοίμωξης (ορομετατροπή) και της ανάπτυξης του AIDS σε νεαρούς ομοφυλόφιλους άντρες είναι > 10 χρόνια (στις ΗΠΑ), με εύρος από λίγους μήνες έως \geq 12 χρόνια.³³ Οι περισσότεροι ενήλικες αλλά και έφηβοι που έχουν μολυνθεί από τον HIV παραμένουν ελεύθεροι συμπτωμάτων για μεγάλα χρονικά διαστήματα, αν και ο πολλαπλασιασμός του ιού συνεχίζεται με ταχύ ρυθμό.

Παράγοντες οι οποίοι συσχετίζονται με ταχεία εξέλιξη της νόσου είναι: μόλυνση με τον HIV από άτομα με προχωρημένη HIV λοίμωξη παρά από ένα ασυμπτωματικό άτομο. Μεγαλύτερης ηλικίας άτομα (άνω των 30 ετών). Και βαρύ οξύ ρετροϊκό σύνδρομο. Ουσιαστικά, όλα τα μολυνθέντα από τον HIV άτομα τελικά θα αναπτύξουν συμπτώματα που σχετίζονται με την λοίμωξη: 70 έως 85% των μολυνθέντων ενηλίκων αναπτύσσουν συμπτώματα και 55 έως 62% αναπτύσσουν AIDS μέσα σε 12 χρόνια από την ορομετατροπή. Επιπρόσθετες περιπτώσεις εμφανίζονται μεταξύ εκείνων οι οποίοι δεν είχαν παρουσιάσει AIDS για πάνω από 12 χρόνια.^{33,34}

2.2.7. Αντιμετώπιση

Συμβουλευτική για την Πρόληψη

Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση. Ο πιο συνηθής τρόπος μετάδοσης του HIV είναι κατά την διάρκεια σεξουαλικής επαφής.¹² Στην παρούσα φάση, όσον αφορά τους αριθμούς των νέων HIV λοιμώξεων, η μετάδοση από γυναίκα σε άνδρα ή από άνδρα σε γυναίκα είναι πολύ πιο συχνή από ότι η μετάδοση από άνδρα σε άνδρα. Ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές θα πρέπει να διδάσκονται σε νεαρή ηλικία.^{33,34}

Μεταγγίσεις και Μεταμοσχεύσεις. Το αίμα καθώς και τα παράγωγα αίματος θα πρέπει να ελέγχονται πριν χορηγηθούν. Επίσης, η HIV λοίμωξη θα πρέπει να αποκλειστεί στους δότες οργάνων προς μεταμόσχευση.^{20,22,34}

Θεραπεία του Οξέος Ρετροϊκού Συνδρόμου. Είναι ασυμπτωματική. Η αποτελεσματικότητα της αντιρετροϊκής αγωγής σε αυτό το στάδιο είναι ακόμη αντικείμενο διχογνωμιών.^{20,22,34}

Θεραπεία Ασυμπτωματικής HIV Λοίμωξης. Η πρώιμη διάγνωση προσφέρει την δυνατότητα παροχής συμβουλών και οδηγιών, ώστε να προληφθεί η μετάδοση της HIV λοίμωξης σε άλλα άτομα.^{20,22,34}

Αντιρετροϊκή Θεραπεία. Συνδυασμοί ζιδοβουδίνης / διδανοσίνης και ζιδοβουδίνης / ζαλλοταβίνης προτιμώνται έναντι της μονοθεραπείας με ζιδοβουδίνη. Οι αναστολείς πρωτεασών, όπως το indinavir και το ritonavir, ελαττώνουν το ιϊκό φορτίο κατά 2-3 λογαρίθμους. Σήμερα συνιστάται ο συνδυασμός δύο ή περισσότερων φαρμάκων. Τα νεώτερα δεδομένα για την παθογένεια του HIV, η ανάπτυξη μεθόδων ποσοτικοποίησης του RNA του

HIV στο πλάσμα, τα στοιχεία από κλινικές μελέτες και η εισαγωγή νέων φαρμάκων, είχαν ως αποτέλεσμα σημαντικές αλλαγές στις θεραπευτικές προσεγγίσεις.^{10,33,34}

Είναι πλέον σαφές ότι σε όλα τα στάδια της λοίμωξης ο ιός αντιγράφεται με υψηλούς ρυθμούς στο λεμφικό ιστό, όπως φαίνεται και από την ποσότητα του HIV RNA στο πλάσμα.³⁰ Η μεγάλη αυτή ποσότητα του ιού ανανεώνεται ταχέως, αφού ο μέσος όρος ζωής του βιρίου είναι μικρότερος από 6 ώρες, ενώ ημερησίως παράγονται 10 δισεκατομμύρια βίρια.³¹ Αμέσως μετά τη μόλυνση, ο κάθε ασθενής αποκτά τα δικά του, σχεδόν σταθερά, επίπεδα HIV RNA στο πλάσμα, τα οποία σε μεγάλο βαθμό καθορίζουν τον ρυθμό καταστροφής των CD4 κυττάρων και τελικά τη φυσική ιστορία της νόσου. Σε κάθε χρονική στιγμή της πορείας της νόσου, η αρχική τιμή HIV RNA στο πλάσμα είναι αντιστρόφως ανάλογη της πρόγνωσης και, πρακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόγνωση της φυσικής ιστορίας της νόσου.^{33,34}

Η αναστολή της αντιγραφής του ιού, ακόμα και με τα ισχυρότερα αντιρετροϊκά φάρμακα, ή σε υποβέλτιστες δόσεις και / ή ως μονοθεραπεία, κατά 70-90% σταδιακά μέσα σε λίγους μήνες σταματά λόγω ανάπτυξης αντίστασης. Όμως, όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό αντιρετροϊκά φάρμακα διαφορετικών τάξεων, με μη αλληλοεπικαλυπτόμενα γενετικά πρότυπα, ο γενετικός τους φραγμός στην ανάπτυξη ταυτόχρονης αντίστασης είναι σημαντικά αυξημένος.^{20,22,33}

Τα αντιρετροϊκά φάρμακα που έχουν εγκριθεί για τη θεραπεία της HIV λοίμωξης μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες: νουκλεοσιδικοί αναστολείς της αντίστροφης μεταγραφάσης, μη νουκλεοσιδικοί αναστολείς της αντίστροφης μεταγραφάσης και αναστολείς των πρωτεασών(Πίνακας 3). Στοχεύουν εναντίον δύο ενζύμων - της αντίστροφης μεταγραφάσης και της πρωτεάσης του HIV - παρεμποδίζοντας έτσι το σχηματισμό προϊκού DNA και την συναρμολόγηση του ιού, αντίστοιχα.^{20,22,33}

Πίνακας 3. Αντιρετροϊκά φάρμακα, κύριες δράσεις και δοσολογία.			
Όνομασία δραστικής ουσίας	Άλλες ονομασίες	Κύριες δράσεις	Συνήθης ημερήσια δόση στους ενήλικες
Νουκλεοσιδικοί αναστολείς της αντίστροφης μεταγραφάσης (NAAM)			
Διδανοσίνη	ddl	HIV-1, HIV-2	20 mg X 2
Λαμβουδίνη	3TC	HIV-1, HIV-2, HBV	150 mg X 2
Σταβουδίνη	d4T	HIV-1, HIV-2	40 mg X 2
Ζαλσιταβίνη	ddC	HIV-1, HIV-2	0,75 mg X 3
Ζιδοβουδίνη	ZDV	HIV-1, HIV-2	300 mg X 2
Μη νουκλεοσιδικοί αναστολείς της αντίστροφης μεταγραφάσης (MNAAM)			
Δελαβιρδίνη	DLV	HIV-1	400 mg X 3
Νεβιραπίνη	NVP	HIV-1	200 mg X 2
Αναστολείς των πρωτεασών (ΑΠ)			
Intinavir	IDV	HIV-1, HIV-2	800 mg X 3
Nelfinavir	NFV	HIV-1, HIV-2	750 mg X 3 ή 1250 mg X 2
Ritonavir	RTV	HIV-1, HIV-2	600 mg X 2
Saquinavir	SQV	HIV-1, HIV-2	600 mg X 3

Πηγή : Σαρόγλου Γ., AIDS, 2002

Η συνδυαστική θεραπεία μπορεί να επιβραδύνει ή ακόμα και να προλάβει την ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών, με σημαντικό κλινικό όφελος. Οι τρέχουσες θεραπευτικές συστάσεις συνηγορούν υπέρ της συνδυασμένης χρήσης δύο νουκλεοσιδικών αναστολέων της αντίστροφης μεταγραφάσης και ενός αναστολέα των πρωτεασών (κατά προτίμηση indinavir, nelfinavir ή ritonavir) ή δύο νουκλεοσιδικοί αναστολείς της αντίστροφης μεταγραφάσης και ενός μη νουκλεοσιδικού αναστολέα της αντίστροφης μεταγραφάσης.^{33,34}

Σήμερα, θεραπεία συνίσταται σε όλους τους ασθενείς με επίπεδα HIV RNA άνω των 5.000 - 10.000 αντιγράφων / mL πλάσματος. Στους ασθενείς με μικρό κίνδυνο εξέλιξης της νόσου (χαμηλά επίπεδα HIV RNA και υψηλός αριθμός CD4 + κυττάρων), ιδίως σε αυτούς που δεν συμμορφώνονται σε πολύπλοκα αντιρετροϊκά σχήματα, η έναρξη της θεραπείας θα μπορούσε να αναβληθεί χωρίς κίνδυνο.³⁰ Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να επανεκτιμώνται κάθε 3-6 μήνες. Η υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκή θεραπεία, με

συνδυασμό 3-4 φαρμάκων, έχει γίνει η θεραπεία εκλογής για τη HIV λοίμωξη. Κανένα από τα ως τώρα διαθέσιμα φάρμακα δεν εκριζώνει πλήρως την HIV λοίμωξη. Χρησιμοποιούμενα όμως σε συνδυασμό, τα φάρμακα αυτά μπορεί να μειώσουν την αντιγραφή του ιού, να βελτιώσουν την ανοσολογική κατάσταση και να παρατείνουν την επιβίωση.³⁴

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν μείζον πρόβλημα ατομικής και δημόσιας υγείας σε όλο τον κόσμο. Κάθε χρόνο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δημοσιεύει τα στοιχεία της Παγκόσμιας εξάπλωσης του HIV/AIDS καθώς και πληροφορίες για την επίπτωση και τον επιπολασμό ορισμένων ιάσιμων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, με ανασκόπηση και εκτιμήσεις.¹² Πρόκειται για στοιχεία που δημιουργούν δυσάρεστες εντυπώσεις⁴. Έχουν σημειωθεί πάνω από 20 εκατομμύρια θάνατοι από AIDS αφότου άρχισε η επιδημία. Δεκαπέντε εκατομμύρια παιδιά, η πλειονότητά τους στην Αφρική, ορφάνεψαν αφότου εμφανίστηκε το AIDS⁶. Περίπου 6 εκατομμύρια άτομα προσβάλλονται κάθε χρόνο. Πιθανώς υπάρχουν 40 εκατομμύρια άτομα μολυσμένα με HIV/AIDS. Εκτός από την Αφρική, μεγάλη αύξηση των λοιμώξεων από HIV σημειώνεται στη Ρωσία, στην Κίνα, στην Ινδία και σε πολλές άλλες φτωχές αναπτυσσόμενες χώρες.^{7,33}

Είναι γνωστό ότι τα παραδοσιακά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ειδικά αυτά που προκαλούν εξέλκωση ή πυώδες έκκριμα των γεννητικών οργάνων, ευνοούν τη σεξουαλική μετάδοση του HIV. Τα άτομα που πάσχουν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κινδυνεύουν 3-5 φορές περισσότερο, σε σύγκριση με τα υγιή άτομα, να προσβληθούν από τον HIV εάν εκτεθούν σ' αυτόν δια της σεξουαλικής επαφής.⁶ Επιπλέον, εάν ένα άτομο που έχει προσβληθεί από τον HIV προσβληθεί και από κάποιο άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, έχει τριπλάσιες έως πενταπλάσιες πιθανότητες να μεταδώσει τον HIV με τη σεξουαλική επαφή, σε σύγκριση με άτομα που έχουν μόνο λοίμωξη από HIV.^{4,7}

Ένας άλλος όρος που επίσης χρησιμοποιείται συχνά είναι «σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις». Αυτός καλύπτει τόσο τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όσο και τον HIV, ο οποίος στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις αποτελούν μείζον αίτιο οξείας νόσου, υπογονιμότητας, μακράς αναπηρίας και θανάτου.¹² Κατά τις

εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 1999 εμφανίστηκαν 340 εκατομμύρια νέα περιστατικά σύφιλης, βλεννόρροιας, χλαμυδιακής λοίμωξης και τριχομονάδωσης στον Κόσμο, κυρίως σε άτομα 15 έως 49 ετών.⁶ Περισσότερα θύματα είχαν οι ήπειροι που έχουν προσβληθεί περισσότερο από HIV/AIDS, δηλ. η Ασία και η Αφρική, αλλά δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι η Ασία έχει πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό από την Αφρική. Η παγκόσμια Τράπεζα υπολόγισε ότι στα άτομα ηλικίας 15 έως 49 ετών, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα πλην του HIV ήταν η δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου των γυναικών λόγω μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητα.⁷ Στους άνδρες των ίδιων ηλικιών ο HIV έρχεται πρώτος. Ο οικονομικός αντίκτυπος του AIDS στην οικονομία σημαίνει ότι στις χώρες που πλήττονται σοβαρά, μεγάλο μέρος της τοπικής οικονομίας μειώνεται άμεσα.^{4,22}

Γυναίκες και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν μείζον, συχνά ασυμπτωματικό αίτιο νοσηρότητας στις γυναίκες.⁷ Η αποτυχία έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων σε πρώιμο στάδιο μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές και, συμπεριλαμβανομένης της φλεγμονώδους νόσου της πυέλου, σε υπογονιμότητα, έκτοπη κύηση, απώλεια του εμβρύου και νεογνικές και παιδικές λοιμώξεις. Το ίδιο σημαντικές είναι οι κοινωνικές επιπτώσεις, επειδή σε πολλές χώρες αυτές οι γυναίκες γίνονται απόβλητες της κοινωνίας όταν πάσχουν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.³⁴ Η υπογονιμότητα, γεγονός που καθιστά τη γυναίκα άχρηστη στο θεσμό της οικογένειας και άρα ανίκανη να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του φύλου της, μπορεί να προκαλέσει διαζύγια και να εξωθήσει στην πορνεία. Να ένας άλλος λόγος σωστής αντιμετώπισης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.^{22,33}

Σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα

Αντιμετώπιση περιστατικών

Η αντιμετώπιση των σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα επιτυγχάνεται με 3 τρόπους:

1. Κλινικό,
2. Αιτιολογικό,
3. Συμπτωματολογικό.^{4,7}

Κλινική προσέγγιση

Η κλινική προσέγγιση είναι αυτή που ανέπτυξαν και υιοθέτησαν οι δερματολόγοι - αφροδισιολόγοι σε χώρες με μακροχρόνια παράδοση στην αφροδισιολογία και που ασκείται καλύτερα σε συνθήκες ανεπτυγμένης ελεύθερης οικονομίας. Τέτοιες συνθήκες υπάρχουν στην Αμερικανική ήπειρο, στην Ευρώπη, σε μεγάλο μέρος της Ασίας και στην Αυστραλία. Όταν εκτελείται σωστά η απόδοσή της είναι εξαιρετική.³⁴ Παρ' όλα αυτά, γεγονός είναι ότι χρησιμοποιεί αρκετό ανθρώπινο δυναμικό και εργαστηριακά μέσα, τα οποία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν καλύτερα.⁴ Στη Μεγάλη Βρετανία, εδώ και 80 χρόνια λειτουργεί μία καλά οργανωμένη κλινική με δωρεάν είσοδο για όλους, στελεχωμένη με ειδικούς που είναι άριστοι επαγγελματίες. Κάθε γυναίκα, ενήλικη ή έφηβη, και άνδρας, ακόμα και ομοφυλόφιλος, βρίσκει καλή περίθαλψη. Ωστόσο, η εν λόγω υπηρεσία αντιμετωπίζει προβλήματα, επειδή αυξήθηκαν πολύ αυτοί που προσέρχονται για προληπτικό έλεγχο και πρόωμη διάγνωση για HIV/σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, χωρίς να υπάρχει αύξηση της χρηματοδότησης από το δημόσιο.^{7,33}

Σημαντικό μέρος του συστήματος αποτελεί η Ειδοποίηση των Συντρόφων (ανακάλυψη των Επαφών).^{22,33}

Όταν βρεθούν πάσχοντες από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, εξετάζονται από ειδικά εκπαιδευμένο υγειονολόγο ο οποίος τους ζητά να έλθουν σε επαφή με τους ερωτικούς συντρόφους τους και να τους πείσουν να προσέλθουν για εξέταση και, αν χρειαστεί, για θεραπεία.⁶ Στη Μεγάλη

Βρετανία είναι προαιρετική, αλλά σε άλλες χώρες είναι υποχρεωτική η ενημέρωση των αρχών.^{4,6,7}

Αιτιολογική διάγνωση

Πρόκειται για άλλου είδους προσέγγιση, αλλά κι αυτή βασίζεται στην ύπαρξη καλών εργαστηρίων που μπορούν να κάνουν ακριβείς ευαίσθητες διαγνώσεις, οι οποίες ερμηνεύονται κατάλληλα από ειδικούς επιστήμονες.^{10,22}

Ένα από τα παλαιότερα παραδείγματα είναι ο ανιχνευτικός έλεγχος εγκύων γυναικών με ορολογικές εξετάσεις για τη σύφιλη, για να προληφθεί η συγγενής σύφιλη.⁷ Άλλο, νεότερο παράδειγμα είναι ο ανιχνευτικός έλεγχος για *Chlamydia trachomatis* σε γυναίκες σεξουαλικά δραστήριες. Η ανίχνευση αντιγόνων με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) ή λιγάσης (LCR) δίνει καλά αποτελέσματα και αναπτύσσεται για τη βλεννόρροια.^{4,6}

Ωστόσο, η κλινική και η αιτιολογική διάγνωση είναι αδύνατον να φθάσουν σε όλους τους πληθυσμούς της γης και σε πολλές περιοχές του κόσμου θα πρέπει να γίνουν εκστρατείες για τη δημόσια υγεία με ανάπτυξη στενότερης συνεργασίας ανάμεσα σε παραδοσιακούς θεραπευτές και σε μη κυβερνητικές οργανώσεις.⁴ Υπάρχει πάντως άλλη μία μέθοδος αντιμετώπισης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων και αυτή είναι η συμπτωματολογική.^{7,10}

Συμπτωματολογική αντιμετώπιση

Οι βασικές αρχές του ελέγχου των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων είναι οι εξής:

1. Πρόληψη νέων λοιμώξεων.
2. Επαρκής θεραπεία όσων έχουν συμπτώματα της λοίμωξης.
3. Μέσα ανεύρεσης και θεραπείας όσων δεν παρουσιάζουν συμπτώματα.^{4,7}
4. Εκστρατεία ευαισθητοποίησης σε θέματα υγείας των ατόμων που μπορεί να γνωρίζουν ότι έχουν προσβληθεί αλλά καθυστερούν ή αποφεύγουν να προσέλθουν για θεραπεία, π.χ. ιός ανθρώπινου θηλώματος, ή φοβούνται τη μόλυνση από HIV και να εξεταστούν γι'

αυτήν, παρά το γεγονός ότι η θεραπεία καθυστερεί το θάνατο στις πλουσιότερες χώρες.^{10,22}

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανέπτυξε και προωθεί αλγόριθμους με στόχο την αναγνώριση ομάδας σημείων και συμπτωμάτων που έχουν σχέση με αρκετές σαφώς προσδιορισμένες αιτιολογίες σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Γνωστά παραδείγματα είναι της ουρηθρίτιδας στους άνδρες και των ελκών των γεννητικών οργάνων σε άνδρες και γυναίκες.⁴ Η εγκυρότητα των οργανογραμμάτων για τη θεραπεία των κολπικών εκκρινμάτων δημιουργεί μερικά προβλήματα και απαιτούνται περαιτέρω κλινικές μελέτες, ανάπτυξη και αξιολόγηση.⁷ Συνήθως χρειάζεται κάποια εργαστηριακή υποστήριξη αλλά μπορεί να επιτευχθεί και χωρίς αυτή. Απαιτούνται όμως επαρκή αποθέματα αντιβιοτικών και αυτό στοιχίζει πολύ σε αρκετά μέρη του κόσμου. Υπάρχει επίσης ο κίνδυνος να χορηγηθούν ακατάλληλα αντιβιοτικά.⁸ Ταυτόχρονα, πρέπει να επιδιωχθεί η ενημέρωση σε θέματα υγείας και στη σημασία της προσέλευσης των ερωτικών συντρόφων για εξέταση και θεραπεία (Ενημέρωση των Συντρόφων) καθώς και της χρήσης προφυλακτικών για προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.^{7,10}

Υπάρχουν ακόμα προβλήματα στη συμπτωματολογική αντιμετώπιση που έχουν σχέση με το κολπικό έκκριμα.⁴ Πολλές φορές δεν είναι εύκολο να οδηγηθούν οι γυναίκες στον ιατρό. Ίσως δεν υπάρξει μυστικότητα. Και τι θα γίνει με τις ασυμπτωματικές λοιμώξεις του κόλπου;^{7,8}

Εκπαίδευση στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Δεν φαίνεται να υπάρχει αρκετός χρόνος για προπτυχιακές σπουδές στην αφροδισιολογία, τον HIV και τα λοιμώδη νοσήματα.³³ Μπορεί να απαιτηθεί μεγαλύτερη διασπορά στους κλάδους της ιατρικής που ασχολούνται με τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, τη γενική ιατρική, τον οικογενειακό προγραμματισμό, τη γυναικολογία, την ουρολογία, τη δερματολογία και τα λοιμώδη νοσήματα.^{7,8}

Η Μαία πρέπει να γνωρίζει πως να παίρνει διακριτικά ένα σεξουαλικό ιστορικό χωρίς να ενοχλεί τον ασθενή, και να κατανοεί τα ψυχοσεξουαλικά προβλήματα των ασθενών.^{4,7}

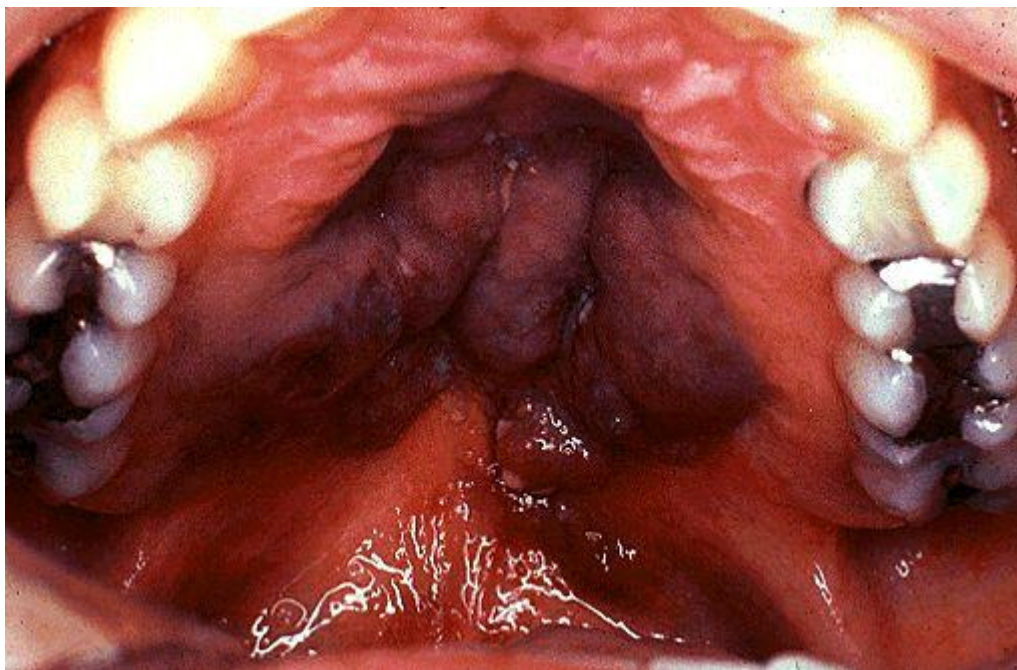
Θεραπευτικά πρωτόκολλα για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Πολλές χώρες έχουν αναπτύξει πρωτόκολλα για τη θεραπεία των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων²². Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δημοσίευσε το 2001 τις «ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ». Θα τις βρείτε στο διαδίκτυο, στη διεύθυνση <http://www.who.int/HIV-AIDS/> και τις συνιστούμε.⁴

Οι ελάχιστες απαιτήσεις για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις περιλαμβάνουν:^{7,8,33}

1. Σε όλα τα επίπεδα της υγειονομικής υπηρεσίας πρέπει να χορηγείται εμπιστευτική και αποτελεσματική θεραπεία για σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις.^{22,33}
2. Θεραπεία για σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις πρέπει να χορηγείται σε όλες τις μαιευτικές και παιδιατρικές κλινικές, στις γυναικολογικές κλινικές καθώς και στις κλινικές οικογενειακού προγραμματισμού.⁴
3. Πρέπει να υπάρχουν κέντρα αναφοράς τα οποία θα υποστηρίζονται από κεντρικό εργαστήριο.^{22,33,34}
4. Πρέπει να γίνεται προληπτικός έλεγχος για σύφιλη σε όλες τις γυναικολογικές κλινικές.^{33,34}
5. Όταν οι πόροι δεν επαρκούν, πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στις ομάδες υψηλού κινδύνου για σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων.^{4,7}

2.3. Δημογραφικοί παράγοντες και HIV-οροθετικότητα στους πάσχοντες από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα



Εικόνα 2. Κλινική εικόνα στόματος σε ασθενή με AIDS

Πηγή : Fitzpatrick Th. & συν., Κλινική Δερματολογία, 2003

Ο HIV-επιπολασμός, σε 5.609 πάσχοντες από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, κυμαίνεται σημαντικά ανάλογα με τον τόπο γέννησης ή και διαμονής και την ηλικία.³⁴ Οι μεγαλύτερες συχνότητες παρατηρήθηκαν σε όσους γεννήθηκαν ή έζησαν στην Αφρική. Πτωτική ροπή εμφανίζεται στα άτομα με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα < 25 ετών, ενώ τον υψηλότερο HIV - επιπολασμό εμφανίζουν οι ηλικίες 45 + (2,6%).^{4,7,8}

Η εμφάνιση του HIV/AIDS προκάλεσε την ανάγκη διεύρυνσης των γνώσεων για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα θεραπεύσιμα ή μη.⁷ Μια σειρά μελέτες έδειξαν ότι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα διευκολύνουν τη μετάδοση του HIV και επομένως η πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων μειώνει την επίπτωσή του.⁴ Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα θεωρούνται ως τα συχνότερα νοσήματα στον κόσμο, με μακροπρόθεσμες νοσολογικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι επιπλοκές εμφανίζονται συχνότερα σε

φτωχό κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον, δύσκολα προσπελάσιμο στην έρευνα.^{8,33}

Η επιδημιολογική έρευνα και επιτήρηση προσφέρουν τα απαραίτητα δεδομένα για τη λήψη αποφάσεων δημόσιας υγείας, καθορίζουν ποιοτικά και ποσοτικά τις παρεμβάσεις που στοχεύουν σε μείωση του σχετικού κινδύνου και τελικά αξιολογούν την εμβέλεια των προληπτικών μέτρων.²² Η μελέτη των δημογραφικών χαρακτηριστικών προσδιορίζει πληθυσμιακές κοινότητες, ομάδες και άτομα αυξημένου κινδύνου βάσει ανεξάρτητων μεταβλητών, όπως φύλο, ηλικία, καταγωγή, τόπος κατοικίας, μορφωτικό επίπεδο κ.λ.π., σε συνάρτηση με την πιθανότητα νόσου, όπως αυτή καθορίζεται από την επίπτωση και τον επιπολασμό.^{7,33}

Παρά τη νομική υποχρέωση αναφοράς των κρουσμάτων των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και ανώνυμα την συλλογή λίγων αλλά ουσιαστικών πληροφοριών από τον κλινικό ή και τον εργαστηριακό γιατρό, με σκοπό την επιδημιολογική επιτήρηση, λόγω αμελειών τα δεδομένα για την Ελλάδα και πολλές άλλες χώρες βασίζονται κύρια σε νοσοκομειακές μελέτες. Επιπρόσθετα, η αντιπροσωπευτικότητα των νοσοκομειακών δειγμάτων για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα θεωρείται ικανοποιητική αφού δεν υφίστανται κοινωνικές διαφορές στην πρόσβαση και την παροχή φροντίδων υγείας.⁴ Ένας δύσκολος στόχος παρόμοιων μελετών είναι ο πληθυσμός των πασχουσών από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα γυναικών, ίσως λόγω της εμπλοκής γιατρών πολλών ειδικοτήτων.^{10,34}

Σχετικές Μελέτες με ασθενείς και Μέθοδοι

Οι περιπτώσεις ήταν προσερχόμενοι διαδοχικά ασθενείς με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός», με μοναδικό κριτήριο επιλογής τη μη νοσηλεία για οποιοδήποτε σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα τους προηγούμενους τρεις μήνες.²³ Εάν πληρούσαν αυτό το κριτήριο συμπεριλαμβάνονταν και ασθενείς που γνώριζαν ότι ήταν HIV (+), καθώς και οι αρνούμενοι τον έλεγχο για HIV-αντισώματα.⁴⁻⁷ Τελικά στη μελέτη περιλήφθηκαν 5.669 ασθενείς εκ των οποίων 4.598 άνδρες (81,1%) και 1.071 γυναίκες (18,9%). Μόνο 60 (1,1%)

αρνήθηκαν τον έλεγχο για HIV-αντισώματα. Τα κρούσματα κατανέμονταν ομοιογενώς κατά έτος (1990-1996) και δεν υπήρξαν ποιοτικές διαφοροποιήσεις στη δομή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα στην κοινότητα. Ο πληθυσμός αναφοράς ήταν πάσχοντες από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, κάτοικοι προσωρινοί ή μόνιμοι της ευρύτερης περιοχής Αθήνας και Πειραιά, όπου ζει το 40% περίπου του ελληνικού πληθυσμού και 600.000 περίπου οικονομικοί και πολιτικοί μετανάστες από χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, Αφρικής, Εγγύς και Άπω Ανατολής.^{4,7}

Ειδικά για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι καταγραφείσες πληροφορίες ήταν φύλο, ηλικία, χώρα γέννησης, χώρα μόνιμης κατοικίας και μορφωτικό επίπεδο (ελάχιστη τυπική μόρφωση, υποχρεωτική εκπαίδευση, πέραν της υποχρεωτικής, ανώτερη εκπαίδευση).²² Το μορφωτικό επίπεδο κυμαίνεται κατά κανόνα παράλληλα με το κοινωνικο-οικονομικό, τουλάχιστον ως προς τις νοοτροπίες και τον τρόπο ζωής.³³

Η δοκιμασία χ^2 κατά Pearson χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της κατά έτος μεταβολής των συχνοτήτων και την ανίχνευση σημαντικής μεταβλητότητας ακόμα και όταν δεν υπήρχαν σημαντικές αυξομειώσεις των ροπών (trends). Η αξιολόγηση των τελευταίων γινόταν με ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης.^{7,8}

Αποτελέσματα

Στο δείγμα, ο λόγος άνδρες / γυναίκες ήταν 4,29/1, μέση ηλικία 33,85 έτη, διάμεση 30 έτη και κατά 87,9% είχαν γεννηθεί και κατοικούσαν στην Ελλάδα. Το 0,9% είχε γεννηθεί στις ενδημικές περιοχές του HIV και το 0,4% ανέφερε αυτές ως μόνιμη κατοικία του.¹² Από τις ενδημικές περιοχές κυριότερη ήταν η Αφρική (n=110). Στις περιπτώσεις που δήλωσαν την τελευταία ως τόπο γέννησης αλλά την Ελλάδα ως μόνιμη κατοικία, ο επιπολασμός ήταν 6,4%. Παρόμοια συχνότητα οροθετικότητας εμφάνισαν αυτοί που γεννήθηκαν στην Ελλάδα αλλά κατοικούν μόνιμα στην Αφρική (5,6%, n = 18). Τουλάχιστον φαινομενικά, πολύ υψηλότερο ποσοστό διαπιστώθηκε σε όσους γεννήθηκαν και κατοικούν μόνιμα εκεί (n=6, 16,7%)^{4,7}.

Τα άτομα της εφηβικής ηλικίας (<20 ετών) παρουσιάζουν μειωμένο επιπολασμό σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Αντιπροσωπεύουν το 4,9% του πληθυσμού των πασχόντων από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και εμφανίζουν την χαμηλότερη συχνότητα συνυπάρχουσας HIV-λοίμωξης (0,4%). Ακολουθούν οι ομάδες 20-24 (0,6%), 25-34 (1,3%) και 35-44 (0,7%).⁷ Η ομάδα των 45+ και στα δύο φύλα, εμφανίζει τη μέγιστη σχετική συχνότητα HIV-οροθετικότητας (2,6%). Επιμέρους, στις γυναίκες ασθενείς, η διαφοροποίηση της HIV-οροθετικότητας με την ηλικίας (0%, 0,7%, 0,7%, 1,3%, 1,7% αντίστοιχα) δεν τεκμηριώθηκε και στατιστικά (συνολικά 0,75%), ενώ στους άνδρες (χ^2 , $P = 0,00046$) παρατηρούνται σημαντικές διακυμάνσεις (0,5%, 0,5%, 1,5%, 0,6%, 2,7%).^{4,12}

Τα άτομα της εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας (<25 ετών) με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ελαττώθηκαν διαχρονικά, τόσο στην κατά έτος κατανομή των σχετικών συχνοτήτων (χ^2 κατά Pearson, $P = 0,01$), όσο και ως προς τη ροπή (trend) των συχνοτήτων ($p = 0,01$, ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, odds ratio 0,95).^{7,8,12}

Η ως προς το μορφωτικό επίπεδο κατανομή της HIV μόλυνσης, έδειξε υψηλότερο επιπολασμό στα άτομα με ελάχιστη τυπική μόρφωση (2,9%, $n = 207$), ακολουθούν αυτοί με υποχρεωτική εκπαίδευση (1,5%, $n = 1,915$), οι πέραν της υποχρεωτικής (0,9%, $n = 2,324$) και τέλος άτομα με ανώτερη εκπαίδευση (0,8%, $n = 1,123$). Ενώ η διαφορά συχνοτήτων μεταξύ όλων των ομάδων είναι σημαντική (χ^2 , $P = 0,018$), οι τρεις τελευταίες είναι στατιστικά ομοιογενείς. Τελικά, τα 95% όρια αξιοπιστίας του odds ratio κατά Cornfield ($1,03 < 2,68 < 6,55$) καθιστούν αμφίβολη τη διαφορά HIV - επιπολασμού παρουσία σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ($p = 0,04$), μεταξύ των ατόμων με ελάχιστη τυπική μόρφωση και όλων των άλλων μαζί.^{4,12}

2.4. Σεξουαλικός προσανατολισμός, συμπεριφορά υψηλού κινδύνου και HIV - οροθετικότητα στους πάσχοντες από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Οι ομο-αμφιφυλόφιλοι εμφάνισαν την υψηλότερη συχνότητα (5,8%), ακολουθούμενοι από τους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών (2%). Η οροθετικότητα αυξανόταν σημαντικά στα άτομα με ≥ 10 συντρόφους το τελευταίο εξάμηνο ⁴. Η επίπτωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και ο HIV-επιπολασμός παρουσίασαν σημαντική πτωτική ροπή στα άτομα < 25 ετών, όπως και ο αριθμός των ατόμων με περισσότερους από ένα συντρόφους (1990 - 1996).^{8,12}

Ο σχετικός κίνδυνος των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων αλλά και της HIV-λοίμωξης, καθορίζεται από ατομικούς και πληθυσμιακούς παράγοντες.³⁴ Η έμφαση στην πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και του HIV/AIDS δόθηκε στους πρώτους, με κυριότερους απ' αυτούς την επιλογή και τον αριθμό συντρόφων καθώς και τη χρήση προφυλακτικού. Οι πληθυσμιακοί βρίσκονται πέρα από την ευθύνη του ατόμου, λειτουργούν κυρίως στο επίπεδο της κοινότητας, ή του γενικού πληθυσμού και περιλαμβάνουν κοινωνικούς γεωγραφικούς, οικονομικούς και επιδημιολογικούς παράγοντες του χώρου όπου το άτομο ζει.^{12,33}

Η πρωτογενής πρόληψη και ο καθορισμός των ομάδων / στόχων για παρεμβάσεις μείωσης του σχετικού κινδύνου προσδιορίζονται από επιδημιολογικά δεδομένα αλλά και έρευνες συμπεριφοράς. Τη συλλογή δεδομένων παρεμποδίζει το γεγονός ότι υψηλοί επιπολασμοί σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων συχνά αφορούν άτομα με κοινωνικό στίγμα ή περιθωριοποιημένα, όπως κρυφά εκδιδόμενες γυναίκες, ναρκομανείς κ.λ.π.⁴⁻⁷

Αντίστοιχα την ίδια χρονική περίοδο και σύμφωνα με τα παραπάνω, στην Ελλάδα, η μεγαλύτερη σχετική συχνότητα με σαφές το επιδημιολογικό ιστορικό της HIV-λοίμωξης, αφορά τους άνδρες ομο/αμφοφυλόφιλους (64,8%).⁸ Στις γυναίκες, συχνότερα αναφέρεται σύντροφος ή καταγωγή από χώρα με συχνή ετεροφυλοφιλική μετάδοση (19,8%), ετεροφυλοφιλική σχέση με πολλαπλούς συντρόφους (15,5%), με αμφιφυλόφιλο άνδρα (12,9%), ή χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών (6,9%).^{12,33} Στην παρούσα μελέτη,

εξετάζονται ο σεξουαλικός προσανατολισμός σε συνάρτηση με συμπεριφορές υψηλού κινδύνου σε ομάδες ασθενών στον ελληνικό χώρο. Σκοπός είναι η διερεύνηση των διαστάσεων της ενδεχόμενης δυναμικής τους συνέργειας, όπως αυτή αντικατοπτρίζεται από τις αντίστοιχες σχετικές συχνότητες.^{4,12,22}

ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Αυτή η μελέτη επιπολασμού αφορά 5.669 διαδοχικά εξετασθέντες ασθενείς ως προς την HIV-οροθετικότητα, 4.598 άνδρες (81,1%) και 1.071 γυναίκες (18,9%). Επρόκειτο για πάσχοντες από ουρηθρίτιδα (άνδρες n=399), πρωκτίτιδα (άνδρες n = 80), βλεννοπυώδη τραχηλίτιδα (γυναίκες n = 244), χλαμύδια (n=361), βλεννόρροια (n=360), έρπητα των γεννητικών οργάνων (n=822), μαλακό έλκος (n=31), σύφιλη (n=287), κονδυλώματα (n=2,958), τριχομονάδωση (n=95) και φθειρίαση εφηβαίου (n=120). Η διάγνωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων βασίζεται στα καθιερωμένα και απαραίτητα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα κατά νοσολογική οντότητα.^{4,7,8}

Από τις παραμέτρους του προτυποποιημένου ιστορικού θα αναλυθούν εδώ αυτές που αφορούν την επιδημιολογία του σεξουαλικού προσανατολισμού και της συμπεριφοράς, σχετικά με την ανάληψη κινδύνου HIV-μόλυνσης. Αξιολογούνται τα ακόλουθα χαρακτηριστικά καθώς και οι συνδυασμοί τους:

1. Σεξουαλικός προσανατολισμός: ετεροφυλοφιλικές ή ομοφυλοφιλικές σχέσεις.^{4,12}
2. Αριθμός συντρόφων τους τελευταίους 6 μήνες: Πρόκειται για παράμετρο με την οποία προσεγγίζεται συγκριτικά, το ατομικό επίπεδο επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς (promiscuity) σε σχέση με την πιθανότητα έκθεσης, προσβολής ή μετάδοσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ή του HIV ειδικότερα. Στις διάφορες έρευνες ανάλογα με το αντικείμενο, καθορίζεται και η αντίστοιχη μονάδα του χρόνου.
3. Χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.^{4,12}

Στη μελέτη συμπεριλαμβάνονταν και ασθενείς που γνώριζαν ότι ήταν HIV (+), καθώς και οι αρνούμενοι τον ορολογικό έλεγχο για HIV-αντισώματα.^{4,12}

Η δοκιμασία χ^2 ή το Fisher's exact test, η στρωματοποιημένη ανάλυση χ^2 κατά Mantel-Haenszel (stratified analysis), τα 95% όρια αξιοπιστίας και odds ratio κατά Cornfield, χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο των συχνοτήτων. Διαχρονικά (1990 - 1996), η ροπή των συχνοτήτων αξιολογήθηκε με ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης.^{4,12}

Αποτελέσματα

Το 80,6% των μελετηθέντων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ασθενών (n=4.570) ήταν ετεροφυλόφιλοι άνδρες και γυναίκες που δεν ανέφεραν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών. Το 14,3% (n = 812) ανήκε σε ομοφυλόφιλους άνδρες, ενώ το 1% (n = 59) ήταν ομοφυλόφιλοι άνδρες και ταυτοχρόνως χρήστες. Το 3,6% (n = 205) ήταν αποκλειστικά χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Οι ομοφυλόφιλοι και χρήστες εμφάνισαν το υψηλότερο ποσοστό (55%) άρνησης ορολογικούς ελέγχου για HIV. Οι ομο- και οι αμφιφυλόφιλοι δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά. Επομένως αθροιστικά, ο μεγαλύτερος επιπολασμός HIV-οροθετικότητας βρέθηκε στους άνδρες με ομοφυλοφιλικές επαφές και ταυτοχρόνως σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ασθενείς (5,8%). Οι ετεροφυλόφιλοι άνδρες (0,2%) και γυναίκες (0,75%) έχουν σημαντική διαφορά (Fisher's exact test, $P = 0,003$, odds ratio 4,64, CIs 1,51 < 4,64 < 14,68). Οι χρήστες ΕΦ ναρκωτικών (2%) διαφέρουν σημαντικά με τους ομοφυλόφιλους ($P = 0,04$, odds ratio 3,09, 1,11 < 3,09 < 12) αλλά και τους ετεροφυλόφιλους. Διαχρονικά δεν παρατηρείται διαφοροποίηση της οροθετικότητας κατά κατηγορία έκθεσης^{4,8,12}

Η κατανομή του HIV-επιπολασμού κατά σεξουαλικό προσανατολισμό και αριθμό ερωτικών συντρόφων κατά το τελευταίο, προ του HIV-ορολογικού, εξαμήνου φαίνεται στον πίνακα 7. Η κατανομή αυτή παρουσιάζει σημαντική ετερογένεια μέσα στις δυο κύριες κατηγορίες, δηλαδή τόσο στους ομοφυλόφιλους όσο και στους ετεροφυλόφιλους (χ^2 , $P=0,03$). Αυτό οφείλεται στον υψηλό HIV-επιπολασμό των ατόμων με ≥ 10 ερωτικούς συντρόφους, αφού οι τρεις πρώτες ομάδες κάθε μιας από τις δυο κύριες κατηγορίες σεξουαλικού προσανατολισμού είναι στατιστικά ομοιογενείς ως προς τον HIV-

επιπολασμό. Επιμέρους, στους ομοφυλόφιλους (χ^2 , $P=0,012$, odds ratio 2,5, $1,2 < 2,5 < 5,2$) παρατηρείται σημαντική διαφορά ανάμεσα στην τελευταία ομάδα και τις τρεις πρώτες μαζί. Αντίστοιχα, παρόμοια διαφορά υπάρχει και στους ετεροφυλόφιλους (Fisher's exact test, $P=0,03$, odds ratio 5, 1,15, $5 < 18,4$).^{22,33,34}

Πίνακας 4. Κατανομή των εξετασθέντων ασθενών κατά σεξουαλική συμπεριφορά και αριθμό συντρόφων τους τελευταίους 6 μήνες (% HIV+).

Σύντροφοι	ΟΜΟ-	ΑΜΦΙ-	ΕΤΕΡΟ-	Σύνολο
1	185 (3,8)	27 (0)	2516 (0,2)	2728 (0,4)
2-4	79 (5,1)	88 (3,4)	1122 (0,4)	1289 (0,9)
5-9	222 (6,8)	96 (4,2)	886 (0,7)	1205 (2,1)
³ 10	113 (12,4)	24 (0)	172 (1,7)	309 (5,5)
Άγνωστο	5 (0)	2 (0)	49 (0)	78 (0)*
Σύνολο	604 (6,6)	237 (3)	4745 (0,4)	5609 (1,2)

*Λείπουν 22 ασθενείς και με τα δύο χαρακτηριστικά άγνωστα.

Πηγή : Καλογερόπουλος Α., Γυναικολογία, 1996

Στην ανάλυση κατά στρώματα (stratified analysis) παρατηρήθηκε σημαντικότερη διαφορά HIV- επιπολασμού μεταξύ ομοφυλοφίλων και ετεροφυλοφίλων με τον ίδιο αριθμό ερωτικών συντρόφων (P από 0,0005 μέχρι $< 10^{-6}$). Στο σύνολο, η διαφορά είναι στατιστικά σημαντικότερη ($P < 10^{-8}$, Mantel - Haenszel weighted odds ratio 10,85, Cornfield 95%, CIs 6,43 $< 10,85 < 22,9$).

Διαχρονικά (1990 - 1996), η σχετική συχνότητα των ομοαμφιφυλόφιλων πασχόντων παρουσιάζει σημαντική πτωτική ροπή (ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, $P = 0,01$, odds ratio 0,95).^{4,7,12} Από τους 66 οροθετικούς, οι 9 γνώριζαν την οροθετικότητά τους (13,6%), ενώ οι 57 την αγνοούσαν (86,4%). Το χαρακτηριστικό αυτό δεν βρέθηκε να μεταβάλλεται ανάλογα με τον σεξουαλικό προσανατολισμό.^{4,12}

Τέλος, έχει ενδιαφέρον το γεγονός ότι στο σύνολο ο μεγαλύτερος αριθμός σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ασθενών αναφέρει ένα μόνο σύντροφο κατά το τελευταίο εξάμηνο. Διαχρονικά, η σχετική συχνότητα των ασθενών με περισσότερους του ενός συντρόφους παρουσιάζει σημαντική πτωτική ροπή (ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, $P < 0,01$, odds ratio 0,92).^{4,12}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο
ΙΟΣ ΤΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ:
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΩΝ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΩΝ
(HUMAN PAPILLOMAVIRUS: MUCOSAL INFECTIONS)



Εικόνα 3. Οξυτενή κονδυλώματα σε γυναίκα και άνδρα

Πηγή :www.ancology.gr

Οι λοιμώξεις των βλεννογόνων από τον ιό των θηλωμάτων του ανθρώπου (HPV) είναι το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Όταν αυτές είναι κλινικά συμπτωματικές, οι βλάβες είναι μόλις ορατές βλατίδες ή οζίδια ή συρρέουσες μάζες που απαντούν στην πρωκτογεννητική περιοχή ή στο βλεννογόνο του στόματος, ή στο δέρμα και προκαλούνται από μόλυνση με ένα βλενογόνο τύπο του HPV. Μόλις το 1-2% των ατόμων που έχουν μολυνθεί από τον HPV εμφανίζουν επισκοπικά ανιχνεύσιμες κλινικές βλάβες. Ο HPV που είναι παρόν στον γεννητικό σωλήνα μπορεί να μεταδοθεί στο νεογνό κατά τη διάρκεια κολπικού τοκετού και μπορεί να προκαλέσει εξωτερικά κονδυλώματα και θηλωμάτωση του αναπνευστικού.^{8,9} Ο HPV μπορεί να προκαλέσει δυσπλασία του δέρματος ή των βλεννογόνων της πρωκτογεννητικής χώρας, ήπια έως σοβαρή, η οποία μπορεί να εξελιχθεί σε in situ ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Στο in situ ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα μπορεί αργότερα να αναπτυχθεί διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, συνηθέστερα στον τράχηλο της μήτρας και στον πρωκτικό σωλήνα.^{12,23}

Συώνυμα: Οξυτενή κονδυλώματα (condylomata acuminata), πρωκτογεννητικές ή αφροδίσιες μυρμηκίες (enogenital or venereal warts).^{8,12}

3.1. Επιδημιολογία

Αιτιολογία: Ο ιός των θηλωμάτων του ανθρώπου (HPV), ένας DNA παρονα-ιός, ο οποίος πολλαπλασιάζεται στους πυρήνες των μολυσμένων επιθηλιακών κυττάρων. Περισσότεροι από 20 τύποι HPV μπορεί να μολύνουν το γεννητικό σύστημα: οι τύποι 6 και 11 είναι οι πιο συνηθισμένοι^{8,11}. Επίσης οι τύποι 16, 18, 31, 33. Οι τύποι 16, 18, 31, 33 συσχετίζονται ισχυρά με δυσπλασία των γεννητικών οργάνων και καρκίνο. Στα άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους είναι συνήθης υποκλινική λοίμωξη με πολλαπλούς τύπους HPV.^{8,11}

Ηλικία: Νεαροί, σεξουαλικά δραστήριοι ενήλικες.^{8,11}

Παράγοντες κινδύνου για HPV λοίμωξη: Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων συχνότητα σεξουαλικών επαφών. Ερωτικός σύντροφος με εξωτερικά κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων. Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων του συντρόφου. Άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.^{8,11,23}

3.1.1. Μετάδοση

Μέσω σεξουαλικής επαφής: γεννητικής, στοματογεννητικής, πρωκτογεννητικής. Μικροεκδορές στην επιθηλιακή επιφάνεια επιτρέπουν στα βίρια από τον μολυσμένο σύντροφο να αποκτήσουν πρόσβαση στην στιβάδα των βασικών κυττάρων του επιθηλίου του μη μολυσμένου συντρόφου^{20,23} Η μετάδοση μη γεννητικών μυρμηκιών μέσω των δακτύλων μπορεί να ευθύνεται για λίγες περιπτώσεις εξωτερικών κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων. Κατά τον τοκετό, οι μητέρες με πρωκτογεννητικά κονδυλώματα μπορεί να μεταδώσουν τον HPV στο νεογνό, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη εξωτερικών κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων και θηλωμάτωσης του λάρυγγα στα παιδιά.^{8,11}

3.1.2. Επίπτωση

Τα περισσότερα σεξουαλικά ενεργά άτομα παρουσιάζουν υποκλινική λοίμωξη από τον HPV. Οι περισσότερες HPV λοιμώξεις είναι ασυμπτωματικές, υποκλινικές ή αδιάγνωστες. Το 1% των σεξουαλικά ενεργών ενηλίκων (ηλικίας 15-19 ετών) αναπτύσσουν εξωτερικά κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων. Έχει αυξηθεί στο πολλαπλάσιο κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών.^{8,24}

3.1.3. Ψυχοσεξουαλικές επιπτώσεις των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων

Μικρότερης σημασίας από εκείνες του έρπητα των γεννητικών οργάνων, ο οποίος έτυχε μεγαλύτερης κάλυψης από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης ως το ανίατο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.³⁰ Λίγοι ασθενείς γνωρίζουν τον ρόλο του HPV στον καρκίνο της πρωκτογεννητικής χώρας. Η διάγνωση των κονδυλωμάτων μπορεί να προκαλέσει φόβο μετάδοσης της νόσου ή υποτροπής, αλλαγές της σεξουαλικής συμπεριφοράς (αποχή, προσοχή, χρήση προφυλακτικού), κατάθλιψη ή χαμηλή αυτοεκτίμηση, διατάραξη ή διάλυση σχέσεων, άγχος αποκάλυψης της νόσου στον σύντροφο.^{11,22}

3.2. Παθογένεια

Τόσο οι «υψηλού κινδύνου» όσο και οι «χαμηλού κινδύνου» τύποι HPV προκαλούν κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων. Η λοίμωξη από τον HPV καθιστάμενη διαλειπόντως μολυσματική, πιθανότατα παραμένει δια βίου σε λανθάνουσα κατάσταση.⁸ Τα εξωφυτικά κονδυλώματα φαίνεται να είναι περισσότερο μολυσματικά από την υποκλινική λοίμωξη.^{11,22}

Η ανοσοκαταστολή οδηγεί σε νέα έκλυση HPV βλαβών και εξέλιξή τους. Δεν αυξάνει την επίπτωση της HPV λοίμωξης, αυξάνει όμως τον κίνδυνο μετάδοσής της, καθώς και την πιθανότητα ανάπτυξης πολυεστιακής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας.¹¹ Οι ανοσοκατεσταλμένοι λήπτες νεφρικών

μοσχευμάτων εμφανίζουν κατά 17 φορές αυξημένη επίπτωση HPV λοίμωξης των γεννητικών οργάνων.^{8,23}

Όλοι οι τύποι HPV πολλαπλασιάζονται αποκλειστικά στον πυρήνα των κυττάρων του ξενιστή. Στις καλοήθεις βλάβες από HPV, ο HPV υπάρχει στο κυτταρόπλασμα του κυττάρου ως πλασμίδιο, αναπαραγόμενος εξωχρωμοχρωματικά. Στις κακοήθεις βλάβες από HPV, ο HPV ενσωματώνεται στα χρωμοσώματα του ξενιστή, μετά από ρήξη στο γονιδίωμα του ιού (περί την E1/E2 περιοχή). Η λειτουργία των E1 και E2 απορρυθμίζεται, με αποτέλεσμα μετασχηματισμό των κυττάρων.^{8,11}

3.2.1. Ιστορικό

Χρόνος επώασης. Αρκετές εβδομάδες έως μήνες έως χρόνια.

Διάρκεια των βλαβών. Μήνες έως χρόνια.¹¹

Συμπτώματα από το δέρμα. Συνήθως οι βλάβες είναι ασυμπτωματικές, εκτός από την αισθητική παραμόρφωση. Κνησμός, καύσος, αιμορραγία, κολπικό ή ουρηθρικό έκκριμα, δυσπαρεύνια. Αν η μάζα είναι μεγάλη, προκαλείται απόφραξη.^{8,22}

3.3. Κλινική Εξέταση

3.3.1. Βλεννογονοδερματικές βλάβες

Υπάρχουν 4 τύποι κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων: μικρά βλατιδώδη, ανθοκραμβοειδείς (οξυτενείς ή αιχμηρές) βλάβες, υπερκερατωσικές βλάβες και επίπεδες βλατίδες / πλάκες (συνηθέστερα στον τράχηλο).¹¹ Οι βλάβες είναι στο χρώμα του δέρματος, ρόδινες, ερυθρές ή καστανές. Οι βλάβες μπορεί να είναι μονήρεις, διάσπαρτες και μεμονωμένες ή να σχηματίζουν ογκώδεις συρρέουσες μάζες. Στους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, οι βλάβες μπορεί να είναι τεράστιες. Το οξεικό οξύ βοηθά στην ανάδειξη βλαβών της περιοχής του τραχήλου και του πρωκτού, αλλά προσφέρει ελάχιστα στην αναγνώριση εξωτερικών κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων.^{22,23}

Θέσεις προτίμησης. Άνδρες. Χαλινός, στεφαναία αύλακα, βάλανος, ακροποσθία, σώματος πέους, όσχεο.¹¹

Γυναίκες. Χείλη του αιδοίου, κλειτορίδα, περιουρηθρική περιοχή, περίνεο, κόλπος, τράχηλος (επίπεδες βλάβες).^{11,22}

Και στα δύο φύλα. Περίνεο, περιπρωκτικά πρωκτικός σωλήνας. Στόμιο της ουρήθρας, ουρήθρα, ουροδόχος κύστη. Στοματοφάρυγγας.^{11,22}

3.3.2. Θηλώματα του Λάρυγγα

Σχετικά σπάνια. Συνδέονται με τον HPV-6 και -11. Συνηθέστερα εμφανίζονται στις γνήσιες φωνητικές χορδές του λάρυγγα. Ηλικία παιδιά < 5 ετών, ενήλικες > 20 ετών.^{11,22}

3.4. Διαφορική Διάγνωση

Βλατιδώδεις / οζώδεις βλάβες των έξω γεννητικών οργάνων. Φυσιολογικά ανατομικά στοιχεία (π.χ. σμηγματογόνοι αδένες, μαργαριτοειδείς βλατίδες του πέους, θηλής του προδόμου) πλακώδης ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία, in situ και διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, καλοήγη νεοπλάσματα (σπίλοι, σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση, θηλώματα, τριχική κύστη, αγγειοκεράτωμα) φλεγμονώδεις δερματοπάθειες (στιλπνός λειχήνας, ομαλός λειχήνας / μολυσματική τέρμινθος, πλατέα κονδυλώματα, θυλακίτιδα, οζίδια της ψώρας).^{8,14,23}

3.5. Εργαστηριακές Εξετάσεις

Λεύκανση με εφαρμογή οξείκου οξέος. Χρήσιμη στον καθορισμό της έκτασης της προσβολής του τραχήλου και του πρωκτού από τον HPV. Η δοκιμασία αυτή δεν είναι ειδική για τα κονδυλώματα.^{8,11,23}

Δοκιμασία Παπανικολάου. Όλες οι γυναίκες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να υποβάλλονται μία φορά τον χρόνο σε τεστ Παπανικολάου, λαμβανομένου υπόψιν ότι ο HPV είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας στην παθογένεια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το πρωκτικό PAP τεστ, που εκτελείται με τραχηλική ψήκτρα και μονιμοποιητικό διάλυμα, βοηθά στην ανίχνευση δυσπλασιών του πρωκτού.^{8,11,20}

Ιστοπαθολογία. Η βιοψία ενδείκνυται: όταν η διάγνωση είναι αβέβαιη. Όταν οι βλάβες δεν ανταποκρίνονται στην συνήθη θεραπεία. Όταν οι βλάβες επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας.⁸ Όταν ο ασθενής είναι ανοσοκατασταλμένος. Όταν τα κονδυλώματα είναι μελαγχρωματικά, διηθημένα, καθηλωμένα και / ή εξελκωμένα. Καθώς και σε όλες τις ύποπτες τραχηλικές βλάβες. Σε ορισμένες περιπτώσεις ενδείκνυται για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και / ή τον αποκλεισμό in situ ή διηθητικού ακανθοκυτταρικού καρκινώματος.^{11,20}

Ανίχνευση του DNA του HPV. Η παρουσία DNA του HPV και ειδικών τύπων του HPV μπορεί να διαπιστωθεί σε επιχρίσματα, καθώς και σε υλικό βιοψίας από βλάβη, με την μέθοδο του in situ υβριδισμού.^{8,11} Όμως, δεν υπάρχουν στοιχεία που να συνηγορούν υπέρ της χρήσης δοκιμασιών ανίχνευσης ειδικού τύπου του νουκλεϊκού οξέος του HPV στη διάγνωση ρουτίνας ή στην αντιμετώπιση των μακροσκοπικά ορατών κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων.^{20,22}

Ορολογικός έλεγχος. Η ύπαρξη κονδυλωμάτων είναι δείκτης μη ασφαλών σεξουαλικών πρακτικών.²⁰ Θα πρέπει να γίνεται σε όλους τους ασθενείς ορολογικός έλεγχος για σύφιλη, ώστε να αποκλεισθεί η λοίμωξη από *Treponema pallidum*, και θα πρέπει να προσφέρεται σε όλους τους ασθενείς η δυνατότητα ορολογικού ελέγχου για τον ιό HIV.^{22,23}

3.6. Πορεία και Πρόγνωση

Ο HPV είναι ιδιαίτερα λοιμογόνος, με χρόνο επώασης από 3 εβδομάδες έως 8 μήνες. Οι περισσότεροι από τους μολυνθέντες από τον HPV, που θα αναπτύξουν κονδυλώματα, θα τα εμφανίσουν μέσα σε 2-3 μήνες από την μόλυνση.^{8,11} Αυτόματη υποστροφή συμβαίνει στο 10-30% των ασθενών μέσα σε 3 μήνες και συνδέεται με ικανοποιητική κυτταρική ανοσολογική απάντηση. Μετά την υποστροφή, η υποκλινική λοίμωξη μπορεί να παραμείνει εφόρου ζωής. Υποτροπή μπορεί να σημειωθεί τόσο σε ανοσοκατασταλμένους, όσο και σε ανοσοϊκανούς ασθενείς.^{20,22,23}

Τα κονδυλώματα υποτροπιάζουν, ακόμη και μετά από κατάλληλη θεραπεία, σε ένα υψηλό ποσοστό των ασθενών, εξαιτίας της επιμονής του HPV, που βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση, στο φυσιολογικής όψης περιβλαβικό δέρμα.^{20,22} Οι υποτροπές προκύπτουν συχνότερα από επαναδραστηριοποίηση υποκλινικής λοίμωξης, παρά από επαναμόλυνση από ερωτικό σύντροφο. Εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία, τα κονδυλώματα μπορεί να υποχωρήσουν από μόνα τους, να παραμείνουν αμετάβλητα, ή να αναπτυχθούν περαιτέρω. Σε περιπτώσεις που εφαρμόστηκε εικονική θεραπεία (placebo), τα κονδυλώματα ιάθηκαν αυτόματα στο 20 έως 30% των ασθενών μέσα σε 3 μήνες.^{23,24}

Κατά την κύηση, τα οξυτενή κονδυλώματα μπορεί να αυξηθούν σε μέγεθος και αριθμό, να προκαλέσουν μεγαλύτερη προσβολή του τραχήλου, ενώ μπορεί να παρουσιαστεί και αυξημένη συχνότητα δευτερογενούς μικροβιακής επιμόλυνσής τους. Τα παιδιά μητέρων με κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων, που γεννιούνται με κολπικό τοκετό, κινδυνεύουν να αναπτύξουν αργότερα υποτροπιάζουσα θηλωμάτωση του αναπνευστικού.^{20,22}

Η μεγαλύτερη σημασία της HPV λοίμωξης προκύπτει από την ογκογονικότητα του ιού. Οι τύποι 16, 18, 31 και 33 του HPV είναι οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες για δυσπλασία και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του τραχήλου ή της μήτρας, μωβενοειδή βλατίδωση, *in situ* και διηθητικό καρκίνωμα τόσο του αιδοίου όσο και του πέους και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του πρωκτού σε ομοφυλόφιλους / αμφιφυλόφιλους άνδρες.¹¹ Η θεραπεία των εξωτερικών κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων κατά

πάσα πιθανότητα δεν επηρεάζει την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου.²⁰ Η σημασία του ετήσιου Pap τεστ θα πρέπει να τονίζεται ιδιαίτερα στις γυναίκες με κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων.^{22,23}

3.7. Αντιμετώπιση

Πρόληψη. Η χρήση προφυλακτικού μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης σε μη μολυνθέντες ερωτικούς συντρόφους¹¹. Στόχος της θεραπείας είναι η αφαίρεση των εξωφυτικών κονδυλωμάτων και η βελτίωση των συμπτωμάτων και των σημείων και όχι η εκκρίωση του HPV.⁸ Δεν υπάρχει θεραπεία που αποδειγμένα να εκριζώνει τον HPV. Η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική, εάν τα κονδυλώματα είναι μικρά και είναι παρόντα για λιγότερο από ένα χρόνο. Ο κίνδυνος μετάδοσης μπορεί να ελαττώνεται με την μείωση του μεγέθους των κονδυλωμάτων. Η επιλογή της μεθόδους θεραπείας θα πρέπει να καθορίζεται και από τις προτιμήσεις του ασθενούς - ακριβές θεραπείες, τοξικές θεραπείες και θεραπείες που προκαλούν ουλές θα πρέπει να αποφεύγονται.^{1,23}

Ενδείξεις θεραπείας. Αισθητικοί λόγοι, μείωση της μεταδοτικότητας, ανακούφιση των συμπτωμάτων, αύξηση της αυτοεκτίμησης.^{8,11}

Κύριος στόχος της αντιμετώπισης των μακροσκοπικά ορατών κονδυλωμάτων. Απομάκρυνση των συμπτωματικών κονδυλωμάτων. Στους περισσότερους ασθενείς, η θεραπεία προσφέρει περιόδους ελεύθερες κονδυλωμάτων.¹¹ Τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων συχνά είναι ασυμπτωματικά. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι οι μέχρι τώρα διαθέσιμες θεραπείες εκριζώνουν ή επηρεάζουν τη φυσική ιστορία της HPV λοίμωξης. Ενδέχεται, η απομάκρυνση των κονδυλωμάτων να μειώνει τη μολυσματικότητα. Χωρίς θεραπεία, τα μακροσκοπικά ορατά κονδυλώματα μπορεί να αποδράμουν αυτόματα, να παραμείνουν αμετάβλητα ή να αυξηθούν σε μέγεθος και αριθμό. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η θεραπεία των μακροσκοπικά ορατών κονδυλωμάτων επηρεάζει την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου ή του πρωκτού.^{8,23}

Υποκλινική HPV Λοίμωξη των Γεννητικών Οργάνων (Χωρίς Εξωφυτικά Κονδυλώματα). Η υποκλινική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων από τον HPV είναι πολύ πιο συχνή, απ' ό,τι τα εξωφυτικά κονδυλώματα, μεταξύ τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών.²³ Η λοίμωξη συχνά

διαγιγνώσκεται έμμεσα στον τράχηλο με το Pap τεστ, την κολποσκόπηση ή την βιοψία, και στο πέος, το αιδοίο και το δέρμα των γεννητικών οργάνων με την εμφάνιση λευκών περιοχών μετά την εφαρμογή οξικού οξέος. Δεν ενδείκνυται θεραπεία.^{8,11,20}

3.7.1. Εξωτερικά Κονδυλώματα των Γεννητικών Οργάνων ή του Πρωκτού

Κρέμα imiquimod 5% (Aldara). Ο μηχανισμός δράσης είναι μέσω τοπικής απελευθέρωσης κυτοκινών (ιντερφερόνη, παράγοντας νέκρωσης του όγκου, ιντερλευκίνη). Δεν έχει άμεση αντιική δράση.^{11,23} Η κρέμα, η οποία διατίθεται σε συσκευασίες μιας χρήσης, εφαρμόζεται από τον ασθενή στην πάσχουσα περιοχή, τρεις φορές την εβδομάδα, συνήθως πριν την βραδινή κατάκλιση. Ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν τοπικό ερεθισμό. Η θεραπεία διαρκεί μέχρι 16 εβδομάδες.^{20,24}

Podofilox (Condylox). Διάλυμα και γέλη 0,5%. Πρόκειται για ένα κεκαθαμένο και σταθερό παρασκεύασμα του δραστικού παράγοντα της ποδοφυλλίνης. Οι ασθενείς εφαρμόζουν το διάλυμα με βαμβακοφόρο στυλεό στα κονδυλώματα και / ή στην πάσχουσα περιοχή (συμπεριλαμβανομένου του φαινομενικά υγιούς δέρματος μεταξύ των βλαβών), δύο φορές την ημέρα για 3 ημέρες και ακολουθούν 4 ημέρες χωρίς θεραπεία.²³ Ο κύκλος αυτός μπορεί να επαναληφθεί, εάν χρειάζεται, συνολικά τέσσερις φορές. Η συνολική περιοχή θεραπείας δεν πρέπει να ξεπερνά τα 10 cm² και ο συνολικός όγκος δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα 0,5 ml/ημέρα. Ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να κάνει ο ίδιος την πρώτη θεραπεία ώστε να δείξει την σωστή τεχνική εφαρμογής και να αναγνωρίσει τα κονδυλώματα και τις περιοχές που θα πρέπει να υποβληθούν σε θεραπεία. Τα podofilox αντενδείκνυται κατά την διάρκεια της κύησης.^{8,11}

Κρυοχειρουργική με υγρό άζωτο. Εφαρμόζεται με βαμβακοφόρο στυλεό ή με συσκευή ψεκασμού (cryospray). Επανάληψη ανά εβδομάδα ή ανά 2 φορές την εβδομάδα.¹¹ Η μέθοδος είναι σχετικά φθηνή, δεν απαιτεί αναισθησία και δεν οδηγεί στην δημιουργία ουλών.^{8,23}

Ποδοφυλλίνη, 10 έως 25%. Σε σύμπλοκο βάμμα βενζόλης. Ο συνολικός όγκος ποδοφυλλίνης που θα χρησιμοποιηθεί δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 0,5 mL ανά συνεδρία, ούτε η περιοχή θεραπείας τα 10 cm²

επιφάνειας ανά θεραπεία. Καλό ξέπλυμα μετά από 1 έως 4 ώρες.^{8,11} Επαναλαμβάνεται ανά εβδομάδα, εάν χρειάζεται. Εάν τα κονδυλώματα επιμένουν μετά από 6 εφαρμογές θα πρέπει να εξετασθούν άλλες θεραπευτικές μέθοδοι. Η ποδοφυλλίνη αντενδείκνυται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η επανειλημμένη εφαρμογή μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό^{23,24}

Τριχλωροξικό οξύ (TCA) ή διχλωροξικό οξύ (BCA), 80 έως 90%. Εφαρμόζεται μόνο στα κονδυλώματα, ενώ η περίσσεια οξέος που δεν αντέδρασε απομακρύνεται με ταλκ ή διπτανθρακικό νάτριο. Επαναλαμβάνεται ανά εβδομάδα εάν είναι απαραίτητο. Εάν τα κονδυλώματα επιμένουν μετά από 6 εφαρμογές θα πρέπει να εξετασθούν άλλα θεραπευτικά μέσα.^{11,23}

Χειρουργική αφαίρεση. Είτε με κατ' εφαπτομένη εκτομή με ψαλίδι, ξυράφι ή απόξεση ή με ηλεκτροχειρουργική.^{11,23}

Διαθερμοπηξία / ηλεκτροκαυτηρίαση. Πολύ αποτελεσματική στην καταστροφή των μολυσμένων ιστών και του HPV.¹¹ Θα πρέπει να επιχειρείται όμως μόνο από κλινικούς ιατρούς που είναι εκπαιδευμένοι σε αυτή την τεχνική. Η ηλεκτροκαυτηρίαση αντενδείκνυται σε ασθενείς που φέρουν καρδιακό βηματοδότη.^{8,23}

Laser διοξειδίου του άνθρακα και ηλεκτροεξάχνωση. Χρήσιμα στην αντιμετώπιση των εκτεταμένων κονδυλωμάτων, ιδίως σε ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν σε άλλα σχήματα. Δεν ενδείκνυνται σε περιορισμένες βλάβες³⁰

3.7.2. Κονδυλώματα του Τραχήλου

Σε γυναίκες με εξωφυτικές βλάβες του τραχήλου πρέπει να αποκλείονται οι υψηλής διαφοροποίησης ενδοεπιθηλιακές βλάβες πριν από την έναρξη της θεραπείας.¹¹ Στην αντιμετώπιση θα πρέπει να περιλαμβάνεται και η εκτίμηση από κάποιον ειδικό.^{24,25}

3.7.3. Κονδυλώματα του Κόλπου

Κρυοχειρουργική με υγρό άζωτο. Η μέθοδος αυτή παρουσιάζει δυσκολίες, λόγω της δημιουργούμενης «ομίχλης» που εμποδίζει την επισκόπηση των βλαβών.^{8,11,25}

Τριχλωροξικό οξύ (TCA) ή διχλωροξικό οξύ (BCA), 80 έως 90%. Εφαρμόζεται μόνο στα κονδυλώματα, ενώ η περίσσεια οξέος που δεν αντέδρασε απομακρύνεται με ταλκ ή διπτανθρακικό νάτριο. Επαναλαμβάνεται ανά εβδομάδα, εάν είναι απαραίτητο.^{8,11,25}

Ποδοφυλλίνη, 10 έως 25%. Σε σύμπλοκο βάμμα βενζόης. Η προς θεραπεία περιοχή θα πρέπει να είναι στεγνή. Θεραπεύστε έως 2 cm² ανά συνεδρία. Επανάληψη της εφαρμογής σε εβδομαδιαία βάση. Η συστηματική απορρόφηση μπορεί να αποτελεί πρόβλημα.^{8,11,25}

3.7.4. Κονδυλώματα του Στομίου της Ουρήθρας

Κρυοχειρουργική με υγρό άζωτο.

Ποδοφυλλίνη, 10 έως 25%. Σε σύμπλοκο βάμμα βενζόης. Η προς θεραπεία περιοχή θα πρέπει να είναι στεγνή, πριν την επαφή με το φυσιολογικό βλεννογόνο, Καλό ξέπλυμα μετά από 1 έως 2 ώρες. Εάν είναι απαραίτητο, επανάληψη ανά εβδομάδα. Εάν τα κονδυλώματα επιμένουν μετά από 6 εφαρμογές, θα πρέπει να εξεταστούν άλλα θεραπευτικά μέσα.^{8,11,25}

3.7.5. Κονδυλώματα του Πρωκτού

Η αντιμετώπιση των κονδυλωμάτων του βλεννογόνου του ορθού θα πρέπει να ανατίθεται σε ειδικό.^{8,11,25}

Κρυοχειρουργική με υγρό άζωτο.

Τριχλωροξικό οξύ ή διχλωροξικό οξύ, 80 έως 90%. Εφαρμόζεται μόνο στα κονδυλώματα. Η περίσσεια του οξέος που δεν αντέδρασε θα πρέπει να απομακρύνεται με ταλκ ή με διπτανθρακικό νάτριο. Επανάληψη ανά εβδομάδα, εάν είναι απαραίτητο. Εάν τα κονδυλώματα επιμένουν μετά από 6 εφαρμογές, θα πρέπει να εξεταστούν άλλα θεραπευτικά μέσα.^{8,11}

Χειρουργική αφαίρεση.

3.7.6. Κονδυλώματα του Στόματος

Κρυοχειρουργική με υγρό άζωτο.

Χειρουργική αφαίρεση.

Παρακολούθηση. Μετά την αποδρομή των μακροσκοπικά ορατών βλαβών, η παρακολούθηση δεν είναι υποχρεωτική. Θα πρέπει να εφιστάται η προσοχή στους ασθενείς ότι πρέπει να αυτοπαρακολουθούνται για τυχόν υποτροπές, οι οποίες είναι ιδιαίτερα συχνές κατά τους πρώτους τρεις μήνες. Επειδή η ευαισθησία και η ειδικότητα της αυτοδιάγνωσης των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων είναι άγνωστη, οι ασθενείς που ανησυχούν για τυχόν υποτροπές μπορούν να επανεξετάζονται και να επανεκτιμώνται τρεις μήνες μετά το πέρας της θεραπείας⁸. Πρωιμότερη επανεξέταση μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη για την επιβεβαίωση της εξάλειψης των κονδυλωμάτων, την παρακολούθηση ή αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών της θεραπείας και για την εκπαίδευση και συμβουλευτική του ασθενούς.¹¹ Οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται για την ανάγκη τακτικού κυτταρολογικού ελέγχου, ο οποίος συνιστάται και σε γυναίκες χωρίς κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων. Η παρουσία κονδυλωμάτων των έξω γεννητικών οργάνων δεν αποτελεί ένδειξη κολποσκόπησης του τραχήλου.^{23,25}

Ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς. Οι ανοσοκατασταλμένοι, λόγω HIV ή άλλων αιτίων, ασθενείς μπορεί να μην ανταποκρίνονται στη θεραπεία εξίσου καλά με τους ανοσοϊκανούς ασθενείς, ενώ μετά τη θεραπεία μπορεί να έχουν συχνότερες υποτροπές.²³ Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα που εξορμάται από τα κονδυλώματα ή που μοιάζει με αυτά, είναι συνηθέστερο μεταξύ των ανοσοκατασταλμένων ασθενών, απαιτώντας συχνά βιοψία για την επιβεβαίωση της διάγνωσης.^{8,11,25}

Αντιμετώπιση των ερωτικών συντρόφων. Η εξέταση των ερωτικών συντρόφων δεν είναι απαραίτητη, επειδή ο ρόλος της επαναμόλυνσης είναι πιθανόν ελάχιστος. Η πλειονότητα των συντρόφων είναι κατά πάσα πιθανότητα ήδη μολυσμένοι υποκλινικά με τον HPV, ακόμα και αν δεν υπάρχουν ορατά κονδυλώματα.^{23,25}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο
ΙΟΣ ΤΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ:
ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ IN SITU ΚΑΙ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ
ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΚΤΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ
(Human Papillomavirus: Squamous Cell Carcinoma In Situ, and Invasive
Squamous Cell Carcinoma of the Anogenital Skin)



Εικόνα 4. Θηλώματα

Πηγή : www.gyn.gr

Η μόλυνση του πρωκτογεννητικού επιθηλίου από τον ιό των θηλωμάτων του ανθρώπου (HPV) μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ένα φάσμα αλλοιώσεων που αναφέρονται ως πλακώδεις ενδοεπιθηλιακές βλάβες, οι οποίες κυμαίνονται από την ήπια δυσπλασία μέχρι το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα in situ. Με την πάροδο του χρόνου, οι βλάβες αυτές μπορεί να υποστρέψουν, να παραμείνουν αναλλοίωτες, να εξελιχθούν ή να υποτροπιάσουν, ορισμένες φορές προς διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.¹¹ Κλινικά, οι βλάβες εμφανίζονται ως πολυεστιακές κηλίδες, βλατίδες ή πλάκες στην εξωτερική πρωκτογεννητική χώρα.¹⁴ Οι βλάβες που αφορούν τον τράχηλο της μήτρας και τον πρωκτό έχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο εξαλλαγής σε διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Εντούτοις, οποιαδήποτε βλάβη, σε οποιαδήποτε θέση μπορεί να εξαλλαγεί.^{12,}

Συνώνυμα: Μποβενοειδής βλατίδωση (bowenoid papulosis), ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του αιδοίου (vulvar intraepithelial neoplasia), ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του πέους (penile intraepithelial neoplasia).^{12,12}

4.1. Επιδημιολογία

Ορολογία: Σήμερα, για την ορολογία των «δυσπλαστικών» βλαβών που προκαλεί ο HPV στη πρωκτογεννητική χώρα χρησιμοποιείται το Σύστημα της Bethesda (Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο των ΗΠΑ). Η ορολογία αυτή εφαρμόζεται τόσο στις κυτταρολογικές (PAP τεστ), όσο και στις ιστολογικές εκτιμήσεις.^{12,14} Η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία διακρίνεται σε τραχηλική του αιδοίου, του πέους και πρωκτική. Η Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία Αιδοίου διακρίνεται σε Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία Αιδοίου 1 (ήπια δυσπλασία), Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία Αιδοίου 2 (μέτρια δυσπλασία), Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία Αιδοίου 3 (βαριά δυσπλασία ή καρκίνωμα in situ) και σε διαφοροποιημένο τύπο Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία Αιδοίου 3, βασικοκυτταροειδή (basaloid) ή μποβενοειδή (μυρμηκιώδη).^{20,23}

Αιτιολογία. Ο ιός των θηλωμάτων του ανθρώπου και μάλιστα οι τύποι 16, 18, 31 και 33.

Μετάδοση. Ο HPV μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή. Αυτοενοφθαλμισμός. Σε σπάνιες περιπτώσεις, ο HPV-16 μεταδίδεται από την μητέρα στο νεογνό, με συνέπεια την ανάπτυξη μποβενοειδούς βλατίδωσης (MB) στο πέος.^{14,20}

Επίπτωση. Σημαντική αύξηση κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, που σχετίζεται με την αύξηση της σεξουαλικής ελευθερίας. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του τραχήλου είναι η δεύτερη συχνότερη κακοήθεια στις γυναίκες παγκοσμίως, με πρώτο τον καρκίνο του μαστού. Πρόκειται, για τη συχνότερη κακοήθεια στις αναπτυσσόμενες χώρες - 500.000 νέες περιπτώσεις και 200.000 θάνατοι παγκοσμίως αποδίδονται στο ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του τραχήλου ετησίως.^{12,14,23}

Παράγοντες κινδύνου. Η ανοσοκαταστολή και το κάπνισμα αποτελούν παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη των περισσότερων δυσπλαστικών βλαβών και διηθητικού ακανθοκυτταρικού καρκινώματος.¹¹

4.2. Παθογένεια

Τα κύτταρα που έχουν προσβληθεί από τον HPV - 16 ή 18 χάνουν τη δυνατότητα πλήρους διαφοροποίησης ως αποτέλεσμα είτε (α) λειτουργικής παρεμβολής των πρωτεϊνών που ρυθμίζουν τον κυτταρικό κύκλο, η οποία προκαλείται από την έκφραση κάποιου γονιδίου του ιού (π.χ. αλληλεπίδραση μεταξύ του HPV-16 E6 και της κυτταρικής πρωτεΐνης p53, αλληλεπίδραση μεταξύ του HPV-16 E7 και της κυτταρικής πρωτεΐνης pRB) ή (β) υπερπαραγωγής των E5, E6 και E7. Όταν συμβεί αυτό, η σύνθεση του DNA του ξενιστή συνεχίζεται ανεξέλεγκτη και οδηγεί σε ταχέως διαιρούμενα, αδιαφοροποίητα κύτταρα με μορφολογικά χαρακτηριστικά ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας.¹⁴ Συσσωρευμένες χρωμοσωμιακές ρήξεις, αναδιατάξεις, απώλειες και άλλες γονιδιακές μεταλλάξεις στα κύτταρα αυτά οδηγούν σε κύτταρα με δυνατότητα διήθησης και, τέλος, σε κακοήθεια του τραχήλου.^{12,20}

4.2.1. Ιστορικό

Διάρκεια των βλαβών. Εβδομάδες έως μήνες έως χρόνια έως δεκαετίες.

Χρόνος επώασης. Μήνες έως χρόνια.²³

Ανασκόπηση συστημάτων. Προηγούμενο ιστορικό οξυτενών κονδυλωμάτων. Οι γυναίκες σύντροφοι ανδρών μπορεί να έχουν ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου.^{14,23}

4.3. Κλινική Εξέταση

Βλάβες του δέρματος. Ερυθηματώδεις κηλίδες. Οι λειχηνοειδείς (με επιπεδωμένη οροφή) ή μελαγχρωματικές βλατίδες (που ονομάζονται μποβеноειδής βλατίδωση).¹¹ Μπορεί να συρρέουν ή να σχηματίζουν πλάκα ή πλάκες. Πλάκα σαν λευκοπλακία. Η επιφάνεια συνήθως είναι λεία σαν βελούδο. Οζίδια ή εξελκώσεις σε έδαφος ενδοεπιθηλιακών βλαβών του τραχήλου υποδηλώνουν διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Ανοικτό καστανό, καστανό, ρόδινο ερυθρό, ιώδες, λευκό χρώμα. Χαρακτηριστικά σε

συναθροίσεις (δηλαδή συνήθως πολιεστιακές). Μπορεί όμως να είναι και μονήρεις.^{12,14}

Κατανομή. Άνδρες: βάλανος του πέους, ακροποσθία (75%) (επίπεδες λειχηνοειδείς βλατίδες ή ερυθρηματώδεις κηλίδες). Στέλεχος του πέους (25%) (μελαγχρωματικές βλατίδες). Γυναίκες: μεγάλα και μικρά χείλη, κλειτορίδα. Πολυκεντρική προσβολή του τραχήλου, του αιδοίου, του περινέου και / ή του πρωκτού παρατηρείται αρκετές φορές. Και στα δύο φύλα: βουβωνικές πτυχές, περίνεο, περιπρωκτικό δέρμα. Στοματοφαρυγγικός βλεννογόνος.^{12,14}

Λεύκανση με οξικό οξύ. Η εφαρμογή διαλύματος οξικού οξέος 3 έως 5% στην προσβεβλημένη περιοχή επί 5 λεπτά μπορεί να διευκολύνει την ανάδειξη των βλαβών.¹²

Άλλα. Μπορεί να συνδέεται με τραχηλική δυσπλασία, τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία, τραχηλικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Σπανίως, AK in situ σε άλλες θέσεις, όπως περιωνυχία ή ενδοστοματικά.¹⁴

4.4. Διαφορική Διάγνωση

Πολλαπλές ανοικτές καστανές βλατίδες ± υπερκεράτωση. Εξωτερικά κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων. Ψωρίαση. Ομαλός λειχήνας.^{23,25}

Μελαγχρωματική πρωκτογεννητική κηλίδα (-ες) / βλατίδα (-ες). Εφηλίδες των γεννητικών οργάνων, μελάνωμα (in situ ή διηθητικό), μελαγχρωματικό βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, αγγειοκεράτωμα.^{23,25}

4.5. Εργαστηριακές Εξετάσεις

Ιστοπαθολογία. Υπερπλασία της επιδερμίδας με πολυάριθμες μιτωτικές εικόνες, ανώμαλες μιτώσεις, άτυπα πλειομορφικά κύτταρα, με μεγάλους υπερχρωματικούς και ανώμαλους πυρήνες, δυσκερατωσικά κύτταρα. Η βασική μεμβράνη είναι ακέραιη. Κοιλοκυττάρωση. Πρόσφατη εφαρμογή ποδοφυλλίνης σε οξυτενή κονδυλώματα μπορεί να προκαλέσει αλλοιώσεις παρόμοιες με του in situ ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.^{12,23}

Ανάλυση Southern blot. Αναγνωρίζει τον τύπο του HPV.

Pap τεστ. Κοιλοκυτταρική ατυπία.²⁰

Κυτταρολογική εξέταση. Η εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου (PAP τεστ) συνιστάται σε ετήσια βάση για γυναίκες 50 ετών και άνω²³ Η κυτταρολογική εξέταση επιχρίσματος από τον πρωκτό μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη για την αντιμετώπιση ασθενών με ιστορικό HPV λοίμωξης του πρωκτού, ιδίως αν είναι ανοσοκατασταλμένοι (HIV νόσος, μεταμοσχευθέντες). Το πρωκτικό PAP τεστ πραγματοποιείται με τραχηλική ψήκτρα και διάλυμα ThinPrep. Με βάση το σύστημα Bethesda, τα κυτταρολογικά αυτά ευρήματα αναφέρονται ως άτυπα πλακώδη κύτταρα ακαθόριστης σημασίας (atypical squamous cells of undetermined significance - ASCUS), χαμηλού βαθμού πλακώδης ενδοεπιθηλιακή βλάβη, υψηλού βαθμού πλακώδης ενδοεπιθηλιακή βλάβη και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.^{12,14}

4.6. Πορεία και Πρόγνωση

Το διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα αναπτύσσεται μόνο έσω σαφώς καθορισμένων πρόδρομων βλαβών. Με την πάροδο του χρόνου, οι βλάβες μπορεί να υποστρέψουν, να επιμένουν, να υποτριάσουν ή να εξελιχθούν, σε ορισμένες περιπτώσεις, σε διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Η φυσική ιστορία της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας είναι η καλύτερα μελετημένη: εξέλιξη σε διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα συμβαίνει στο 36% των περιπτώσεων μέσα σε μια περίοδο 20 ετών. Το ποσοστό εξέλιξης της πρωκτικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας δεν είναι γνωστό, φαίνεται όμως ότι αυξάνεται.²⁰ Η πρωκτική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία μπορεί να αναπτυχθεί στο βάθος των αδένων και, παρότι ανιχνεύεται κυτταρολογικά, μπορεί να υπάρχει πολύ πριν ορατές βλάβες είναι δυνατόν να ανιχνευθούν με την κολποσκόπηση. Οι ασθενείς με ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες, συχνές σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, θα πρέπει να παρακολουθούνται δια βίου με κυτταρολογική εξέταση και ιστολογική εξέταση μετά από βιοψία των βλαβών.^{23,24}

4.7. Αντιμετώπιση

Κολποσκόπηση. Το κολποσκόπιο είναι ένα διάφθαλμο μικροσκόπιο που χρησιμοποιείται για την εξέταση του τραχήλου παρέχοντας μεγέθυνση (x6 ως x40) και φωτισμό.^{14,20} Η συνηθέστερη ένδειξη για κολποσκόπηση είναι η παθολογική κυτταρολογική εξέταση. Οξειικό οξύ 3-5% εφαρμόζεται στον τράχηλο, προκαλώντας οίδημα του κυλινδρικού και του παθολογικού επιθηλίου. Το παθολογικό (άτυπο) επιθήλιο αποκτά μια λευκωπή ή αδιάφανη εμφάνιση, η οποία διαφέρει από το φυσιολογικό ροδόχροο επιθήλιο. Τότε, λαμβάνονται βιοψίες από το παθολογικό επιθήλιο, Κολποσκόπηση μπορεί επίσης να γίνει σε ασθενείς με παθολογική κυτταρολογική εξέταση του πρωκτού, με λήψη υλικού βιοψίας από τις παθολογικές θέσεις.^{23,24}

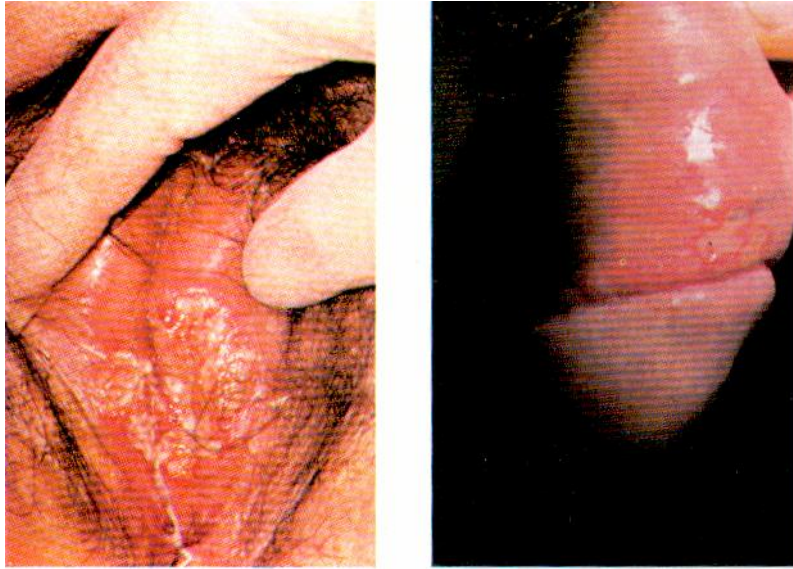
Βιοψία των βλαβών. Σε περιπτώσεις τεκμηριωμένων ενδοεπιθηλιακών βλαβών ή in situ ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, θα πρέπει να λαμβάνεται υλικό βιοψίας από τις ταχέως αυξανόμενες βλάβες, από περιοχές εξέλκωσης ή αιμορραγίας και από εξωφυτικούς ιστούς με ανώμαλη αγγείωση.^{23,24}

Τοπική θεραπεία των ενδοεπιθηλιακών βλαβών. Ο μόνος τρόπος πιθανής μείωσης του δυνητικού κινδύνου διηθητικού ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και της επακόλουθης νοσηρότητας και θνησιμότητάς του, είναι η διάγνωση και εκρίζωση της ενδοεπιθηλιακής νόσου.¹² Επειδή οι βλάβες αυτές είναι σχετικά ασυνήθεις, είναι καλύτερο οι περιπτώσεις αυτές να αντιμετωπίζονται από δερματολόγο με κλινική εμπειρία σε τέτοια περιστατικά, από ογκολόγο - γυναικολόγο ή χειρουργό που εξειδικεύεται σε επεμβάσεις στο παχύ έντερο και τον ορθό. Αν η βιοψία δεν αναδείξει πρώιμη διήθηση, οι βλάβες είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν είτε συντηρητικά ή χειρουργικά.¹⁴

Συντηρητική αντιμετώπιση. Έχει χρησιμοποιηθεί κρέμα 5-φθοριουρακίλης, όμως η χρήση της δυσχεραίνεται από τις διαβρώσεις. Η κρέμα imiquimod 5% είναι επίσης αποτελεσματική.^{12,}

Χειρουργική αντιμετώπιση. Χειρουργική εκτομή, χειρουργική κατά Mohs, ηλεκτροχειρουργική, εξάχνωση με laser, κρυοχειρουργική.^{12,14,20}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο
ΙΟΣ ΤΟΥ ΑΠΛΟΥ ΕΡΠΗΤΑ:
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ
(HERPES SIMPLEX VIRUS: GENITAL INFECTIONS)



Εικόνα 5. Έρπητς γεννητικών οργάνων γυναίκα και άνδρα
Πηγή : Ιωακημίδης Π., Μαιευτική και Γυναικολογία, 1996

Ο έρπητς των γεννητικών οργάνων είναι μια χρόνια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ιογενή λοίμωξη, που χαρακτηρίζεται από ασυμπτωματική απόπτωση του ιού.¹⁶ Στις περισσότερες περιπτώσεις, τόσο η πρωτοπαθής λοίμωξη, όσο και οι υποτροπές είναι ασυμπτωματικές. Όταν υπάρχουν συμπτώματα, η πρωτοπαθής λοίμωξη εκδηλώνεται με καθ' ομάδες φυσαλίδες στη θέση ενοφθαλμισμού και συνοδεύεται από σημαντικό πόνο και σύστοιχη λεμφαδενοπάθεια. Όταν οι ασθενείς γνωρίζουν ότι πάσχουν από έρπητ των γεννητικών οργάνων, μπορεί να παρατηρήσουν ήπια συμπτώματα, εξαιτίας της καθ' υποτροπήν εμφάνισης φυσαλίδων στην ίδια θέση.³⁰ Τα περισσότερα συμπτώματα του απλού έρπητα συνδέονται με τον ψυχολογικό στιγματισμό που συνοδεύει ένα χρόνια σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Τα νεογνά είναι επίσης ευπαθή στην HSV λοίμωξη, όταν εκτίθενται περιγεννητικά, με κίνδυνο σημαντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.^{10,15}

Συνώνυμα: Προγεννητικός έρπης (herpes progeneralis), γεννητικός έρπης (herpes genitalis), απλός έρπης των γεννητικών οργάνων (genital herpes simplex).^{20,27}

5.1. Επιδημιολογία

Ηλικία. Νεαροί, σεξουαλικά δραστήριοι ενήλικες.²⁰

Αιτιολογία. Ο ιός του απλού έρπητα τύπου 2 (HSV-2) και λιγότερο ο ιός τύπου 1 (HSV-1). Στην παρούσα φάση, στις ΗΠΑ το 30% των νέων περιπτώσεων έρπητα των γεννητικών οργάνων προκαλείται από τον HSV-1.^{15,16}

Επίπτωση. Πάνω από 600.000 νέες λοιμώξεις ετησίως στις ΗΠΑ. 30 εκατομμύρια Αμερικανοί είναι μολυσμένοι από τον HSV-2, δηλαδή περίπου 1 στους 5 ενήλικες.³⁰ Τα τελευταία 13 χρόνια, παρά την εκστρατεία για ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, η επίπτωση αυξήθηκε κατά 30%. Παλαιότερες μελέτες αναφέρουν ότι η παρουσία αντισωμάτων έναντι του HSV-2 ποικίλει ανάλογα με το σεξουαλικό ιστορικό του ατόμου: στις καλόγριες 3%. Στην μεσαία τάξη 25%. Στους ετεροφυλόφιλους σε μία αφροδισιολογική κλινική 26%. Στους ομοφυλόφιλους 46%. Στις κατώτερες τάξεις 46 έως 60%. Στις ιερόδουλες 70 έως 80%.^{10,27}

Φυλή και φύλο. Από μελέτες οροθετικότητας ως προς τον HSV-2 στις ΗΠΑ, φαίνεται ότι ο έρπης των γεννητικών οργάνων είναι πιο συχνός στους μαύρους: 3 στους 5 άνδρες, 4 στις 5 γυναίκες. Στους λευκούς: 1 στους 5 άνδρες, 1 στις 4 γυναίκες.²⁷ Στους λευκούς, ο επιπολασμός της νόσου μειώνεται μετά την ηλικία των 30 ετών. Στους μαύρους και τους ισπανόφωνους, ο επιπολασμός εξακολουθεί να αυξάνεται και μετά την ηλικία των 30.^{27,30}

Μετάδοση. Συνήθως επαφή δέρματος με δέρμα.²³ Στις περισσότερες περιπτώσεις, το 70% της μετάδοσης συμβαίνει κατά την διάρκεια περιόδων ασυμπτωματικής απόπτωσης του HSV, πράγμα που συμβαίνει στο 1% των ημερών που δεν υπάρχουν αναγνωρίσιμες βλάβες. Το ποσοστό μετάδοσης σε ζευγάρια, που ο ένας σύντροφος είναι μολυσμένος και ο άλλος όχι, είναι περίπου 10% ετησίως. 25% των γυναικών μολύνεται σε σύγκριση με μόνο 4 έως 6% των ανδρών. Προηγούμενη λοίμωξη από τον HSV-1 φαίνεται ότι

προστατεύει στις γυναίκες με αντι-HSV-1 αντισώματα, 15% μολύνονται και από τον HSV-2, ενώ στα άτομα χωρίς αντι-HSV-1 αντισώματα, 30% μολύνονται από τον HSV-2.^{27,30}

Παράγοντες κινδύνου για μετάδοση. Ο κίνδυνος αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων. Το 40% αυτών με ≥ 50 διαφορετικούς συντρόφους πάσχουν από έρπη των γεννητικών οργάνων.^{20,23}

Παθήσεις που χαρακτηρίζονται από έλκη των γεννητικών οργάνων. Στις ΗΠΑ, οι περισσότεροι ασθενείς με έλκη των γεννητικών οργάνων πάσχουν από έρπητα των γεννητικών οργάνων, σύφιλη ή μαλακό έλκος.²⁰ Η σχετική συχνότητα ποικίλλει ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή και τον πληθυσμό της περιοχής, αλλά στις περισσότερες περιοχές ο έρπης των γεννητικών οργάνων είναι η συχνότερη από τις παθήσεις αυτές.²⁷ Περισσότερες από μία από τις παθήσεις αυτές μπορεί να συνυπάρχουν σε ποσοστό τουλάχιστον 3 έως 10% των ασθενών με έλκη των γεννητικών οργάνων. Κάθε μια από τις παθήσεις αυτές έχει συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο για λοίμωξη από τον HIV.^{16,25}

Επιπτώσεις του έρπητα των γεννητικών οργάνων. Στους περισσότερους ασθενείς, τα σωματικά συμπτώματα της νόσου είναι ελάχιστα. Τα κύρια συμπτώματα είναι ψυχολογικά, δηλαδή ο κοινωνικός στιγματισμός και ο φόβος του να βλάψει κανείς τους άλλους μέσω της σεξουαλικής επαφής.^{25,27}

Κύηση και έρπη των γεννητικών οργάνων. Ασυμπτωματική απόπτωση του HSV συμβαίνει μόνο στο 0,35 - 1,4% των γυναικών κατά τον τοκετό στις ΗΠΑ. Το 32% των εγκύων έχουν αντισώματα έναντι του HSV. 10% των εγκύων γυναικών διατρέχουν κίνδυνο πρωτοπαθούς λοίμωξης από μολυσμένους από τον HSV-2 ερωτικούς συντρόφους.¹⁶ Επίπτωση του νεογνικού έρπη: 1 στις 2.000 ως 1 στις 15.000 γεννήσεις. 95% των νεογνών με HSV λοίμωξη μολύνονται κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η μετάδοση μπορεί να γίνει ενδομήτρια, περιγεννητικά ή μετά την γέννηση. Παράγοντες κινδύνου για νεογνικό έρπητα: πρωτοπαθής απλός έρπης των γεννητικών οργάνων στη μητέρα κατά τον χρόνο του τοκετού, απουσία αντι-HSV αντισωμάτων στη μητέρα, επεμβάσεις στο έμβρυο, πατέρας με HSV λοίμωξη.²⁷ Η θεραπεία της μητέρας με έρπητα των γεννητικών οργάνων κατά

τον χρόνο του τοκετού είναι μια εναλλακτική λύση έναντι της καισαρικής τομής (μη εγκεκριμένη).²⁷

5.2. Παθογένεια

Η HSV λοίμωξη μεταδίδεται μέσω στενής επαφής με άτομο που αποβάλλει τον ιό σε κάποια περιφερική θέση ή σε κάποιο βλεννογόνο ή σε κάποιο έκκριμα. Ο ιός του απλού έρπητα αδρανοποιείται αμέσως σε θερμοκρασία δωματίου. Η διασπορά μέσω αερομεταφερόμενων σταγονιδίων ή μολυσμένων υλικών δεν θεωρείται πιθανή^{25,27}. Η μόλυνση γίνεται μέσω ενοφθαλμισμού σε ευπαθή βλεννογόνο επιφάνεια ή μέσω λύσεων της συνεχείας του δέρματος. Επακολούθως της πρωτοπαθούς λοίμωξης και στην θέση του ενοφθαλμισμού, ο HSV ανέρχεται μέσω των περιφερικών αισθητικών νεύρων και εισέρχεται στα αισθητικά ή στα αυτόνομα γάγγλια, όπου περνά σε λανθάνουσα κατάσταση. Η λανθάνουσα κατάσταση μπορεί να εγκατασταθεί είτε μετά από συμπτωματική ή ασυμπτωματική πρωτοπαθή λοίμωξη. Η επαναδραστηριοποίηση του ιού μπορεί να είναι κλινικά συμπτωματική ή ασυμπτωματική.^{25,27}

5.2.1. Ιστορικό

Χρόνος επώασης. 2 έως 20 ημέρες (κατά μέσο όρο 6 ημέρες).^{20,27}

Συμπτώματα. Μόνο 9,2% των οροθετικών ατόμων εμφανίζουν συμπτώματα έρπητα. 90,8% είναι ασυμπτωματικοί και δεν γνωρίζουν ότι έχουν μολυνθεί.^{27,30}

Πρωτοπαθής έρπης των γεννητικών οργάνων. Τα περισσότερα άτομα με πρωτολοίμωξη είναι ασυμπτωματικά. Οι συμπτωματικοί ασθενείς αναφέρουν πυρετό, κεφαλαλγία, κακουχία, μυαλγία, που κορυφώνονται κατά την διάρκεια των πρώτων 3-4 ημερών μετά από την έκλυση των βλαβών και υποχωρούν κατά την διάρκεια των επόμενων 3-4 ημερών. Ανάλογα με την εντόπιση, συχνά συμπτώματα μπορεί να είναι: πόνος, κνησμός, δυσουρία, οσφυϊκή ριζίτιδα, κολπικό ή ουρηθρικό έκκριμα.²³ Επώδυνη βουβωνική λεμφαδενοπάθεια παρουσιάζεται κατά την διάρκεια της 2^{ης} και της 3^{ης} εβδομάδας. Εν τω βάθει πυελικός πόνος συνδέεται με πυελική

λεμφαδενοπάθεια. Σε μερικές περιπτώσεις, η πρωτολοίμωξη εκδηλώνεται με εκτεταμένη νόσο, ώστε να χρειάζεται εισαγωγή στο νοσοκομείο.^{14,16}

Υποτροπιάζων έρπης των γεννητικών οργάνων. Νέα συμπτώματα μπορεί να προκύψουν από παλαιότερη μόλυνση.²³ Τα περισσότερα άτομα με έρπη των γεννητικών οργάνων δεν εμφανίζουν το κλασικό εύρημα των καθ' ομάδες φυσαλίδων σε ερυθματώδη βάση.²⁷ Τα συνήθη συμπτώματα που προηγούνται της έκθυσσης των φυσαλίδων είναι αίσθημα καύσου ή κνησμού, ρωγμές, ερυθρότητας, ερεθισμός. Δυσουρία, ισχιαλγία, πόνος κατά την αφόδευση.³⁰

Συστηματικά συμπτώματα. Συμπτώματα άσηπτης μηνιγγίτιδας από τον HSV-2 μπορεί να παρουσιαστούν κατά την πρωτολοίμωξη ή κατά τις υποτροπές του έρπητα των γεννητικών οργάνων.^{23,27}

5.3. Κλινική Εξέταση

5.3.1. Δερματικές Βλάβες

Οι περισσότερες κλινικές βλάβες αποτελούν ελάχιστες λύσεις του βλεννογονοδερματικού επιθηλίου, που παρουσιάζονται με τη μορφή διαβρώσεων, «εκδορών» ή ρωγμών. Τα κλασικά περιγραφόμενα ευρήματα δεν είναι συνήθη.^{15,27}

Πρωτοπαθής έρπης των γεννητικών οργάνων. Αρχικά παρατηρείται συνήθως μία ερυθματώδη πλάκα, που ακολουθείται σύντομα από μία ομάδα φυσαλίδων, οι οποίες μπορούν να εξελιχθούν σε φλύκταινες. Αυτές εξελίσσονται προς διαβρώσεις, καθώς η υπερκείμενη επιδερμίδα αποχωρίζεται¹⁵ Οι διαβρώσεις μπορεί να μεγεθυνθούν προς εξελκώσεις, οι οποίες μπορεί να είναι υγρές ή εφελκιδωποιημένες. Οι επιθηλιακές αυτές βλάβες ιώνται μέσα σε 2 έως 4 εβδομάδες, συχνά εγκαταλείποντας μεταφλεγμονώδη υπο- ή υπερ-μελάγχρωση και σπάνια ουλοποίηση. Η περιοχή προσβολής μπορεί να είναι κυκλοτερής γύρω από το πέος ή μπορεί να έχει προσβληθεί ολόκληρο το αιδοίο.²³

Υποτροπιάζων έρπης των γεννητικών οργάνων. Οι βλάβες είναι παρόμοιες της πρωτοπαθούς λοίμωξης, αλλά σε μικρότερη κλίμακα²⁷. Συχνά μία ερυθματώδη πλάκα 1 έως 2 cm, που καλύπτεται από φυσαλίδες, οι

οποίες ρήγνυνται και σχηματίζονται διαβρώσεις. Οι βλάβες ιώνται μέσα σε 1 έως 2 εβδομάδες.^{14,30}

Κατανομή. Άνδρες. Πρωτοπαθής λοίμωξη: βάλανος, ακροποσθία, σώμα του πέους, στεφανιαία αύλακα, όσχεο, μηροί, γλουτοί. Υποτροπές: σώμα του πέους, βάλανος, γλουτοί.^{15,27}

Γυναίκες. Πρωτοπαθής λοίμωξη: μεγάλα / μικρά χείλη, περίνεο, εσωτερική επιφάνεια μηρών. Υποτροπές: μεγάλα / μικρά χείλη, γλουτοί.^{15,23,27}

Ορθοπρωκτική λοίμωξη. Εμφανίζεται σε ομοφυλόφιλους άνδρες (συχνά HSV-1). Χαρακτηρίζεται από τεινεσμό, πρωκτικό πόνο, πρωκτίτιδα, έκκριμα και εξελκώσεις, οι οποίες μπορεί να φθάσουν μέχρι και σε 10 cm βάθος στον πρωκτικό σωλήνα.^{15,30}

5.3.2. Γενικά Ευρήματα

Επιχώριοι λεμφαδένες. Οι βουβωνικοί / μηριαίοι λεμφαδένες είναι διογκωμένοι, σκληροί, μη κλυδάζοντες, ευαίσθητοι. Συνήθως ετερόπλευροι.¹⁴

Σημεία άσηπτης μηνιγγίτιδας. Πυρετός, αυχενική δυσκαμψία. Μπορεί να εμφανιστεί και απουσία έρπητα των γεννητικών οργάνων. Πόνος κατά μήκος του ισχιακού νεύρου.^{14,30}

5.4. Διαφορική Διάγνωση

Πρωκτογεννητικές διαβρώσεις / έλκη. Τραυματισμός, καντιντίαση, συφιλιδικό έλκος, σταθερό φαρμακευτικό εξάνθημα, μαλακό έλκος, γονοκοκκικές διαβρώσεις.^{15,23}

Διάγνωση: Επειδή στις περισσότερες περιπτώσεις συμβαίνει διαλείπουσα ασυμπτωματική απόπτωση και οι βλάβες είναι «άτυπες» (όχι ομάδες φυσαλίδων σε ερυθματώδη βάση), ο έρπητας των γεννητικών οργάνων πρέπει να επιβεβαιώνεται με καλλιέργεια ιού ή με ανίχνευση του αντιγόνου του HSV με άμεσα φθορίζοντα αντισώματα (DFA).^{14,15,23}

5.5. Εργαστηριακές Εξετάσεις

Η διάγνωση μπορεί να επιβεβαιωθεί από δοκιμασίες που ανιχνεύουν είτε τον ίδιο τον HSV είτε αντισώματα εναντίον του.^{14,27}

Ανίχνευση του HSV. Καλλιέργεια ιού / τροποποιημένη καλλιέργεια. Η πιο χρήσιμη για την διάγνωση. Τεκμηριώνει την παρουσία του HSV σε 1 έως 10 ημέρες. Είναι θετική στο 70% των ενεργών βλαβών.^{14,27}

Ανίχνευση αντιγόνου του HSV. Άμεσο φθορίζον αντίσωμα (direct fluorescent antibody-DFA). Είναι ευαίσθητη και ειδική μέθοδος (μέθοδος άμεσου ανοσοφθορισμού - DFA) για την ανίχνευση του ιού του απλού έρπητα τύπου 1 και τύπου 2 σε επίχρισμα υγρού φυσαλίδας ή από την βάση του έλκους. EIA (Herpcheck): ταχεία, ευαίσθητη μέθοδος.^{14,27}

PCR. Ειδική, ευαίσθητη, αλλά δαπανηρή μέθοδος.

Αντισώματα έναντι του HSV. Η πρωτοπαθής HSV λοίμωξη επιβεβαιώνεται με την λήψη ορού κατά την οξεία φάση και κατά την φάση ανάρρωσης, που δείχνει ορομετατροπή για τα HSV αντισώματα (η ορομετατροπή συμβαίνει περίπου 13 ημέρες μετά την μόλυνση), καθώς επίσης και το εάν πρόκειται για τον HSV-1 ή HSV-2. Σε έναν ασθενή με υποτροπιάζουσες βλάβες στα γεννητικά όργανα, ο έρπη των γεννητικών οργάνων θα πρέπει να αποκλεισθεί εάν οι ειδικές για τον τύπο του HSV δοκιμασίες είναι αρνητικές. Οι πιο ειδικές ορολογικές δοκιμασίες είναι εκείνες που ανιχνεύουν ειδικά του τύπου αντισώματα με την μέθοδο Western blot.^{14,25}

Ειδικές του τύπου ορολογικές δοκιμασίες (TSST). Δεν επηρεάζουν τη θεραπεία, μπορεί όμως να επηρεάσουν την συμβουλευτική του ασθενούς.^{14,25}

Δοκιμασία ELISA. Δεν χρησιμεύει στη διάγνωση της HSV λοίμωξης.^{14,25}

Ευαισθησία των διαγνωστικών δοκιμασιών. Σε HSV λοίμωξη με φυσαλίδες: θετική καλλιέργεια ιού 70-80%, Herpcheck 90%, DFA 90%. Σε εξελκωμένες βλάβες: θετική καλλιέργεια ιού 30-40%, Herpcheck 50%, DFA 30-70%. Σε εφελκιδοποιημένες βλάβες: θετική καλλιέργεια ιού 20-30%, Herpcheck 60%, DFA 10%.^{23,27}

Επίχρισμα κατά Tzanck. Ιδανικά, λαμβάνεται υγρό από μία άθικτη φυσαλίδα και / ή η βάση επιστρώνεται σε λεπτό στρώμα σε μία

αντικειμενοφόρο πλάκα, αποξηραίνεται και χρωματίζεται με χρώση Wright ή με χρώση Giemsa. Είναι θετικό εάν ανιχνεύονται γιγαντιαία κερατινοκύτταρα ή πολυπύρρηνα γιγαντιαία κερατινοκύτταρα, δεν είναι όμως ειδικό.^{23,25,27}

Ιστοπαθολογία. Εξοίδηση «εις δίκην μπαλονιού» και δικτυωτή εκφύλιση της επιδερμίδας, ακάνθωση, ακανθόλυση και ενδοεπιδερμικές φουσαλίδες. Έγκλειστα ενδοπυρηνικά σωματίδια, πολυπύρρηνα γιγαντιαία κερατινοκύτταρα. Πολύχωρες φουσαλίδες.^{23,25,27}

5.6. Πορεία και Πρόγνωση

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων μπορεί να υποτροπιάζει και δεν θεραπεύεται οριστικά. 70% των λοιμώξεων από HSV-2 είναι ασυμπτωματικές. Ο έρπης των γεννητικών οργάνων από HSV-2 υποτροπιάζει περίπου 6 φορές το χρόνο.²⁰ Ο έρπης των γεννητικών οργάνων από HSV-1 συνήθως υποτροπιάζει, κατά μέσο όρο, μόνο 1 φορά τον χρόνο. Από τα άτομα που αρχικά παρουσίασαν συμπτωματικό έρπητα των γεννητικών οργάνων από HSV-2, σχεδόν όλοι έχουν συμπτωματικές υποτροπές. Το ποσοστό υποτροπής είναι υψηλό σε αυτούς που το πρώτο επεισόδιο ήταν παρατεταμένο, άσχετα με το αν χορηγήθηκε αντιική θεραπεία. Το ποσοστό υποτροπής είναι κατά 20% υψηλότερο στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες.²⁷ Η χρόνια κατασταλτική θεραπεία δεν επιτυγχάνει την πλήρη καταστολή της απόπτωσης του ιού, αλλά την μειώνει κατά 95% όπως διαπιστώνεται με καλλιέργεια και κατά 80% με PCR. Η χρόνια κατασταλτική θεραπεία μπορεί να ελαττώσει την μετάδοση του ιού, χωρίς όμως αυτό να έχει τεκμηριωθεί. Η επίπτωση της πρωτολοίμωξης από ανθεκτικά στην ακυκλοβίρη στελέχη HSV σε άτομα που δεν είχαν ποτέ λάβει ακυκλοβίρη, είναι 2,7% στις Η.Π.Α.^{20,30}

Το πολύμορφο ερύθημα μπορεί να επιπλέξει τον έρπητα των γεννητικών οργάνων, εμφανιζόμενο 1-2 εβδομάδες μετά το επεισόδιο του έρπητα^{27,30}.

5.7. Αντιμετώπιση

5.7.1. Πρόληψη του έρπητα των γεννητικών οργάνων.

Σεξουαλική μετάδοση

- Θα πρέπει να δίδεται η οδηγία στους ασθενείς ότι πρέπει να απέχουν από κάθε σεξουαλική δραστηριότητα όταν υπάρχουν βλάβες.^{14,25}
- Θα πρέπει να ενθαρρύνεται η χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή.
- Η αποτελεσματικότητα της χρόνιας κατασταλτικής θεραπείας δεν είναι αποδειγμένη^{14,25}
- Οι ασθενείς θα πρέπει να γνωρίζουν τη φυσική ιστορία της νόσου, με έμφαση στη δυνατότητα υποτροπών, την ασυμπτωματική απόπτωση και τη μετάδοση με τη σεξουαλική επαφή.^{14,25}
- Ο κίνδυνος λοίμωξης του νεογνού θα πρέπει να εξηγείται σε όλους τους ασθενείς - άνδρες και γυναίκες - με έρπητα των γεννητικών οργάνων.^{14,25}

Περιγεννητική μετάδοση

Πολύ ειδικοί συνιστούν ορολογικό έλεγχο για τον HSV-1 και τον HSV-2 (Western blot) κατά πρώτη προγεννητική επίσκεψη. Νεογνά που γεννήθηκαν από γυναίκες, οι οποίες αποβάλουν ασυμπτωματικά τον HSV, έχουν ελαττωμένο βάρος γέννησης και αυξημένη προωρότητα.^{25,30}

Τοπική αντιϊκή θεραπεία: Χωρίς σημαντική αποτελεσματικότητα.²⁵

5.7.2. Από του στόματος αντιϊκή θεραπεία

Οι αντιϊκοί παράγοντες επιτυγχάνουν μερικό έλεγχο των συμπτωμάτων και των σημείων των επεισοδίων του έρπητα, όταν χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των πρώτων κλινικών επεισοδίων ή όταν χρησιμοποιούνται σαν κατασταλτική θεραπεία.^{15,16} Ούτε εκριζώνουν τον ευρισκόμενο σε λανθάνουσα κατάσταση ιό του έρπητα, ούτε επηρεάζουν τον συνεπαγόμενο κίνδυνο, την συχνότητα ή την βαρύτητα των υποτροπών μετά τη διακοπή του φαρμάκου.

Ακόμη και μετά από εργαστηριακό έλεγχο, τουλάχιστον 1/4 των ασθενών με έρπητα των γεννητικών οργάνων δεν έχουν εργαστηριακή επιβεβαιωμένη διάγνωση. Πολλοί ειδικοί συνιστούν θεραπεία για μαλακό έλκος και σύφιλη συγχρόνως με την θεραπεία για τον έρπητα των γεννητικών οργάνων εάν η διάγνωση είναι ασαφής ή εάν ο ασθενής ζει σε μία κοινότητα στην οποία ενδημεί το μαλακό έλκος.^{23,27}

Πρώτο κλινικό επεισόδιο (πρωτοπαθής λοίμωξη ή πρώτο συμπτωματικό επεισόδιο)

Οι αντιϊκοί παράγοντες είναι περισσότερο αποτελεσματικοί στη θεραπεία των πρωτοπαθών λοιμώξεων παρά των υποτροπών. Περισσότερο αποτελεσματικοί όταν η χορήγησή τους ξεκινά ≤ 48 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.^{25,27}

Ακυκλοβίρη

400 mg, 3 φορές την ημέρα ή 200 mg, 5 φορές την ημέρα, για 7 έως 10 ημέρες ή μέχρις ότου να υπάρξει κλινική ίαση.^{25,27}

Βαλακυκλοβίρη

1 g, 2 φορές την ημέρα για 10 ημέρες.

Φαμυκλοβίρη

250 mg, 2 φορές την ημέρα για 10 ημέρες.

Πρώτο κλινικό επεισόδιο ερπητικής πρωκτίτιδας

Ακυκλοβίρη

400 mg, από του στόματος, 5 φορές την ημέρα για 10 ημέρες ή μέχρις ότου υπάρχει κλινικά υποχώρηση.^{23,25,27}

5.7.3. Υποτροπές

Εάν η θεραπεία αρχίσει (με πρωτοβουλία του ασθενή) κατά την διάρκεια των πρόδρομων συμπτωμάτων ή μέσα σε 2 ημέρες από την έκθεση των βλαβών, οι ασθενείς με υποτροπιάζοντα επεισόδια έχουν περιορισμένη ωφέλεια από την θεραπεία κατά το ότι η βαρύτητα του εξανθήματος ελαττώνεται. Εάν δεν μπορεί να δοθεί έγκαιρα η θεραπεία οι περισσότεροι

ανοσοϊκανοί ασθενείς με υποτροπιάζουσα νόσο δεν ωφελούνται από την χορήγηση ακυκλοβίρης και για τις περιπτώσεις αυτές, σε γενικές γραμμές, δεν συνιστάται χορήγησή της.^{15,25}

Ακυκλοβίρη

400 mg, από του στόματος, 3 φορές την ημέρα για 5 ημέρες ή
800 mg, από του στόματος, 2 φορές την ημέρα για 5 ημέρες.^{25,27}

Βαλακυκλοβίρη

500 mg, 2 φορές την ημέρα για 5 ημέρες.

Φαμυκλοβίρη

250 mg, 2 φορές την ημέρα για 5 ημέρες.^{23,25,27}

5.7.4. Καθημερινή κατασταλτική Θεραπεία

Ελαττώνει την συχνότητα των υποτροπών τουλάχιστον κατά 75% μεταξύ των ασθενών που έχουν συχνά επεισόδια υποτροπών (περισσότερα από 6-9 κάθε χρόνο). Η κατασταλτική θεραπεία με από του στόματος ακυκλοβίρη δεν μπορεί να εξαλείψει εντελώς την ασυμπτωματική ή συμπτωματική αποβολή ιών ή την δυνατότητα για μετάδοση.²⁵ Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα έχει τεκμηριωθεί μεταξύ ατόμων που ελάμβαναν καθημερινά θεραπεία για χρονικά διαστήματα έως 5 ετών.²⁷ Ανθεκτικά στελέχη HSV στην ακυκλοβίρη έχουν απομονωθεί σε μερικούς που ελάμβαναν κατασταλτική θεραπεία, αλλά τα στελέχη αυτά δεν έχουν συσχετισθεί με αποτυχία της θεραπείας μεταξύ ανοσοϊκανών ασθενών. Μετά από 1 χρόνο συνεχούς θεραπείας, η ακυκλοβίρη θα πρέπει να διακόπτεται, ώστε να είναι δυνατόν να εκτιμηθεί η συχνότητα των υποτροπών του ασθενούς.¹⁴

Ακυκλοβίρη

400 mg, από του στόματος, 2 φορές την ημέρα.

Βαλακυκλοβίρη

500-1000 mg/ημέρα.^{25,27,30}

Φαμκυκλοβίρη

250 mg, 2 φορές την ημέρα.^{23,27,25}

Βαριά νόσος / ανοσοκαταστολή

Για τους ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στις συνήθεις δόσεις ακυκλοβίρης μπορεί να χρειάζεται μεγαλύτερη δόση από του στόματος ακυκλοβίρης, IV χορήγηση ακυκλοβίρης ή μπορεί να έχουν μολυνθεί από στέλεχος HSV ανθεκτικό στην ακυκλοβίρη, οπότε απαιτείται ενδοφλέβια χορήγηση foscarnet.²⁵ Ενδοφλέβια θεραπεία θα πρέπει να χορηγείται στους ασθενείς που παρουσιάζουν βαριά νόσο ή επιπλοκές που απαιτούν νοσηλεία στο νοσοκομείο, (π.χ. διάσπαρτη λοίμωξη, η οποία περιλαμβάνει εγκεφαλίτιδα, πνευμονίτιδα, ή ηπατίτιδα).^{25,27}

Ακυκλοβίρη

5 mg/kg βάρους σώματος, ενδοφλέβια, κάθε 8 ώρες, για 5 έως 7 ημέρες, ή μέχρι όπου επιτευχθεί κλινική ίαση.²⁵

400 mg, από του στόματος, 5 φορές την ημέρα για 7-14 ημέρες.^{23,27}

Από του στόματος βαλακυκλοβίρη ή φαμκυκλοβίρη

Έχει μειώσει την ανάγκη ενδοφλέβιας θεραπείας με ακυκλοβίρη.

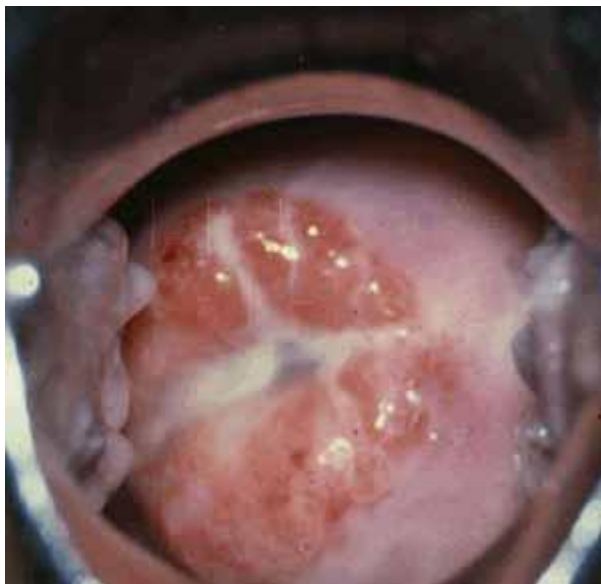
Foscarnet

40 mg/kg IV κάθε 8 ώρες για 14-21 ημέρες.

Κρέμα imiquimod 5%

Μπορεί να είναι αποτελεσματική.^{23,25,27}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο
ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ
(NEISSERIA GONORRHOEAE INFECTIONS)



Εικόνα 6. Γονοκοκκικές λοιμώξεις

Πηγή : <http://womanshealth.gr>

Περίπου 600.000 νέες λοιμώξεις από *Neisseria gonorrhoeae* συμβαίνουν ετησίως. Οι περισσότερες λοιμώξεις στους άνδρες προκαλούν συμπτώματα που τους ωθούν να αναζητήσουν αποτελεσματική θεραπεία αρκετά νωρίς, ώστε να αποφευχθούν τα σοβαρά επακόλουθα - όχι όμως τόσο έγκαιρα ώστε να προληφθεί η μετάδοση στους άλλους. Πολλές από τις λοιμώξεις στις γυναίκες δεν προκαλούν αναγνωρίσιμα συμπτώματα, παρά μόνον όταν εμφανιστούν επιπλοκές (π.χ. φλεγμονώδης νόσος της πυέλου).^{32,34} Στους άνδρες, η συνηθέστερη εικόνα είναι εκείνη της οξείας ουρηθρίτιδας, ενώ στις γυναίκες, η τραχηλίτιδα. Μπορεί να προσβληθούν και άλλες θέσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος, καθώς και το ορθό, ο φάρυγγας και οι επιπεφυκοί. Τόσο οι συμπτωματικές, όσο και οι ασυμπτωματικές περιπτώσεις φλεγμονώδους νόσου της πυέλου μπορεί να οδηγήσουν σε ουλοποίηση των σαλπίνγγων, προκαλώντας στειρότητα ή έκτοπη κύηση. Επειδή οι γονοκοκκικές λοιμώξεις στις γυναίκες είναι συχνά ασυμπτωματικές, ένα σημαντικό τμήμα του ελέγχου των γονοκοκκικών λοιμώξεων εξακολουθεί να αποτελεί ο προσυμπτωματικός έλεγχος των

γυναικών που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Η γονοκοκκαιμία έχει ως αποτέλεσμα τη διασπορά σε πολλαπλές θέσεις, συνηθέστερα στις αρθρώσεις και το δέρμα, οδηγώντας σε διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη^{10,18,19,20}

6.1. Επιδημιολογία

Ηλικία. Νεαρά, σεξουαλικά δραστήρια άτομα. Στα νεογνά, επιπεφυκίτιδα.

Φύλο. Νεαρές γυναίκες, ομοφυλόφιλοι άνδρες. Η συμπτωματική λοίμωξη είναι πιο συχνή στους άνδρες. Η φαρυγγική και ορθοπρωκτική λοίμωξη στους ομοφυλόφιλους άνδρες.^{10,18,19,20}

Φυλή. Η επίπτωση μεταξύ των λευκών είναι υψηλότερη εκείνης μεταξύ των μαύρων.^{18,19,20}

Επίπτωση. Μειώνεται στις ΗΠΑ. Σύμφωνα με τις τρέχουσες εκτιμήσεις, ελαφρώς > 1 εκατομμύριο νέες λοιμώξεις από *N. gonorrhoeae* συμβαίνουν στις ΗΠΑ κάθε χρόνο, μισές από τις οποίες δεν καταγράφονται.^{10,18,19,20}

Αιτιολογία. Ο γονόκοκκος (*Neisseria gonorrhoeae*), ένα gram-αρνητικός διπλόκοκκος. Ο άνθρωπος είναι η μόνη φυσική δεξαμενή του μικροοργανισμού. Τα στελέχη που προκαλούν διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη τείνουν να προκαλούν ελάχιστη φλεγμονή των γεννητικών οργάνων. Στις ΗΠΑ, τα στελέχη αυτά εμφανίζονται σπάνια κατά την τελευταία δεκαετία.^{10,18,19,20}

Μετάδοση. Η μετάδοση γίνεται με τη σεξουαλική επαφή, από σύντροφο ο οποίος είναι ασυμπτωματικός ή έχει ελάχιστα συμπτώματα. Τα νεογνά εκτίθενται σε μολυσμένες εκκρίσεις μέσα στον γεννητικό σωλήνα. Περίπου 1% των ασθενών με τη θεραπευθείσα γονοκοκκική λοίμωξη των βλεννογόνων αναπτύσσουν διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη.²⁰

Γεωγραφική κατανομή. Παγκοσμίως. Η επίπτωση της διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη ποικίλλει αναλόγως της τοπικής επίπτωσης των στελεχών γονοκόκκου που προκαλούν διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη.^{10,18,19,20}

6.2. Παθογένεια

Ο γονόκοκκος παρουσιάζει συνάφεια προς το κυλινδρικό επιθήλιο, ενώ το πολύστιβο και το πλακώδες επιθήλιο είναι πιο ανθεκτικό στην προσβολή από τον γονόκοκκο. Το επιθήλιο διαπερνάται μεταξύ των επιθηλιακών κυττάρων, οπότε προκαλείται μια υποβλεννογόνια φλεγμονή με πολυμορφοπυρηνική αντίδραση και πυώδες έκκριμα. Τα στελέχη του γονόκοκκου που προκαλούν διάχυτη γονοκοκκική λοίμωξη τείνουν να προκαλούν μικρή φλεγμονή των γεννητικών οργάνων και ως εκ τούτου διαφεύγουν της διάγνωσης^{10,18-20}. Τα στελέχη αυτά έχουν γίνει ασυνήθη στις ΗΠΑ κατά την διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας. Τα περισσότερα συμπτώματα και σημεία της διάχυτης γονοκοκκικής λοίμωξης είναι εκδηλώσεις από σχηματισμό και εναπόθεση ανοσοσυμπλεγμάτων. Πολλαπλά επεισόδια διάχυτης γονοκοκκικής λοίμωξης μπορεί να συνδέονται με ανωμαλία των τελικών συστατικών παραγόντων του συμπληρώματος.^{8,12,20,23}

6.3. Εργαστηριακές Εξετάσεις

Χρώση κατά Gram. Gram-αρνητικοί διπλόκοκκοι ενδοκυτταρίως στα πολυμορφοπύρρηνα του εκκρίματος.^{8,12,20,23}

Καλλιέργεια. Απομόνωση σε εκλεκτικά για τον γονόκοκκο θρεπτικά υλικά, π.χ. σοκολατοποιημένο αιματούχο άγαρ, θρεπτικό υλικό Martin-Lewis, θρεπτικό υλικό Thayer-Martin. Απαραίτητος ο προσδιορισμός της ευαισθησίας στους αντιμικροβιακούς παράγοντες (αντιβιογράμμα) λόγω του ότι υπάρχουν ανθεκτικά στελέχη.^{8,12,20,23}

Θέσεις συλλογής του δείγματος. Ετεροφυλόφιλοι άνδρες - ουρήθρα, στοματοφάρυγγας. Ομοφυλόφιλοι άνδρες - ουρήθρα, πρωκτός, στοματοφάρυγγας. Γυναίκες - τράχηλος, ορθό, στοματοφάρυγγας. διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη: αίμα.^{8,12,20,23}

Ορολογικές δοκιμασίες. Δεν υπάρχουν για την βλεννόρροια. Όλοι οι ασθενείς όμως θα πρέπει να υποβάλλονται σε ορολογικό έλεγχο για σύφιλη και θα πρέπει να τους προτείνεται εξέταση για τον HIV.^{8,12,20,23}

6.4. Αντιμετώπιση

Πρόληψη. Θα πρέπει να ενθαρρύνεται η χρήση των προφυλακτικών.⁷

Αντιμικροβιακά σχήματα. Οι περισσότεροι ασθενείς με σύφιλη υπό επώαση μπορεί να θεραπευθούν από οποιαδήποτε θεραπευτικό σχήμα που περιέχει κεφτριαξόνη ή δοξυκυκλίνη. Υπάρχει υψηλή συχνότητα χλαμυδιακών λοιμώξεων στα άτομα με γονοκοκκική ουρηθρίτιδα και τα θεραπευτικά σχήματα καλύπτουν και την πιθανότητα αυτή.^{8,12,24,27}

6.4.1. Μη επιλεγμένες ουρηθρικές, ενδοτραχηλικές ή πρωκτικές λοιμώξεις

Συνιστώμενα σχήματα

Κεφιξίμη	400 mg από του στόματος, εφάπαξ ή
Κεφτριαξόνη	250 mg ενδομυϊκώς, εφάπαξ ή
Σιπροφλοξασίνη	500 mg από του στόματος, εφάπαξ ή
Οφλοξασίνη	400 mg από του στόματος, εφάπαξ ή
Αζιθρομυκίνη	1 g από του στόματος, εφάπαξ ή
Δοξυκυκλίνη	100 mg από του στόματος, 2 φορές την ημέρα για 7 ημέρες.

Εναλλακτικά σχήματα

Σπεκτινομυκίνη	2 g ενδομυϊκώς, εφάπαξ ή
Ενέσιμη κεφαλοσπορίνη	Χορηγούμενη με 1 g προβενεσίδης από του στόματος
Κεφτιζοξίμη	500 mg ενδομυϊκώς, εφάπαξ
Κεφοταξίμη	500 mg ενδομυϊκώς, εφάπαξ
Κεφοτετάνη	1 g ενδομυϊκώς, εφάπαξ
Κεφοξιτίνη	2 g ενδομυϊκώς, εφάπαξ.

Κινολόνη σε εφάπαξ δόση

Ενοξασίνη	400 mg από του στόματος
Λομεφλοξασίνη	400 mg από του στόματος
Νορφλοξασίνη	800 mg από του στόματος ^{25,30}

6.4.2. Φαρυγγική λοίμωξη.

Δυσκολότερο να εκριζωθεί από τις ουροποιογεννητικές και ορθοπρωκτικές λοιμώξεις. Λίγα σχήματα μπορεί να θεραπεύσουν με αξιοπιστία φαρυγγικές λοιμώξεις σε > 90% των περιπτώσεων. Αν και η ταυτόχρονη χλαμυδιακή λοίμωξη του φάρυγγα είναι σπάνια, ορισμένες φορές παρατηρείται ταυτόχρονη χλαμυδιακή λοίμωξη των γεννητικών οργάνων. Συνεπώς, συνίσταται συγχρόνως θεραπεία και της βλεννόρροιας και των χλαμυδίων^{8,12,27,30}.

Συνιστώμενα σχήματα

Κεφτριαξόνη 250 mg ενδομυϊκώς, εφάπαξ ή
Σιπροφλοξασίνη 500 mg από του στόματος, εφάπαξ ή
Οφλοξασίνη 400 mg από του στόματος, εφάπαξ ή
Αζιθρομυκίνη 1 g από του στόματος, εφάπαξ ή
Δοξυκυκλίνη 100 mg από του στόματος, 2 φορές την ημέρα για
7 ημέρες.^{25,30}

6.4.3. Διάσπαρτη λοίμωξη.

Συνίσταται η εισαγωγή στο νοσοκομείο για την έναρξη της θεραπείας, ειδικά για ασθενείς που δεν είναι σίγουρο ότι θα συμμορφωθούν με την θεραπεία ή όταν υπάρχει αμφιβολία ως προς τη διάγνωση ή παρουσιάζουν πυώδεις αρθρικές ή άλλες επιπλοκές. Οι ασθενείς θα πρέπει να εξεταστούν για κλινικά σημεία ενδοκαρδίτιδας ή μηνιγγίτιδας. Οι ασθενείς που αντιμετωπίζονται για διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη θα πρέπει να θεραπεύονται υποθετικά για συνυπάρχουσα λοίμωξη από *Chlamydia trachomatis*, εκτός αν η λοίμωξη αποκλειστεί με τις κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις.^{7,20,23}

Συνιστώμενο αρχικό θεραπευτικό σχήμα

Κεφτριαξόνη 1 g ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως κάθε 24 ώρες.

Εναλλακτικό αρχικό σχήμα

Κεφοταξίμη 1 g ενδοφλεβίως κάθε 8 ώρες ή

Κεφτιζοξίμη 1 g ενδοφλεβίως κάθε 8 ώρες ή

Για άτομα αλλεργικά σε β-λακταμικά αντιβιοτικά

Σιπροφλοξασίνη 500 mg ενδοφελβίως κάθε 12 ώρες

Οφλοξασίνη 400 mg ενδοφλεβίως κάθε 12 ώρες

Σπεκτινομυκίνη 2 g ενδομυϊκώς κάθε 12 ώρες.

Συνιστώμενο σχήμα ολοκλήρωσης της θεραπείας

Όλα τα θεραπευτικά σχήματα θα πρέπει να συνεχίζονται για 24 έως 48 ώρες αφού αρχίσει η βελτίωση. Στην συνέχεια, η θεραπεία μπορεί να συνεχιστεί με ένα από τα κάτωθι σχήματα, ώστε να συμπληρωθεί μία πλήρης εβδομάδα αντιμικροβιακής θεραπείας.^{10,18-20}

Κεφιξίμη 400 mg από του στόματος, δύο φορές την ημέρα ή

Σιπροφλοξασίνη 500 mg από του στόματος, δύο φορές την ημέρα ή

Οφλοξασίνη 400 mg από του στόματος, δύο φορές την ημέρα.

6.4.4. Παρακολούθηση

Τα άτομα με ανεπίπλεκτη βλεννόρροια, τα οποία θεραπεύθηκαν με ένα από τα προηγούμενα σχήματα δεν χρειάζεται να επανέλθουν για να ελεγχθούν. Τα άτομα που έχουν επιμένοντα συμπτώματα μετά την θεραπεία θα πρέπει να ελεγχθούν με καλλιέργεια για τη *N. gonorrhoeae*, και οι γονόκοκκοι που θα απομονωθούν θα πρέπει να ελέγχονται ως προς την ευαισθησία τους στα αντιβιοτικά. Λοιμώξεις που ανιχνεύονται μετά από θεραπεία με ένα από τα συνιστώμενα σχήματα συνήθως οφείλονται σε επαναμόλυνση παρά σε αποτυχία της θεραπείας, πράγμα που δείχνει ότι υπάρχει ανάγκη βελτίωσης του ελέγχου των σεξουαλικών συντρόφων και της ενημέρωσης του ασθενούς. Επιμένουσα ουρηθρίτιδα, τραχηλίτιδα ή πρωκτίτιδα επίσης μπορεί να προκαλείται από *Chlamydia trachomatis* και άλλους μικροοργανισμούς.^{12,23,24,27}

6.4.5. Αντιμετώπιση των σεξουαλικών συντρόφων

Οι ερωτικοί σύντροφοι θα πρέπει να παραπέμπονται για εξέταση και θεραπεία. Η γονοκοκκική λοίμωξη είναι συχνά ασυμπτωματική σε ερωτικούς συντρόφους ασθενών με διάχυτη γονοκοκκική λοίμωξη. Όπως και στις μη επιπλεγμένες λοιμώξεις οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να παραπέμπουν τους ερωτικούς τους συντρόφους για εκτίμηση και θεραπεία.^{23,24,25,32}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο
ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ (ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ)
(Localized Infection - Gonorrhea) ΚΑΙ
ΔΙΑΧΥΤΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ
(Disseminated Gonococcal Infection)

A. ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ



Εικόνα 7. Εντοπισμένη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα

Πηγή : www.thebody.com

Η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα προσβάλλει τις βλεννογονοδερματικές επιφάνειες του κατώτερου ουροποιογεννητικού συστήματος, του πρωκτού, του ορθού και του στοματοφάρυγγα. Στους άνδρες, η πιο συχνή εκδήλωση είναι ένα πυώδες ουρηθρικό έκκριμα. Στις γυναίκες, η τραχηλική λοίμωξη είναι η συχνότερη και είναι συνήθως ασυμπτωματική. Εάν μείνει χωρίς θεραπεία, η λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί σε βαθύτερες δομές με σχηματισμό αποστημάτων και διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη.^{15,20,22,34}

Συώνυμα: Βλεννόρροια (blennorrhoea), βλεννορραγία (blennorrhagia)²²

7.1. Ιστορικό

Χρόνος επώασης

Ανδρες. Το 90% των ανδρών αναπτύσσουν ουρηθρίτιδα μέσα σε 5 ημέρες από την έκθεση.^{22,23,34}

Γυναίκες. Συνήθως πάνω από 2 εβδομάδες όταν η λοίμωξη είναι συμπτωματική. Παρ' όλα αυτά, 75% των γυναικών είναι ασυμπτωματικές.

Συμπτώματα από το δέρμα. Ουρηθρικό έκκριμα, δυσουρία. Κολπικό έκκριμα. Εν τω βάθει πυελικό ή οσφυϊκό άλγος. Άφθονο πυώδες έκκριμα από τον ορθό. Καυστικό ή νυγμώδες άλγος κατά την αφόδευση. Τεινεσμός. Αίμα επί ή εντός των κοπράνων. Ήπια φαρυγγαλγία.^{22,23,24,34}

7.2. Κλινική Εξέταση

Θέση της Λοίμωξης

Έξω Γεννητικά Όργανα

Ανδρες. Ουρηθρικό έκκριμα που κυμαίνεται από λίγο και διαυγές έως πυώδες και άφθονο. Οίδημα του στομίου της ουρήθρας. Οίδημα της ακροπροσθίας ή του πέους βαλανοποσθίτιδα με έκκριμα υπό την ακροπροσθία στους μη περιτομηθέντες άνδρες. Βαλανίτιδα στους περιτομηθέντες άνδρες. Θυλακίτιδα ή κυτταρίτιδα των μηρών ή της κοιλιάς. Σπάνιες επιπλοκές της πρόσθιας ουρηθρίτιδας είναι: λοίμωξη των σμηγματογόνων αδένων και των παραουρηθρικών πόρων, των αδένων του Littre, των βοθρίων του Morgagni, των επιθηλιακών και περιουρηθρικών ιστών της ουρήθρας, της μέσης ραφής, των πόρων του Dowper και των αδένων.^{15,27,34}

Γυναίκες. Περιουρηθρικό οίδημα, ουρηθρίτιδα. Πυώδες έκκριμα από τον τράχηλο, όχι όμως κολπίτιδα. Σε γυναίκες πριν την ενήβωση, αιδοιοκολπίτιδα. Αποστήματα των βαρθολίνιων αδένων.^{15,27,34}

Εν τω βάθει δόμες. Άνδρες. Προστατίτιδα, επιδιδυμίτιδα, φλεγμονή της σπερματοδόχου κύστης, κυστίτιδα.³⁴

Γυναίκες. Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου σε σημεία περιτονίτιδα, ενδοτραχηλίτιδα, ενδοσαλπγγίτιδα, ενδομητρίτιδα.^{15,27,}

Πρωκτός, ορθό. Σε γυναίκες και ομοφυλόφιλους άνδρες, πρωκτίτιδα με πόνο και πυώδες έκκριμα.^{15,27,34}

Στοματοφάρυγγας. Σε γυναίκες και ομοφυλόφιλους άνδρες, φαρυγγίτιδα με ερύθημα. ^{15,27,34}

Οφθαλμός. Επιπεφυκίτιδα. Στο νεογνό, ο μικροοργανισμός μεταδίδεται καθώς το νεογνό διέρχεται μέσα του γεννητικού σωλήνα. Στους ενήλικες, είναι σπάνια στις βιομηχανικές χώρες, αλλά εμφανίζεται με επιδημίες σε χώρες του Τρίτου Κόσμου, όπως η Αιθιοπία. Συνήθως εμφανίζεται απουσία λοίμωξης των γεννητικών οργάνων με άφθονο πυώδες έκκριμα των επιπεφυκώτων. Μπορεί να επιπλακεί με εξέγκωση του κερατοειδούς και διάτρηση. ^{15,27,34}

Γενική Εξέταση

Διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη. Αιμορραγικές φλύκταινες στα άκρα. ^{15,27,34}

7.3. Διαφορική Διάγνωση

Ουρηθρίτιδα. Έρπης των γεννητικών οργάνων με ουρηθρίτιδα, ουρηθρίτιδα από *Chlamydia trachomatis*, ουρηθρίτιδα από *Ureaplasma urealyticum*, ουρηθρίτιδα από *Trichomonas vaginalis*, σύνδρομο Reiter. ^{23,24,25,27}

Τραχηλίτιδα. Τραχηλίτιδα από *Chlamydia trachomatis* ή από τον ιό του απλού έρπητα. ^{23,24,25,27}

Διάγνωση. Κλινική υποψία, η οποία επιβεβαιώνεται από τα εργαστηριακά ευρήματα, δηλαδή ανίχνευση gram-αρνητικών διπλόκοκκων ενδοκυτταρίως στο άμεσο παρασκεύασμα και επιβεβαίωση με καλλιέργεια. ^{23,24,25,27}

7.4. Πορεία και Πρόγνωση

Οι περισσότερες λοιμώξεις στους άνδρες προκαλούν συμπτώματα, τα οποία οδηγούν το άτομο να αναζητήσει έγκαιρα θεραπεία, ώστε να προληφθούν σοβαρές επιπλοκές - αλλά όχι αρκετά έγκαιρα ώστε να προληφθεί η μετάδοση σε άλλους. ^{24,27,34} Εάν δεν γίνει θεραπεία, προκύπτουν επιπλοκές λόγω ανιούσα λοίμωξης: προστατίτιδα - πόνος κατά την αφόδευση. Επιδιδυμίτιδα - διόγκωση της επιδιδυμίδας και πόνος κατά την βάδιση.

Κυστίτιδα. Πολλές λοιμώξεις στις γυναίκες δεν προκαλούν αναγνωρίσιμα συμπτώματα, παρά μόνο όταν εμφανιστούν επιπλοκές όπως φλεγμονώδης νόσος της πυέλου. Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου, είτε είναι συμπτωματική ή ασυμπτωματική, μπορεί να προκαλέσει ουλοποίηση των σαλπίνγων, με αποτέλεσμα στείρωση ή έκτοπη κύηση. Επειδή η γονοκοκκική λοίμωξη μεταξύ των γυναικών είναι συχνά ασυμπτωματική, ένα πρωταρχικό μέτρο για τον έλεγχο της βλεννόρροια στις ΗΠΑ είναι ο προσυμπτωματικός έλεγχος των γυναικών υψηλού κινδύνου. Η διάσπαρτη λοίμωξη είναι πιο συχνή στις γυναίκες με ασυμπτωματική τραχηλική, ενδομητρική ή σαλπινγική λοίμωξη και στους ομοφυλόφιλους άνδρες με ασυμπτωματική λοίμωξη του πρωκτού ή του φάρυγγα.^{15,23,24,27}

B. ΔΙΑΧΥΤΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ



Εικόνα 8. Διάχυτη γονοκοκκική λοίμωξη

Πηγή : www.thebody.com

Η διάχυτη γονοκοκκική λοίμωξη είναι μία συστηματική λοίμωξη που ακολουθεί την αιματογενή διασπορά του γονόκοκκου από τις μολυσμένες βλεννογόνιες θέσεις στο δέρμα, στις αρθρώσεις και στα τενόντια έλυτρα. Χαρακτηρίζεται από πυρετό, πετεχειώδεις ή φλυκταινώδεις βλάβες των άκρων, ασύμμετρες αρθραλγίες, τενοντοελυτρίτιδα ή σηπτική αρθρίτιδα. Μερικές φορές επιπλέκεται από περιηπατίτιδα και, σπανίως από ενδοκαρδίτιδα ή μηνιγγίτιδα.²²

Συνώνυμα: Γονοκοκκαιμία (gonococemia), σύνδρομο γονοκοκκικής αρθρίτιδος - δερματίτιδας (gonococcal arthritis - dermatitis syndrome).^{15,23,24}

7.5. Ιστορικό

Χρόνος επώασης. 7 έως 30 ημέρες από την λοίμωξη του βλεννογόνου (κυμαίνεται από μερικές ημέρες έως 1 έτος). Ποικίλλει ανάλογα με διάφορους παράγοντες του ξενιστή, όπως η έμμηνος ρύση, και με την επιθετικότητα του λοιμογόνου μικροοργανισμού.^{24,25,34}

Πρόδρομα συμπτώματα. Πυρετός, ανορεξία, κακουχία, ± ρίγη.²⁴

Άλλοι παράγοντες. Υποτροπιάζοντα συμπτώματα περί την έμμηνο ρύση, μεταναστευτική πολυαρθραλγία.^{24,25}

7.6. Κλινική Εξέταση

Δερματικά ευρήματα. Ερυθρηματώδεις κηλίδες, 1 έως 5 mm, που εξελίσσονται σε αιμορραγικές φλύκταινες μέσα σε 24 έως 48 ώρες. Το κέντρο μερικές φορές είναι αιμορραγικό/νεκρωτικό. Σπανίως, μεγάλες αιμορραγικές πομφόλυγες, 3 έως 20 στον αριθμό.^{20,23,24,35}

Κατανομή. Στα άκρα, στα άνω άκρα πιο συχνά από ότι στα κάτω άκρα, κοντά στις μικρές αρθρώσεις των χεριών ή των ποδιών. Είναι δύσκολο να ανιχνευθούν σε μαύρους ασθενείς. Ψάξτε τις μεσοδακτύλιες πτυχές. Το πρόσωπο δεν παρουσιάζει βλάβες.^{20,23,24,35}

Βλεννογόνοι. Συνήθως ασυμπτωματικός αποικισμός του στοματοφάρυγγα, της ουρήθρας, του ορθού / πρωκτού και του ενδομητρίου.

Γενική εξέταση. Πυρετός 38° έως 39° C συνήθως. Η βαρύτητα ποικίλλει: διάχυτη γονοκοκκική λοίμωξη με βλάβες στο δέρμα μόνο, κλασική διάχυτη γονοκοκκική λοίμωξη με βλάβες στο δέρμα και τενοντοελυτρίτιδα, διάχυτη γονοκοκκική λοίμωξη με σηπτική αρθρίτιδα, διάχυτη γονοκοκκική λοίμωξη με μεταστατική λοίμωξη σε άλλες περιοχές.^{12,15,23,27}

Τενοντοελυτρίτιδα. Είναι συχνή. Σε μία ή σε λίγες θέσεις, στα άκρα. Τένοντες εκτεινόντων και καμπτήρων μυών και έλυτρα των άκρων χειρών /

ποδών. Ερύθημα, ευαισθησία, οίδημα κατά μήκος του περιβλήματος του τενόντιου ελύτρου που επιδεινώνεται με την κίνηση του τένοντα.^{12,15,23,27}

Σηπτική αρθρίτιδα. Άρθρωση, ερυθρή, θερμή, ευαίσθητη με συλλογή υγρού. Η προσβολή είναι ασύμμετρη. Πιο συχνά προσβάλλονται: το γόνατο, ο αγκώνας, η ποδοκνημική, οι μετακαρποφαλαγγικές / μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις της άκρας χειρός, ο ώμος, το ισχίο. Συνήθως προσβάλλονται μόνο μία ή δύο αρθρώσεις.^{12,15,23,27}

Άλλα ευρήματα. Ηπατίτιδα, περιηπατίτιδα, (σύνδρομο Fitz-Hugh-Curtis), μυοπερικαρδίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, μηνιγγίτιδα. Σπάνια, πνευμονίτιδα, σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων, οστεομυελίτιδα.^{12,15,23,27}

7.7. Διαφορική Διάγνωση

Αραιές αιμορραγικές φλύκταινες στα άκρα. Μικροβιαμία: μηνιγγοκοκκαιμία, άλλες μικροβιαμίες, ενδοκαρδίτιδα. Τενοντοελυτρίτιδα/αρθρίτιδα: λοιμώδης αρθρίτιδα, λοιμώδης τενοντοελυτρίτιδα, σύνδρομο Reiter, ψωριασική αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθρεματώδης λύκος.^{12,15,23,27}

Διάγνωση Γίνεται με κλινικά κριτήρια και επιβεβαιώνεται από την καλλιέργεια του γονόκοκκου από τους βλεννογόνους.^{12,23,24}

7.8. Εργαστηριακές Εξετάσεις

Ιστοπαθολογία. Ο ανοσοφθορισμός σε τεμάχιο από βιοψία δέρματος αναδεικνύει τον γονόκοκκο στο 60% των περιπτώσεων^{12,15,23,24}

Χρώση κατά Gram. Από την ουρήθρα του άνδρα ή από τον τράχηλο, μπορεί να αναδείξει γονοκόκκους.^{12,15,23,25}

Καλλιέργεια. Οι βλεννογόνοι δίνουν σε ποσοστό 80% έως 90% θετικές καλλιέργειες. Υλικό βιοψίας του δέρματος, αρθρικό υγρό και αίμα έχουν πιθανότητα 10 έως 30% μόνο να δώσουν θετική καλλιέργεια.^{12,23,25,27}

7.9. Πορεία και Πρόγνωση

Χωρίς θεραπεία, οι βλάβες του δέρματος / των αρθρώσεων συχνά υποχωρούν προοδευτικά. Η ενδοκαρδίτιδα είναι συνήθως θανατηφόρα.^{12,23,25,27}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο ΣΥΦΙΛΗ (SYPHILIS)



Εικόνα 9. Σύφιλη

Πηγή : <http://www.keel.org.gr>

Η σύφιλη είναι μία σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που οφείλεται στο *Treponema pallidum* και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενός ανώδυνου έλκους στη θέση ενοφθαλμισμού, το οποίο συνοδεύεται από σύστοιχο λεμφαδενοπάθεια. Σύντομα μετά τον ενοφθαλμισμό, η σύφιλη καθίσταται συστηματική λοίμωξη με χαρακτηριστικό δευτεροπαθές και τριτοπαθές στάδιο. Τα τελευταία χρόνια, η επίπτωση της σύφιλης έχει αυξηθεί και η κλινική πορεία, καθώς και η απάντηση στη συνήθη θεραπεία μπορεί να εμφανίζονται τροποποιημένες σε HIV-θετικούς ασθενείς.^{4,5,15,35}

Συνώνυμα: Lues, ο μεγάλος μίμος (the great initiator).⁴

8.1. Επιδημιολογία

Ηλικία. Κατά σειρά μειούμενης συχνότητας: 20 έως 39 ετών, 15 έως 19 ετών, 40 έως 49 ετών.¹²

Φυλή. Όλες οι φυλές. Στις ΗΠΑ, η επίπτωση αυξάνεται στους Αφροαμερικανούς και στους Ισπανόφωνους.^{4,12,27}

Φύλο. Οι άνδρες επικρατούν έναντι των γυναικών 2:1 έως 4:1.

Άλλοι παράγοντες. Μέχρι πρόσφατα, σχεδόν το 50% των ανδρών με σύφιλη στις ΗΠΑ ήταν ομοφυλόφιλοι, όμως το ποσοστό αυτό έχει ελαττωθεί εξαιτίας της εφαρμογής ασφαλέστερων σεξουαλικών πρακτικών. Η επίπτωση της σύφιλης, παρ' όλα αυτά, έχει αυξηθεί σημαντικά σε μειονότητες και σχετίζεται με την ανταλλαγή σεξ για ναρκωτικά. Ως συνέπεια της αύξησης της σεξουαλικά μεταδιδόμενης σύφιλης σημειώθηκε σημαντική αύξηση του αριθμού των περιπτώσεων συγγενούς σύφιλης.^{4,12,27}

Αιτιολογία. *Treponema pallidum* (ωχρά σπειροχαίτη).^{4,12,19,24}

8.2. Παθογένεια

Το *Treponema pallidum* δεν ζει και δεν προκαλεί νόσο πέραν του ανθρώπινου οργανισμού. Μεταδίδεται από άτομο σε άτομο μέσω άμεσης επαφής με μολυσματική βλάβη. Οι σπειροχαίτες, αφού διεισδύσουν μέσω ακέραιου βλεννογόνου ή τραυματισμένου δέρματος, πολλαπλασιάζονται τοπικά, με αποτέλεσμα φλεγμονώδη απάντηση του ξενιστή και σχηματισμό του έλκους, είτε ως μονήρης βλάβης είτε, μερικές φορές, ως πολλαπλές βλάβες. Η πρωτογόνος σύφιλη είναι η μολυσματικότερη μορφή της νόσου. Σύντομα μετά την εισβολή, οι σπειροχαίτες μεταφέρονται με την αιματική κυκλοφορία σε όλα τα όργανα του σώματος. Η όψιμη σύφιλη είναι ουσιαστικά μία αγγειακή νόσος και οι βλάβες είναι αποτέλεσμα αφενός αποφρακτικής ενδαρτηρίτιδας των τελικών αρτηριολίων και των μικρών αρτηριών και αφετέρου των επακόλουθων φλεγμονωδών και νεκρωτικών αλλοιώσεων.^{12,23,27,29}

8.3. Εργαστηριακές Εξετάσεις

Ανίχνευση του *T. Pallidum*

Εξέταση σκοτεινού πεδίου. Η εξέταση σκοτεινού πεδίου είναι μια απλή και αξιόπιστη δοκιμασία για την ανάδειξη του αιτιολογικού παράγοντα. Μετά την απομάκρυνση των εφελκίδων, το έλκος καθαρίζεται με βαμβακοφόρο στυλεό εμποτισμένο με φυσιολογικό ορό και, αν δεν είναι πρωτοπαθώς διαβρωμένο ή εξελκωμένο, γίνεται ήπιος σκαριφισμός με μαχαιρίδιο, πιέζουμε μέχρις ότου σταματήσει η αιμορραγία και στην συνέχεια συμπιέζουμε μεταξύ των δακτύλων (γάντια!) μέχρις ότου εκρεύσει ορώδες υγρό στην επιφάνεια ή στην βάση του έλκους.^{10,25-28} Το ορώδες εξίδρωμα μεταφέρεται με γυάλινο τριχοειδή σωλήνα και εφαρμόζεται με πιπέτα σε μία αντικειμενοφόρο πλάκα, καλύπτεται με καλυπτρίδα και εξετάζεται σε μικροσκόπιο σκοτεινού πεδίου. Το *T. Pallidum* αναγνωρίζεται σαν ένας μικροοργανισμός που μοιάζει με εκπωματιστήρα φελλών, 5 έως 20 μm σε μήκος, και παρουσιάζει τριών ειδών συστατικές κινήσεις: περιστροφική, τύπου σουγιά και τύπου ακορντεόν. Σε αντίθεση όμως με τις σαπροφυτικές σπειροχαίτες, η ωχρά σπειροχαίτη δεν μετακινείται. Η εξέταση σε σκοτεινό πεδίο είναι θετική στο πρωτοπαθές έλκος και στις βλατιδώδεις βλάβες της δευτερογόνου σύφιλης, κυρίως στα πλατέα κονδυλώματα. Είναι όμως αναξιόπιστη στην στοματική κοιλότητα εξαιτίας της παρουσίας σαπροφυτικών σπειροχαιτών και αρνητική σε ασθενείς, στους οποίους χορηγήθηκαν συστηματικά ή τοπικά αντιβιοτικά. Στην τελευταία περίπτωση, θα πρέπει να γίνει παρακέντηση του επιχώριου λεμφαδένα και το αναρροφηθέν υγρό εξετάζεται στο μικροσκόπιο σκοτεινού πεδίου.^{4,12,23,27,34}

Άμεση

δοκιμασία φθορίζόντων αντισωμάτων. Φθορίζοντα αντισώματα χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση του *T. Pallidum* σε εξιδρωματικό υγρό από βλάβη, σε υγρό που αναρροφάται από λεμφαδένα ή σε ιστό. Η ανίχνευση του *T. Pallidum* καθιστά οριστική την διάγνωση.^{4,12,23,25}

Ορολογικές δοκιμασίες. Κατά συμπέρασμα διάγνωση είναι δυνατή με τη χρήση δύο τύπων ορολογικών εξετάσεων για την σύφιλη: (1) μη τρεπονημικές (καρδιολιπίνη-VDRL, RPR) και (2) τρεπονημικές (FTA-ABS, TRHA). Η χρήση του ενός τύπου δοκιμασιών μόνο δεν είναι επαρκής για την διάγνωση. Ο τίτλος αντισωμάτων των μη τρεπονημικών δοκιμασιών συνήθως

συσχετίζεται με τη δραστηριότητα της νόσου.⁴ Τα αποτελέσματα δίδονται ποσοτικά. Τετραπλασιασμός του τίτλου είναι απαραίτητος για την ανάδειξη ουσιαστικής διαφοράς μεταξύ των αποτελεσμάτων δύο μη τρεπονημικών δοκιμασιών. Μια θετική τρεπονημικά δοκιμασία συνήθως παραμένει θετική καθ' όλη την διάρκεια της ζωής, ανεξάρτητα από το αν ο ασθενής έχει υποβληθεί σε θεραπεία ή με τη δραστηριότητα της νόσου (15 έως 25% των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία κατά την διάρκεια της πρωτογόνου φάσης μπορεί να καταστούν οροαρνητικοί μετά από 2 έως 3 χρόνια).²³ Ο τίτλος αντισωμάτων των τρεπονημικών δοκιμασιών ελάχιστα συσχετίζεται με την δραστηριότητα της νόσου και δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται για να εκτιμάται η ανταπόκριση στην θεραπεία.^{24,25,27}

Πρωτογόνος Σύφιλη. Οι οροαντιδράσεις θετικοποιούνται κατά την Τρίτη έως τέταρτη εβδομάδα μετά την λοίμωξη, ή συγχρόνως με ως και μία εβδομάδα μετά την εμφάνιση του έλκους.²⁷ Χωρίς θεραπεία, η πρωτογόνος σύφιλη παρουσιάζει θετική FTA-ABS και ΤΡΗΑ (91%) την έκτη εβδομάδα μετά την λοίμωξη, συγκριτικά με την VDRL (88%).^{24,25} Οι δοκιμασίες καρδιολιπίνης γίνονται αρνητικές 1 χρόνο μετά την κατάλληλη θεραπεία. Οι ειδικές τρεπονημικές δοκιμασίες (FTA-ABS, ΤΡΗΑ) συνήθως παραμένουν θετικές σε χαμηλούς τίτλους.^{4,23}

Δευτερογόνος Σύφιλη. Οι μη τρεπονημικές δοκιμασίες (π.χ. VDRL) είναι πάντοτε θετικές (>1:32). Η FTA-ABS είναι θετική στο 99,2% των περιπτώσεων, όπως επίσης και η ΤΡΗΑ.²⁵ Οι HIV-θετικοί ασθενείς με δευτερογόνου σύφιλη σπανίως μπορεί να έχουν αρνητικές ορολογικές δοκιμασίες. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή για τις ψευδώς αρνητικές ορολογικές δοκιμασίες που οφείλονται στο φαινόμενο προζώνης (παρουσία περίσσειας αντισωμάτων αποτρέπει την αντίδραση κροκύδωσης, οδηγώντας σε ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα).¹² Οι μη τρεπονημικές ορολογικές δοκιμασίες αρνητικοποιούνται 24 μήνες μετά την κατάλληλη θεραπεία. Η τρεπονημικές ορολογικές δοκιμασίες συνήθως παραμένουν θετικές^{11,19}

Τριτογόνος Σύφιλη. Οι ορολογικές δοκιμασίες είναι συνήθως εντόνως θετικές, αλλά είναι δυνατόν οι μη τρεπονημικές δοκιμασίες να είναι ψευδώς αρνητικές.^{11,12,19,25}

Συνιστάται έλεγχος για HIV λοίμωξη σε όλους τους ασθενείς με σύφιλη.

Ψευδώς θετικές ορολογικές δοκιμασίες για σύφιλη. Ψευδώς θετικές αντιδράσεις με την FTA-ABS μπορεί να ανευρεθούν στις κάτωθι περιπτώσεις. Τεχνικά σφάλματα, ακατάλληλα αντιδραστήρια, απλός έρπης των γεννητικών οργάνων, κύηση, ερυθματώδης λύκος (συστηματικός ή δερματικός), αλκοολική κίρρωση, σκληροδερμία, μικτή νόσος του συνδετικού ιστού.^{11,19,23,27}

Ψευδώς θετικές αντιδράσεις σε μη τρεπονημικές δοκιμασίες σχετίζονται με τις κάτωθι καταστάσεις. Παροδικές αντιδράσεις: τεχνικό σφάλμα (χαμηλός τίτλος), πνευμονία από *Mycoplasma*, λοίμωξη από εντεροϊό, λοιμώδης μονοπυρήνωση, κύηση, ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών και λιγότερο συχνά αίτια) προχωρημένη φυματίωση, οστρακιά, ιογενής πνευμονία, βρουκέλλωση, πυρετός εκ δήγματος ποντικών, υφέσιμος πυρετός, λεπτοσπείρωση, ιλαρά, παρωτίτιδα, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, ελονοσία, τρυπανοσωμίαση, ανεμευλογιά).^{23,27} Χρόνιες αντιδράσεις: ελονοσία, λέπρα, συστηματικός ερυθματώδης λύκος, ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών, άλλα νοσήματα του συνδετικού ιστού, ηλικιωμένοι, θυρεοειδίτιδα Hashimoto, ρευματοειδής αρθρίτιδα, κακοήθεια του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος, οικογενείς περιπτώσεις, ιδιοπαθής.^{11,19}

Εάν δεν υπάρχει ιστορικό πιθανών πρώιμων βλαβών ή δεν υπάρχουν ενδείξεις συγγενούς σύφιλης με βάση το ιστορικό του ασθενούς, ή εάν δεν υπάρχει κάποια σεξουαλική επαφή εκτός με άτομα που είναι γνωστό ότι έχουν αρνητικές οροαντιδράσεις, τότε η διάγνωση της ψευδώς θετικής αντίδρασης είναι πιθανότατα ορθή.^{11,19} Ψευδώς θετικές αντιδράσεις τόσο σε τρεπονημικές όσο και σε μη τρεπονημικές δοκιμασίες είναι εξαιρετικά απίθανες.^{23,27}

Ιστοπαθολογία. Στην πρωτογόνο και στην δευτερογόνο σύφιλη, η βιοψία από βλάβη του δέρματος δείχνει κεντρική λέπτυνση ή εξέλκωση της επιδερμίδας. Διήθηση του χορίου από λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα.^{20,23} Υπερπλασία των τριχοειδών και των λεμφαγγείων με ενδαρτηρίτιδα. Μπορεί να υπάρχει θρόμβωση και μικρές περιοχές νέκρωσης.³⁴ Η χρώση Dieterle αναδεικνύει σπειροχαίτες.^{11,27}

8.4. Πορεία και Πρόγνωση

Ακόμη και χωρίς θεραπεία, το έλκος επουλώνεται πλήρως εντός 4-6 εβδομάδων και η λοίμωξη ή καθιστάται λανθάνουσα ή εμφανίζονται οι κλινικές εκδηλώσεις της δευτερογόνου σύφιλης. Η δευτερογόνος σύφιλη εκδηλώνεται συνήθως, αρχικά, ως κηλιδώδες εξάνθημα. Ύστερα από εβδομάδες, οι βλάβες υποχωρούν αυτόματα και υποτροπιάζουν ως κηλιδοβλατιδώδη ή βλατιδώδη εξανθήματα. Στο 20% των περιπτώσεων που δεν υποβάλλονται σε θεραπεία, μέχρι 3 έως 4 τέτοιες υποτροπές που ακολουθούνται από περιόδους κλινικής ύφεσης μπορεί να συμβούν μέσα σε διάστημα ενός έτους.^{27,33} Η λοίμωξη εν συνεχεία εισέρχεται σε λανθάνον στάδιο, κατά το οποίο δεν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα και σημεία της νόσου. Όταν η μη υποβληθείσα σε θεραπεία σύφιλη επιμένει για περισσότερα από 4 χρόνια, σπάνια είναι μεταδοτική, εκτός της περίπτωσης των εγκύων γυναικών, οι οποίες, αν παραμείνουν χωρίς θεραπεία, μπορεί να μεταδώσουν τη σύφιλη στα έμβρυα τους ανεξαρτήτως της διάρκειας της νόσου. Τα κομμιώματα σχεδόν ποτέ δεν ιώνονται αυτόματα. Οι οξυδιοελκωτικές συφιλίδες υφίστανται αυτόματη μερική ίαση, όμως καινούριες βλάβες εμφανίζονται στην περιφέρεια.^{20,23,24}

8.4.1. Ταξινόμηση των κλινικών σταδίων

Στάδιο	Χαρακτηρισμός
Πρωτογόνος σύφιλη	Εντοπισμένη λοίμωξη στη θέση ενοφθαλμισμού (συφιλιδικό έλκος)
Δευτερογόνος σύφιλη	Διάσπαρτη λοίμωξη (εξάνθημα, κηλίδες-βλατίδες, πλατέα κονδυλώματα)
Λανθάνουσα σύφιλη	Χωρίς κλινικά σημεία ή συμπτώματα λοίμωξης (οροθετική) ^{10,25}
Πρώιμη	Διάρκεια μικρότερη του ενός έτους – οιαδήποτε ¹ περίοδος μεταξύ του πρωτογενούς και του δευτερογενούς σταδίου
Όψιμη	Διάρκεια μεγαλύτερη του ενός έτους (από τη μόλυνση)

Σύφιλη άγνωστης διάρκειας

Όψιμη (τριτογόνος)

σύφιλη	Δερματικά, αγγειακά, νευρολογικά ευρήματα
Συγγενής σύφιλη	Αποκτάται περιγεννητικά - πρώιμα και όψιμα κλινικά ευρήματα ^{20,23}

8.5. Αντιμετώπιση

Πρωτογόνος και Δευτερογόνος Σύφιλη

Συνιστώμενο σχήμα

Βενζαθενική πενικιλίνη G, 2,4 εκατομμύρια μονάδες ενδομυϊκώς,
εφάπαξ

Εναλλακτικό σχήμα για ασθενείς που είναι αλλεργικοί στην πενικιλίνη (μη εγκύους)

Δοξυκυκλίνη	100 mg από του στόματος, 2 φορές την ημέρα για 2 εβδομάδες ή
-------------	--

Τετρακυκλίνη	500 mg από του στόματος, 4 φορές την ημέρα για 2 εβδομάδες ή
--------------	--

Ερυθρομυκίνη	500 mg από του στόματος, 4 φορές την ημέρα για 2 εβδομάδες ή
--------------	--

Κεφτριαξόνη	250 mg ενδομυϊκώς, μία φορά την ημέρα για 10 ημέρες ^{20,23,25,27}
-------------	--

Παιδιά

Βενζαθενική πενικιλίνη G	50.000 μονάδες/kg ενδομυϊκώς, μέχρι την δόση του ενηλίκου των 2,4 εκατομμυρίων μονάδων, σε εφάπαξ δόση ^{25,27}
--------------------------	---

Λανθάνουσα Σύφιλη

Πρώιμη	2,4 εκατομμύρια μονάδες ενδομυϊκώς, εφάπαξ
--------	--

Όψιμη άγνωστης διάρκειας	7,2 εκατομμύρια μονάδες συνολικά, που χορηγούνται σε 3 δόσεις των 2,4 εκατομμυρίων μονάδων ενδομυϊκώς, σε
--------------------------	---

χρονική απόσταση 1 εβδομάδας μεταξύ τους

Τριτογόνος Σύφιλη 7,2 εκατομμύρια μονάδες συνολικά, που^{20,23,25,27} χορηγούνται σε 3 δόσεις των 2,4 εκατομμυρίων μονάδων ενδομυϊκώς, σε χρονική απόσταση 1 εβδομάδας μεταξύ τους^{25,27}

Νευροσύφιλη

Συνιστώμενο σχήμα

Κρυσταλλική πενικιλίνη G 12 έως 24 εκατομμύρια μονάδες που χορηγούνται σε 6 δόσεις των 2 έως 4 εκατομμυρίων κάθε 4 ώρες ενδοφλεβίως για 10 έως 14 ημέρες.

Εναλλακτικό σχήμα (εφόσον εξασφαλιστεί η συμμόρφωση του εξωνοσοκομειακού ασθενούς)

Προκαϊνική πενικιλίνη, 2 έως 4 εκατομμύρια μονάδες ενδομυϊκώς καθημερινά και προβενεσίδη, 500 mg από του στόματος 4 φορές την ημέρα, και τα δύο για 10 έως 14 ημέρες.^{20,23}

Σύφιλη σε HIV-θετικούς Ασθενείς

Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τα θεραπευτικά σχήματα με την πενικιλίνη, όποτε είναι δυνατόν, για όλα τα στάδια της σύφιλης σε HIV-θετικούς ασθενείς. Ορισμένοι ειδικοί συνιστούν εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και / ή θεραπεία με θεραπευτικό σχήμα κατάλληλο για την νευροσύφιλη για όλους τους ασθενείς οι οποίοι πάσχουν συγχρόνως τόσο από σύφιλη όσο από HIV νόσο, άσχετα με το κλινικό στάδιο της σύφιλης.^{27,34} Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται κλινικά, καθώς και με ποσοτικές μη τρεπονημικές ορολογικές εξετάσεις (VDRL, PRP) το 1^ο, 2^ο, 3^ο, 6^ο, 9^ο και 12^ο μήνα μετά την θεραπεία. Οι ασθενείς με πρώιμη σύφιλη, οι τίτλοι των οποίων αυξάνονται ή δεν επιτυγχάνεται να πέσουν στο 1/4 μέσα σε 6 μήνες, θα πρέπει να υποβληθούν σε οσφυονωτιαία παρακέντηση και εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και να επαναθεραπευτούν. Στους ασθενείς αυτούς,

ανωμαλίες στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό μπορεί να οφείλονται στην HIV λοίμωξη, στη νευροσύφιλη ή και στις δύο.^{12,23,25}

Αντίδραση Jarisch-Herxheimer

Πρόκειται για μία οξεία, εμπύρετη αντίδραση που συχνά συνοδεύεται από ρίγη, πυρετό, κακουχία, ναυτία, πονοκέφαλο, μυαλγία, αρθραλγία, και η οποία μπορεί να εμφανιστεί μετά από οιαδήποτε θεραπεία για την σύφιλη. Μπορεί να εμφανιστεί μερικές ώρες μετά την θεραπεία και να υποχωρήσει μέσα σε 24 ώρες.^{23,25} Είναι πιο συχνή σε ασθενείς με πρώιμη σύφιλη. Αναπτυσσόμενες βλάβες δευτερογόνου σύφιλης μπορεί να πρωτοεμφανιστούν κατά τον χρόνο αυτό. Αντιμετώπιση: καθησυχασμός του ασθενούς, ανάπαυση, ασπιρίνη. Οι έγκυοι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται ότι μπορεί να προκύψει πρώιμος τοκετός.^{12,27,34}

Αντιμετώπιση των Ερωτικών Συντρόφων

Οι ερωτικοί σύντροφοι θα πρέπει να παραπέμπονται για εξέταση και θεραπεία.^{11,12,23}

8.6. Πρωτογόνος Σύφιλη (*Primary Syphilis*)

Συμπτώματα. Μπορεί να γίνει αντιληπτό έλκος στην περιοχή των γεννητικών οργάνων ή εκτός αυτών. Τα έλκη συνήθως δεν είναι επώδυνα, εκτός αν επιμολυνθούν.³⁰

Χρόνος επώασης. 21 ημέρες (κατά μέσο όρο), εύρος 10 έως 90 ημέρες.^{23,27}

8.6.1. Κλινική Εξέταση

Βλάβες του δέρματος

Έλκος. Κομβιοειδής βλατίδα στη θέση ενοφθαλισμού, που εξελίσσεται σε μία επώδυνη διάβρωση και στην συνέχεια εξελκούται με επηρμένα χείλη και μικρή ποσότητα ορώδους εξιδρώματος.⁴ Η επιφάνεια μπορεί να καλύπτεται από εφελκίδες. Μέγεθος: λίγα χιλιοστά έως 1 ή 2 εκατοστά σε διάμετρο. Τα χείλη της βλάβης μπορεί να είναι επηρμένα. Ψηλάφηση: συνήθως σκληρό, με σκληρυμένα χείλη. Είναι ανώδυνο. Τα έλκη εκτός των γεννητικών οργάνων, ειδικά στα δάκτυλα, μπορεί να είναι επώδυνα. Σε άτυπες περιπτώσεις, μπορεί και τα γεννητικά έλκη να είναι επώδυνα, ειδικά εάν έχουν επιμολυνθεί δευτερογενώς από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο. Διάταξη: μονήρης βλάβη. Λιγότερο συχνά, λίγες, πολλαπλές ή αντικριστές («φιλούμενες») βλάβες.^{23,12,25}

Εντοπίσεις. Η περιοχή των γεννητικών οργάνων είναι η συχνότερη εντόπιση. Άνδρες: Έσω επιφάνεια της ακροποσθίας, στεφανιαία αύλακα, σώμα, βάση. Γυναίκες: τράχηλος, κόλπος, αιδοίο, κλειτορίδα, μαστοί.^{12,25} Τα έλκη παρατηρούνται λιγότερο συχνά στις γυναίκες λόγω της εντόπισης του μέσα στον κόλπο ή στον τράχηλο. Εξωγεννητικά έλκη, πρωκτός ή ορθό, στόμα, χείλη, γλώσσα, αμυγδαλές, δάκτυλα των χεριών (επώδυνο!), δάκτυλα των ποδιών, μαστοί, θηλές.^{4,23,}

Γενικά Ευρήματα. Η σύφιλη είναι μία συστηματική λοίμωξη. Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να υποβάλλονται σε ενδελεχή κλινική εξέταση. Σύστοιχη λεμφαδενοπάθεια εμφανίζεται μέσα σε 1 εβδομάδα. Οι λεμφαδένες είναι διακριτοί, σκληροί, ελαστικοί, μη ευαίσθητοι και συνήθως ετερόπλευροι.^{12,27}

8.6.2. Διαφορική Διάγνωση

Έλκος / διάβρωση στα γεννητικά όργανα. Τραυματικό έλκος, έρπης των γεννητικών οργάνων, δοθιήνας, αφθώδες έλκος, φαρμακευτικό εξάνθημα. Επίσης, μαλακό έλκος, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, βουβωνικό κοκκίωμα.^{4,12}

Διάγνωση. Κλινική υποψία, που επιβεβαιώνεται με εξέταση σε σκοτεινό πεδίο ή ορολογικά^{23,27,34}

8.7. Δευτερογόνος Σύφιλη (Secondary Syphilis)

Η δευτερογόνος σύφιλη εμφανίζεται 2 έως 6 μήνες μετά την πρωτογόνο λοίμωξη και 2 έως 10 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του πρωτοπαθούς έλκους. Το έλκος μπορεί να είναι ακόμη παρόν όταν εμφανίζονται οι δευτεροπαθείς βλάβες. Συνυπάρχουσα²⁷ HIV λοίμωξη μπορεί να μεταβάλλει την πορεία της δευτερογόνου σύφιλης. Σύνδρομο «οξείας νόσου»: πονοκέφαλος, ρίγη, πυρεξία, αρθραλγίες, μυαλγίες, κακουχία, φωτοφοβία. Οι βλεννογονοδερματικές βλάβες είναι ασυμπτωματικές.^{20,25}
Διάρκεια των βλαβών. Εβδομάδες.^{4,12}

8.7.1. Κλινική Εξέταση

Δερματικές βλάβες. Κηλίδες και βλατίδες 0,5 έως 1,0 cm στρόγγυλες, ή ωοειδείς, ρόδινες έως καστανέρυθρες. Το αρχικό εξάνθημα είναι πάντοτε κηλιδώδες.¹² Τα οψιμότερα εξανθήματα μπορεί να είναι βλατιδολεπιδώδη, φλυκταινώδη ή ακμοειδή. Φυσαλιδοπομφολυγώδεις βλάβες εμφανίζονται μόνο στην νεογνική συγγενή σύφιλη (πέλματα και παλάμες). Σπάνια, οι βλάβες της δευτερογόνου σύφιλης και το έλκος της πρωτογόνου σύφιλης εμφανίζονται ταυτόχρονα.²³ Στην ψηλάφηση, οι βλατίδες είναι σκληρές, ενώ τα πλατέα κονδυλώματα είναι μαλακά. Το σχήμα των βλαβών μπορεί να είναι δακτυλιοειδές ή πολυκυκλικό, ειδικά στο πρόσωπο ατόμων με σκουρόχρωμο δέρμα. Σε υποτροπιάζουσα δευτερογόνο σύφιλη, τοξοειδείς βλάβες. Πάντοτες σαφώς αφοριζόμενες βλάβες, εκτός από το κηλιδώδες εξάνθημα. Οι βλάβες είναι διάσπαρτες, τείνουν να παραμένουν διακριτές και συνήθως είναι συμμετρικές.^{20,25}

Πλατέα κονδυλώματα: πρόκειται για μαλακές, επίπεδες, υγρές, ερυθρές έως ωχρές βλατίδες, οζίδια ή πλάκες, που μπορεί αν συρρέουν.^{9,12}

Κατανομή. Γενικευμένο εξάνθημα στον κορμό. Εντοπισμένο εξάνθημα συνήθως είναι λεπιδώδες και βλατιδώδες και εντοπίζεται στην κεφαλή, (γραμμή του τριχωτού, ρινοπαρειακές αύλακες, τριχωτό της κεφαλής), στον τράχηλο, στις παλάμες και στα πέλματα.⁵ Εδώ οι βλάβες είναι συχνά υπερκερατωσικές ψωριαστομορφές. Πλατέα κονδυλώματα: είναι πιο συχνά στην πρωκτογεννητική περιοχή και στο στόμα. Μπορεί να παρατηρηθούν σε

οποιαδήποτε περιοχή του σώματος όπου μπορεί να συσσωρευτεί υγρασία και σε παρατριμματικές περιοχές, π.χ. μασχάλες ή μεσοδακτύλια διαστήματα.^{9,23}

Τρίχες. Δύο τύποι: διάχυτη αλωπεκία που περιλαμβάνει τους κροτάφους, και την βρεγματική περιοχή του τριχωτού.¹² Ή κατά πλάκας, «σκοροφαγωμένη» αλωπεκία στο τριχωτό της κεφαλής και στην περιοχή του γενείου. Απώλεια των βλεφαρίδων και του έξω τριτημορίου των φρυδιών.^{9,23,27}

Βλεννογόνοι. Βλεννογόνιες πλάκες, δηλαδή μικρές, ασυμπτωματικές, ωοειδείς ή στρόγγυλες, ελαφρώς επηρμένες, επίπεδες κηλίδες και βλατίδες, διαμέτρου 0,5 έως 1 cm, που καλύπτονται από υπερκερατωσική λευκωπή έως φαιά μεμβράνη⁹ Εμφανίζονται στο βλεννογόνο του στόματος ή των γεννητικών οργάνων. Διχασμένες βλατίδες στις γωνίες του στόματος.^{12,23,27}

Γενική εξέταση ± Πυρετός, Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια (τραχηλική, υπινιακή βουβωνική, επιτροχήλιος, μασχαλαία) και σπληνομεγαλία.^{9,12,27}

Συνοδά ευρήματα. Διάχυτη φαρυγγίτιδα. Οξεία μικροβιακή ιρίτιδα. Περιοστίτιδα των μακρών οστών, κυρίως της κνήμης (νυκτερινός πόνος) και αρθραλγία ή ύδραρθρο χωρίς ακτινολογικά ευρήματα.^{23,27} Μην ιγγοαγγειακή αντίδραση (εγκεφαλονωτιαίο υγρό θετικό για φλεγμονώδεις δείκτες). Ηπατοσπληνομεγαλία, καρδιακή αρρυθμία, νεφρίτιδα, κυστίτιδα, προστατίτιδα, γαστρίτιδα.^{5,9}

8.7.2. Πορεία

Στην δευτερογόνο σύφιλη μπορεί να υπάρχουν ένα ή περισσότερα υποτροπιάζοντα εξάνθημα, τα οποία εμφανίζονται μετά από ασυμπτωματικά διαστήματα διάρκειας μηνών.⁹ Το πρώτο εξάνθημα της δευτερογόνου σύφιλης είναι ένα σχετικά αχνό εξάνθημα πάντοτε κηλιδώδες, ρόδινο και οι βλάβες έχουν ασαφή όρια. Αργότερα οι βλάβες της πρώιμης σύφιλης είναι βλατιδώδεις, καστανωπές και τείνουν να είναι πιο εντοπισμένες^{20,23}. Τα συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν 2-6 εβδομάδες (μέσος όρος 4 εβδομάδες) και μπορεί να υποτροπιάσουν αν αφεθούν χωρίς θεραπεία ή αν η θεραπεία είναι ανεπαρκής.^{34,35}

8.7.3. Διαφορική Διάγνωση

Εξάνθημα / εξάνθημα. Φαρμακευτικό εξάνθημα (π.χ. καππροπρίλη), ροδόχρους πιτυρίαση, ιογενές εξάνθημα, λοιμώδης μονοπυρήνωση, δερματοφυτία του σώματος, ποικιλόχρους πιτυρίαση, ψώρα, αντίδραση «id», οξυτενή κονδυλώματα, οξεία σταγονοειδής ψωρίαση, ομαλός λειχήνας.^{9,12,23,27}

Διάγνωση. Κλινική υποψία, η οποία επιβεβαιώνεται από την εξέταση σε σκοτεινό πεδίο και / ή τις ορολογικές εξετάσεις. Η εξέταση σε σκοτεινό πεδίο είναι θετική σε όλες τις βλάβες της δευτερογόνου σύφιλης εκτός από το κηλιδώδες εξάνθημα.^{9,12,23,27}

8.8. Λανθάνουσα Σύφιλη (Latent Syphilis)

Λανθάνουσα σύφιλη είναι το στάδιο εκείνο κατά το οποίο δεν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα ή σημεία της λοίμωξης. Η διάγνωση τίθεται μόνο ύστερα από τη λήψη προσεκτικού ιστορικού και την κλινική εξέταση, η οποία αποκλείει την ύπαρξη συμπτωμάτων και σημείων ενεργού λοίμωξης. Οι ορολογικές δοκιμασίες για την σύφιλη είναι θετικές.²³ Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό είναι φυσιολογικό. Η πρώιμη λανθάνουσα σύφιλη (διάρκεια < 2 χρόνων) διακρίνεται από την όψιμη λανθάνουσα σύφιλη (διάρκεια > 2 ετών) με βάση τη διάρκεια της λοίμωξης. Όλοι οι ασθενείς με σύφιλη έχουν λανθάνουσα μορφή της νόσου σε κάποιο χρονικό διάστημα κατά την πορεία της νόσου. Μερικοί ασθενείς έχουν μόνο λανθάνουσα σύφιλη και η διάγνωση τίθεται από τον θετικό ορολογικό έλεγχο (σύφιλη incognito).^{9,12} Η λανθάνουσα μορφή της νόσου δεν αποκλείει την μολυσματικότητα, ούτε την ανάπτυξη κομμωματοδών δερματικών βλαβών, καρδιοαγγειακών βλαβών ή νευροσύφιλης. Μία έγκυος γυναίκα με λανθάνουσα μορφή της νόσου μπορεί να μολύνει το έμβρυο, με αποτέλεσμα την εκδήλωση συγγενούς σύφιλης στο νεογνό. .^{23,27}

8.9. Τριτογόνος Σύφιλη

Διάρκεια των βλαβών. Στην μη αντιμετωπισθείσα σύφιλη, 15% των ασθενών αναπτύσσουν όψιμη καλοήγη σύφιλη, κυρίως με δερματικές βλάβες. Η τριτογόνος σύφιλη είναι σήμερα πολύ σπάνια.¹² Παλαιότερα, οι ασθενείς που προσέρχονταν με τριτογόνο σύφιλη έδιναν ιστορικό ύπαρξης βλαβών διάρκειας 3 έως και 7 ετών (εύρος 2 έως 60 έτη).²³ Τα κομμιώματα αναπτύσσονται από το 15^ο έτος.^{9,27}

8.9.1. Κλινική Εξέταση

Βλάβες του δέρματος

Οζίδιο - ελκωτικές συφιλίδες. Προσομοιάζουν με βλάβες κοινού λύκου (φυματίωση του δέρματος). Οζίδια και πλάκες με ουλές, που παρουσιάζουν κεντρική ίαση, με ή χωρίς ψωρδιασιόμορφα λέπια και με ή χωρίς εξέλκωση. Τυπικά, και σε αντίθεση με τον κοινό λύκο, οι συφιλίδες δεν υποτροπιάζουν σε θέσεις ουλών, αλλά κυρίως στην περιφέρειά τους, και δεν είναι μαλακές αλλά υπόσκληρες.^{20,25} Ομαδοποιημένες βλάβες, οφιοειδείς, δακτυλιοειδείς, πολυκυκλικές, με κτενιοειδή όρια. Μονήριες μεμονωμένες βλάβες: αντιβράχια (εκτατικές επιφάνειες), ράχη ή πρόσωπο.^{9,12,27}

Κομμίωμα. Ο όρος κομμίωμα (στα λατινικά: «gum») περιγράφει ένα όγκο ελαστικής σύστασης ή μία εν τω βάθει κοκκιωματώδη βλάβη που βρίσκεται στο υπόδερμα και παρουσιάζει τάση για νέκρωση και εξέλκωση. Οζίδιο με εξέλκωση. Μεμονωμένες βλάβες.^{9,12} Οπουδήποτε, αλλά κυρίως στο τριχωτό της κεφαλής, στο πρόσωπο, στο στήθος (στερνοκλειδική χώρα) και στη γαστροκνημία.^{20,25,27}

Γενική εξέταση. 25% των ασθενών παρουσιάζουν νευροσύφιλη ή καρδιαγγειακή σύφιλη.^{20,25,27}

.8.9.2. Διαφορική Διάγνωση

Πλάκα(ες) ± εξέλκωση ± κοκκιωματώδης. Φυματίωση του δέρματος, άτυπη δερματική μυκοβακτηριδιακή λοίμωξη, κακοήθεια όπως λέμφωμα. Εν τω βάθει μυκητιάσεις, δοθιήνας.^{12,23,25,34}

Διάγνωση. Κλινικά ευρήματα, που επιβεβαιώνονται με τις ορολογικές εξετάσεις και βιοψία δέρματος από βλάβη. Η εξέταση σκοτεινού πεδίου είναι πάντα αρνητική, ενώ η εξέταση ιστολογικών τομών εμβαπτισμένων σε άργυρο για την ανάδειξη των σπειροχαιτών πολύ σπάνια αποβαίνει θετική.^{12,23,25,34}

8.10. Σύφιλη με HIV Νόσο (Syphilis in HIV Disease)

Τα HIV-θετικά άτομα με νευροσύφιλη είναι πιο πιθανόν να παρουσιάσουν ραγοειδίτιδα ή αμφιβληστροειδίτιδα και έχουν σημαντικά υψηλότερους τίτλους στην εξέταση RPR. Όμως, ορισμένοι ασθενείς αποτυγχάνουν να απαντήσουν ανοσολογικά στην λοίμωξη από *T. Pallidum* με σχηματισμό αντισωμάτων (δηλαδή έχουν αρνητικές ορολογικές εξετάσεις).^{17,25,33}

8.10.1. Διάγνωση

Έλεγχος για τον ιό HIV συνιστάται σε όλους τους ασθενείς με σύφιλη. Η νευροσύφιλη θα πρέπει να τίθεται στην διαφορική διάγνωση της νευρολογικής νόσου σε ασθενείς με HIV λοίμωξη¹⁷. Όταν τα κλινικά ευρήματα υποδηλώνουν σύφιλη αλλά οι ορολογικές εξετάσεις είναι αρνητικές ή συγκεχυμένες, θα πρέπει να εκτελούνται εναλλακτικές εξετάσεις, όπως η βιοψία, η εξέταση σκοτεινού πεδίου και η άμεση εξέταση φθοριζόντων αντισωμάτων (DFA) σε υλικό από βλάβη.^{17,25,33}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ (CHANCROID, SOFT CHANCER)



FIGURE 65.—Typical penile ulcer in a patient with chancroid. (Courtesy, Col. John J. Deller, Jr., MC.)

Εικόνα 10. Τυπικό μαλακό έλκος

Πηγή :<http://health.in.gr>

Το μαλακό έλκος είναι μία οξεία, σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που χαρακτηρίζεται από ένα επώδυνο έλκος στη θέση ενοφθαλμισμού, συνήθως στα έξω γεννητικά όργανα, και ανάπτυξη επιχώριας, διαπυητικής λεμφαδενοπάθειας.^{10,29,30}

9.1. Επιδημιολογία

Φύλο. Νεαροί άνδρες. Η λεμφαδενίτιδα είναι πιο συχνή στους άνδρες.

Αιτιολογία. Ο *Haemophilus ducreyi*, ένας gram-αρνητικός στρεπτοβάκιλος.^{10,29,30}

Μετάδοση. Πιθανότερα κατά την διάρκεια σεξουαλικής επαφής με ερωτικό σύντροφο, ο οποίος έχει έλκος στα γεννητικά όργανα από *H. ducreyi*. Το μαλακό έλκος αποτελεί συμπράγοντα για την μετάδοση του HIV. Το ποσοστό HIV λοίμωξης μεταξύ των πασχόντων από μαλακό έλκος είναι

υψηλό. 10% των ασθενών με μαλακό έλκος πάσχουν από σύφιλη ή έρπητα των γεννητικών οργάνων.^{10,29,30}

Επίπτωση. Οι αναφορές είναι λιγότερες από τα πραγματικά περιστατικά. Το 1994, αναφέρθηκαν 773 περιπτώσεις στις ΗΠΑ.¹⁰

Γεωγραφική κατανομή. Είναι σπάνιο στις βιομηχανικές χώρες. Μικροεπιδημίες εισάγονται σποραδικά από τροπικές χώρες. Η νόσος είναι ενδημική σε τροπικές και υποτροπικές χώρες του Τρίτου Κόσμου, ειδικά μεταξύ φτωχών κατοίκων αστικών κέντρων και λιμανιών.^{29,30}

9.2. Παθογένεια

Έχει μελετηθεί ελάχιστα. Ο *Haemophilus ducreyi* ενοφθαλμίζεται μέσω μικρών λύσεων της συνεχείας της επιδερμίδας ή του βλεννογόνου. Η πρωτοπαθής λοίμωξη αναπτύσσεται στην θέση ενοφθαλμισμού και ακολουθείται από λεμφαδενίτιδα.¹² Η ανάπτυξη διογκωμένων λεμφαδένων γίνεται από λίγους μικροοργανισμούς, αλλά από έντονη οξεία φλεγμονώδη αντίδραση. Ο ρόλος της ανοσολογικής αντίδρασης δεν είναι γνωστός. Αποτελεί συμπαράγοντα για μετάδοση του HIV: το μαλακό έλκος είναι το σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που συνδέεται στενότερα με αυξημένο κίνδυνο για μετάδοση του HIV. Περίπου 10% των ασθενών με μαλακό έλκος μπορεί να είναι επίσης μολυσμένοι από το *T. Pallidum* ή τον ιό του απλού έρπητα (HSV).^{12,23,27}

Χρόνος επώασης. 4 έως 7 ημέρες.

Πρόδρομα συμπτώματα. Κανένα.

Ιστορικό ταξιδιού. Σεξουαλικά δραστήριο άτομο κατά την διάρκεια επίσκεψης του σε χώρα όπου το μαλακό έλκος είναι ενδημικό. Πιθανή επαφή με ιερόδουλο.^{9,23,27}

9.3. Κλινική Εξέταση

Ευρήματα από το δέρμα. Πρωτοπαθής βλάβη: ευαίσθητη βλατίδα με ερυθματώδη άλω, η οποία εξελίσσεται σε φλύκταινα, διάβρωση και έλκος. Το έλκος είναι συνήθως ιδιαίτερα ευαίσθητο ή επώδυνο. Τα χείλη είναι οξέα, υπεσκαμμένα και δεν είναι σκληρά.⁹ Η βάση του είναι εύθραπτη με κοκκιώδη ιστό και καλύπτεται από φαιό-κίτρινο έκκριμα. Το οίδημα της ακροποσθίας είναι συχνό. Το έλκος μπορεί να είναι μονήρες ή να υπάρχουν πολλαπλά έλκη που συνενώνονται για να σχηματίσουν μεγάλα ή και γιγαντιαία έλκη (> 2 cm) με οφιοειδές σχήμα.^{12,23,27}

Κατανομή των βλαβών. Πολλαπλά έλκη αναπτύσσονται από αυτοενοφθαλμισμό. Άνδρας: ακροποσθία, χαλινός της ακροποσθίας, αύλακα, βάλανος, σώμα του πέους.¹² Γυναίκα: χαλινός της κλειτορίδας, χείλη του αιδοίου, πρόδομος του κολεού, κλειτορίδα, τοιχώματα του κόλπου (από απευθείας επέκταση από την είσοδο του κόλπου), τράχηλος, περιπρωκτικά. Εξωγεννητικές βλάβες: στήθος, δάκτυλα, μηροί, βλεννογόνο του στόματος.^{9,23,27}

Γενική εξέταση. Επώδυνη βουβωνική λεμφαδενίτιδα (συνήθως ετερόπλευρη) εμφανίζεται στο 50% των ασθενών, 1 έως 2 εβδομάδες μετά την πρωτοπαθή βλάβη.²⁰ Μπορεί να εμφανιστούν διογκωμένοι βουβωνικοί λεμφαδένες με υπερκείμενο ερύθημα και μπορεί να παροχετευτούν αυτόματα.^{4,12}

9.4. Διαφορική Διάγνωση

Έλκος των γεννητικών οργάνων. Έρπης των γεννητικών οργάνων, πρωτόγονος σύφιλη, ντονοβάνωση, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, δευτεροπαθώς επιμολυνθέντα δήγματα από άνθρωπο ή επιμολυνθείσες τραυματικές βλάβες.¹²

Επώδυνη βουβωνική μάζα. Έρπης των γεννητικών οργάνων, σύφιλη, περισφιγμένη κήλη, βουβωνική πανώλη, τουλαραιμία. ^{4,20}

Διάγνωση. Ο συνδυασμός ενός επώδυνου έλκους με ευαίσθητη λεμφαδενοπάθεια (η οποία όμως εμφανίζεται στο 1/3 των ασθενών) είναι

ενδεικτικός μαλακού έλκους και, όταν συνοδεύεται και από διαπυητική βουβωνική λεμφαδενοπάθεια, είναι σχεδόν παθογνωμονικός. ^{4,12,20}

Οριστική διάγνωση. Γίνεται με την απομόνωση του *Haemophilus ducreyi* σε ειδικά καλλιεργητικά μέσα (δεν είναι ευρέως διαδεδομένα). Ευαισθησία $\leq 80\%$. ^{4,12,20}

Πιθανή διάγνωση. Γίνεται εάν ο ασθενείς πληρεί τα ακόλουθα κριτήρια: (1) ≥ 1 επώδυνα γεννητικά έλκη (2) δεν υπάρχει ένδειξη λοίμωξη από *T. Pallidum* στην εξέταση σε σκοτεινό πεδίο εξιδρώματος από το έλκος ή στις ορολογικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται 7 ημέρες τουλάχιστον μετά την έκθυση των ελκών και (3) η κλινική εικόνα, η όψη των ελκών και η λεμφαδενοπάθεια, αν υπάρχει, είναι τυπικές για μαλακό έλκος και η εξέταση για HSV είναι αρνητική. ^{12,20} Ο συνδυασμός επώδυνου έλκους και ευαίσθητης βουβωνικής λεμφαδενοπάθειας, η οποία εμφανίζεται στο ένα τρίτο περίπου των ασθενών, κατευθύνει στη διάγνωση του μαλακού έλκους. Όταν συνοδεύονται και από διαπυητική βουβωνική λεμφαδενοπάθεια, τα σημεία αυτά είναι παθογνωμονικά. ^{4,27}

9.5. Εργαστηριακές Εξετάσεις

Χρώση κατά Gram ξεσμάτων που προέρχονται από την βάση του έλκους ή πύου από διογκωμένο βουβωνικό λεμφαδένα. Προσπάθεια να ανεβρεθούν μικρές συναθροίσεις ή παράλληλες αλυσίδες από gram-αρνητικά ραβδία. Η ερμηνεία είναι δύσκολη εξαιτίας της παρουσίας και άλλων μικροοργανισμών στα έλκη. ^{4,12,20,27}

Καλλιέργεια. Χρειάζονται ειδικά θρεπτικά υλικά. Η απομόνωση είναι δύσκολη. Με την χρήση ειδικών θρεπτικών υλικών, η ευαισθησία δεν υπερβαίνει το 80% . ^{4,12,20,27}

Ορολογικές δοκιμασίες. Δεν υπάρχουν. Οι ασθενείς θα πρέπει να ελεγχθούν για HIV λοίμωξη κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Επίσης, οι ασθενείς θα πρέπει να ελεγχθούν τόσο για σύφιλη όσο και για HIV λοίμωξη 3 μήνες αργότερα, εάν τα αρχικά ευρήματα ήταν αρνητικά. ^{4,12,20,23}

Ιστοπαθολογία. Μπορεί να βοηθήσει. Σπανίως αναδεικνύεται ο μικροοργανισμός. ^{20,23}

PCR. Ανιχνεύει αλληλουχίες DNA του *Hemophilus ducreyi*.^{4,12}

9.6. Πορεία και Πρόγνωση

Οι ασθενείς θα πρέπει να επανεξεταστούν 3 έως 7 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Εάν η θεραπεία είναι επιτυχής, τα έλκη βελτιώνονται ως προς τα συμπτώματα μέσα σε 3 ημέρες και βελτιώνονται αντικειμενικά μέσα σε 7 ημέρες από την έναρξη της θεραπείας.²³ Εάν δεν υπάρχει κλινική βελτίωση, η διάγνωση μπορεί να ήταν λανθασμένη, μπορεί να συνυπάρχει λοίμωξη από άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο παράγοντα, μπορεί ο ασθενής να είναι μολυσμένος από τον HIV, μπορεί να μην υπήρξε συμμόρφωση στην θεραπεία ή μπορεί το στέλεχος του *Hemophilus ducreyi* που προκαλεί την λοίμωξη να ήταν ανθεκτικό στο χορηγηθέν αντιβιοτικό.^{12,20} Ο χρόνος που απαιτείται για την πλήρη ίαση εξαρτάται από το μέγεθος του έλκους. Τα μεγάλα έλκη μπορεί να χρειαστούν ≥ 2 εβδομάδες. Η πλήρης υποχώρηση της λεμφαδενοπάθειας είναι βραδύτερη από εκείνη των ελκών και μπορεί να χρειασθεί να γίνει αναρρόφηση με βελόνα μέσω του παρακείμενου υγιούς δέρματος - ακόμη και κατά την διάρκεια επιτυχημένης θεραπείας. Σε HIV-θετικά άτομα, η ίαση μπορεί να είναι βραδύτερη και υπάρχουν περιπτώσεις που η θεραπεία αποτυγχάνει. Σε αυτήν την περίπτωση, συνιστώνται θεραπευτικά σχήματα μεγαλύτερης διάρκειας.^{23,27}

9.7. Αντιμετώπιση

Αντιμικροβιακή Θεραπεία

Αζιθρομυκίνη	1 g από του στόματος, εφάπαξ ή
Κεφτριαξόνη	200 mg ενδομυϊκώς, σε εφάπαξ ή
Σιπροφλοξασίνη	500 mg από του στόματος, δύο φορές την ημέρα για 3 ημέρες
Ερυθρομυκίνη	500 mg από του στόματος, 4 φορές την ημέρα για 7 ημέρες. ²⁷
Αντιμετώπιση Ερωτικών Συντρόφων	Οι ερωτικοί σύντροφοι θα πρέπει να παραπέμπονται για εξέταση και αντιμετώπιση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ (GRANULOMA INGUINALE)



Εικόνα 11. Βουβωνικό κοκκίωμα

Πηγή :<http://health.eportal.gr>

Η νόσος του Donovan είναι μία χρόνια, προοδευτικά καταστροφική, μικροβιακή λοίμωξη της γεννητικής περιοχής, που χαρακτηρίζεται από εξελκώσεις και επιθηλιωματώδη υπερπλασία.^{10,29}

Συνώνυμα: Αφροδίσιο κοκκίωμα (granuloma venereum), ντονοβάνωση (donovanosis).^{30,31}

10.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Φύλο. Νεαροί άνδρες.

Αιτιολογία. Οφείλεται στο *Calymmatobacterium granulomatis*, ένα ενδοκυττάριο gram - αρνητικό ραβδίο εντός κάψας.

Μετάδοση. Ανεπαρκώς κατανοητή. Η μετάδοση γίνεται με σεξουαλική επαφή, αλλά μπορεί να γίνει και μη σεξουαλική μετάδοση.¹⁰

Γεωγραφική κατανομή. Ενδημικές εστίες σε τροπικές και υποτροπικές περιοχές (Ινδία, Παπούα - Νέα Γουϊνέα, Νότια Αφρική, Κεντρική Αυστραλία). Είναι σπάνιο στις ΗΠΑ, στον Καναδά και στην Ευρώπη.^{29,31}

10.2. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Δεν έχει μελετηθεί αρκετά. Η μεταδοτικότητα είναι μικρή. Επανεπιλημμένες επαφές είναι απαραίτητες ώστε να εκδηλωθεί κλινική λοίμωξη. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν ανιχνεύονται βλάβες στους ερωτικούς συντρόφους.^{20,28,29}

Χρόνος επώασης. Οι περισσότερες βλάβες εμφανίζονται εντός 30 ημερών μετά τη σεξουαλική έκθεση (εύρος 8 - 80 ημέρες).¹⁷

Ιστορικό ταξιδιού. Σεξουαλική επαφή σε ενδημικές περιοχές.^{10,29}

Χαρακτήρες. Τα έλκη των γεννητικών οργάνων είναι σχετικά ανώδυνα.³¹

10.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Βλάβες του δέρματος

Πρωτοπαθής βλάβη. Κομβιοειδής βλατίδα ή υποδόριο οζίδιο, το οποίο εξελκείται μέσα σε λίγες ημέρες. Τα έλκη παρουσιάζουν στη βάση τους ερυθρό (σαν βοδινό κρέας) εύθρυπτο κοκκιώδη ιστό, με σαφώς αφοριζόμενα, ακανόνιστα χείλη.³⁰ Εξαπλώνεται κατά συνέχεια ιστών, ή μέσω αυτοενοφθαλισμού σε παρακείμενες περιοχές του δέρματος. Επιμόλυνση από αναερόβιους μικροοργανισμούς μπορεί να προκαλέσει πόνο και δύσοσμο εξίδρωμα. Λιγότερο συχνές επιπλοκές: εν τω βάθει εξελκώσεις, χρόνιες ουλωτικές βλάβες, φίμωση, λεμφοίδημα (ελεφαντίαση του πέους, του όσχεου, του αιδοίου), εκσεσημασμένη επιθηλιακή υπερπλασία που μακροσκοπικά προσομοιάζει με καρκίνωμα.^{10,29,31}

Κατανομή. Άνδρες: Ακροποσθία ή βάλανος, σώμα του πέους, όσχεο. Γυναίκες: Μικρά χείλη, όρος της Αφροδίτης, χαλινός της κλειτορίδας.^{17,20} Οι εξελκώσεις στην συνέχεια επεκτείνονται με απευθείας επέκταση ή με αυτοενοφθαλισμό στην βουβωνική χώρα και στο περίνεο. Εξωγεννητικές βλάβες εμφανίζονται στο στόμα, στα χείλη, στο φάρυγγα, στο πρόσωπο, στο πεπτικό σύστημα και στα οστά.^{28,29}

Παραλλαγές. Ελκοβλαστική μορφή. Αποτελεί εξέλιξη της οζώδους μορφής. Ευμεγέθη, επεκτεινόμενα, ογκώδη έλκη.^{28,29}

Οζώδης μορφή. Μαλακά, ερυθρά οζίδια, τα οποία τελικά εξελκώνονται με κοκκιώδη, ζυηρά ερυθρή βάση.¹⁷

Υπερτροφική μορφή. Υπερπλασική αντίδραση. Σχηματισμός μεγάλων βλαστικών μαζών.^{20,28,29}

Ουλωτική μορφή. Σχηματισμός ουλώδους ιστού που επεκτείνεται και συνδέεται με την επέκταση της λοίμωξης.^{23,35}

Όψιμες επιπλοκές. Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.³⁴

Γενική Εξέταση. Σύστοιχη λεμφαδενοπάθεια είναι σπάνια. Μεγάλο υποδόριο οζίδιο μπορεί να μιμείται διογκωμένο βουβωνικό λεμφαδένα.^{23,35}

10.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Έλκος / έλκη των γεννητικών οργάνων. Συφιλιδικό έλκος, μαλακό έλκος, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, φυματίωση του δέρματος, αμοιβάδωση του δέρματος, φιλαρίαση, ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.^{23,34,35}

Περιπρωκτικό υπερτροφικό βουβωνικό κοκκίωμα. Οξυτενή κονδυλώματα, πλατέα κονδυλώματα.^{20,25}

Διάγνωση. Κλινική διάγνωση, αφού αποκλειστούν άλλα αίτια ελκών των γεννητικών οργάνων και αφού αναγνωρισθεί ο μικροοργανισμός με την χρήση παρασκευάσματος εξ επαφής ή εκ συνθλίψεως υλικού που προέρχεται από βιοψία^{12,30}

10.5. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Καλλιέργεια. Ο μικροοργανισμός δεν μπορεί να καλλιεργηθεί στα συνήθη καλλιεργητικά μέσα.²⁵ Συχνά συμβαίνει μικροβιακή επιμόλυνση. Μπορεί να συνυπάρχουν και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.^{20,30}

Παρασκευάσματα εξ επαφής ή εκ συνθλίψεως. Υλικό punch βιοψίας χρωματισμένο με χρώση Wright ή Giemsa αναδεικνύει σωμάτια Donovan στο κυτταρόπλασμα των μακροφάγων.⁴ Οι κλινικές παραλλαγές διαφέρουν ως προς την ποσότητα των μικροοργανισμών.^{20,30}

Ιστοπαθολογία. Εκτεταμένη ακάνθωση και πυκνή διήθηση στο χόριο, κυρίως από πλασματοκύτταρα και ιστιοκύτταρα.²⁰ Μεγάλα μονοπύρνα

κύτταρα που περιέχουν κυτταροπλασματικά έγκλειστα (σωμάτια του Donovan), δηλ. *Calymmatobacterium granulomatis*, είναι παθογνωμονικά.^{12,34}

10.6. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Υπάρχει μικρή τάση για αυτόματη υποχώρηση. Μετά την θεραπεία με αντιβιοτικά, οι βλάβες συχνά επουλώνονται με υπομελάγχρωση του επαναεπιθηλιοποιημένου δέρματος. Υποτροπή μπορεί να συμβεί 6-18 μήνες αργότερα, παρά την αποτελεσματική αρχική θεραπεία.^{4,12}

10.7. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συνιστώμενα σχήματα

Η θεραπεία φαίνεται να ανακόπτει την προϊούσα καταστροφή των ιστών, αν και συχνά απαιτείται παρατεταμένη διάρκεια θεραπείας για να επιτευχθεί ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού και επανεπιθηλίωση των ελκών.

Τριμεθοπρίμη-

σουλφαμεθοξαζόλη Μια ταμπλέτα υψηλής ισχύος, δύο φορές την ημέρα, για τουλάχιστον 3 εβδομάδες

Δοξυκυκλίνη

100 mg, δύο φορές την ημέρα, για τουλάχιστον 3 εβδομάδες

Εναλλακτικά Σχήματα

Σουλφαμεθοξαζόλη

700 mg, δύο φορές την ημέρα, για τουλάχιστον 3 εβδομάδες

Ερυθρομυκίνη

500 mg από του στόματος, 4 φορές την ημέρα, για τουλάχιστον 3 εβδομάδες^{10,29,31}

Παρεντερική θεραπεία

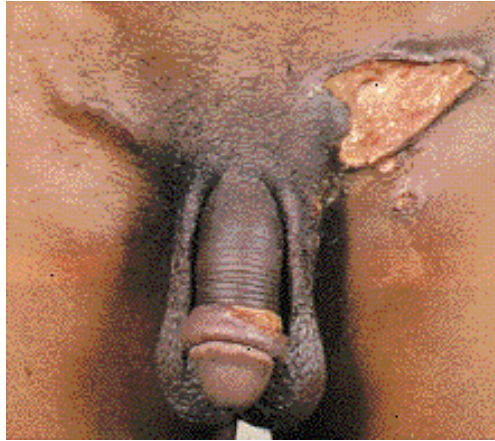
Αν οι βλάβες δεν ανταποκριθούν μέσα στις πρώτες λίγες μέρες της θεραπείας, θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο

Παρακολούθηση

προσθήκης μιας αμινογλυκοσίδης
(γενταμικίνη, 1 mg/kg IV κάθε 8 ώρες)

Οι ασθενείς θα πρέπει να
παρακολουθούνται κλινικά μέχρι την
αποδρομή συμπτωμάτων και σημείων²³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο
ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ
(LYMPHOGRANULOMA VENEREUM)



Έικονα 12. Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα
Πηγή :<http://www.thebody.gr>

Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα είναι ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα που προκαλείται από τα *Chlamydia trachomatis*. Το οξύ αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα στους ετεροφυλόφιλους άνδρες χαρακτηρίζεται από μια παροδική πρωτοπαθή βλάβη στα γεννητικά όργανα, που ακολουθείται από πολυεστιακή, διαπυητική επιχώριο λεμφαδενοπάθεια.²⁰ Οι γυναίκες, οι ομοφυλόφιλοι άνδρες και - περιστασιακά - οι ετεροφυλόφιλοι άνδρες μπορεί να αναπτύξουν αιμορραγική πρωκτίτιδα με επιχώριο λεμφαδενίτιδα. Μετά από λανθάνουσα περίοδο ετών, εμφανίζονται όψιμες επιπλοκές, όπως ελεφαντίαση των γεννητικών οργάνων λόγω προσβολής των λεμφαγγείων, στενώσεις, και συρίγγια στο πέος, την ουρήθρα και το ορθό.^{10,20,30}

Συνώνυμα: Βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα (*lymphogranuloma inguinale*).³⁰

11.1. Επιδημιολογία

Ηλικία έναρξης: Τρίτη δεκαετία, που είναι και η πιο ενεργή σεξουαλικά περίοδος της ζωής. ^{10,20}

Φύλο: Η οξεία λοίμωξη είναι πολύ συχνότερη στους ετεροφυλόφιλους άνδρες, εμφανιζόμενη ως βουβωνικό σύνδρομο. Στις γυναίκες και στους ομοφυλόφιλους άνδρες, το ορθοπρωκτογεννητικό σύνδρομο είναι συχνότερο.

Αιτιολογία. Chlamydia trachomatis, μολυσματικοί ορολογικοί τύπου (ανοσολογικοί τύποι) L1, L2, L3. Στις ΗΠΑ συνηθέστερος είναι ο L2. ^{10,20,30}

Μετάδοση. Τα C. trachomatis εντός του πυώδους εκκρίματος ενοφθαλμίζονται στο δέρμα ή στο βλεννογόνο του ερωτικού συντρόφου, όπου εισέρχονται μέσω μικροσκοπικών διαρρήξεων και εκδορών. ^{10,20,32}

Γεωγραφική κατανομή. Σποραδικό / σπάνιο στη Βόρεια Αμερική, την Ευρώπη, την Αυστραλία, αλλά και στο μεγαλύτερο μέρος της Ασίας και της Νοτίου Αμερικής. Ενδημεί στην Ανατολική και Δυτική Αφρική, στην Ινδία, σε τμήματα της Νοτιοανατολικής Ασίας, στη Νότιο Αμερική και στην Καραϊβική. ^{10,20,32}

11.2. Παθογένεια

Αρχικά, πρόκειται για λοίμωξη των λεμφαγγείων και των λεμφαδένων. Η λεμφαγγειίτιδα και η λεμφαδενίτιδα παρουσιάζονται στα λεμφαγγεία που παροχετεύουν την περιοχή ενοφθαλμισμού. Ακολουθεί περιλεμφαγγειίτιδα και περιαδενίτιδα.²⁰ Επίσης συμβαίνει νέκρωση και σχηματίζονται εντοπισμένα αποστήματα και συρίγγια. Καθώς η λοίμωξη υποχωρεί, η ίνωση αντικαθιστά την οξεία φλεγμονή, με αποτέλεσμα απόφραξη της λεμφικής παροχέτευσης, χρόνια οίδημα και στενώσεις. Η θέση ενοφθαλμισμού καθορίζει τους λεμφαδένες που θα προσβληθούν: πέος, πρόσθια ουρήθρα - επιπολής, εν τω βάθει βουβωνικοί. Οπίσθια ουρήθρα - εν τω βάθει λαγόνιοι, περιορθικοί. Αιδοίο - βουβωνικοί. Κόλπος, τράχηλος - εν τω βάθει λαγόνιοι, περιορθικοί, οπισθοβουβωνικοί, οσφυοϊεροί. Πρωκτός - βουβωνικοί. Ορθό - περιορθικοί, εν τω βάθει λαγόνιοι. ^{10,20,32}

Χρόνος επώασης. 3-12 ημέρες ή περισσότερο για το πρωτογενές στάδιο. 10 - 30 ημέρες (έως και 6 μήνες) για το δευτερογενές στάδιο. ^{4,12}

Ιστορικό ταξιδιού. Στη Βόρειο Αμερική και στην Ευρώπη, οι περισσότερες περιπτώσεις αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα εμφανίζονται σε ασθενείς που ταξίδεψαν στις ενδημικές περιοχές και ήταν εκεί σεξουαλικά δραστήριοι. ^{4,12,34}

Συμπτώματα

Πρωτογενές στάδιο

Το οξύ αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα συνήθως συνοδεύεται από συστηματικά συμπτώματα: πυρετός, ρίγη, κεφαλαλγία, μηνιγγισμός, ανορεξία, μυαλγίες, αρθραλγίες, λευκοκυττάρωση.^{12,23} Ανώδυνη ερπητόμορφη διάβρωση ή εξέλκωση στη θέση ενοφθαλμισμού παρατηρείται σε λιγότερο από το ένα τρίτο των ανδρών και σπάνια στις γυναίκες.^{4,30}

Δευτεροπαθές στάδιο

Βουβωνικό σύνδρομο. Συστηματικά συμπτώματα (πυρετός, κακουχία) που συνδυάζονται με διογκωμένους βουβωνικούς λεμφαδένες. Έντονο τοπικό άλγος στη βουβωνική χώρα. Άλγος στο υπογάστριο και στη ράχη.^{4,12,23}

Ορθοπρωκτογεννητικό σύνδρομο. Κνησμός του πρωκτού, έκκριμα του ορθού, πυρετός, άλγος στο ορθό, τεινεσμός, δυσκοιλιότητα, κόπρανα «δίκην μολυβιών», απώλεια βάρους.^{4,12,23}

11.3. Κλινική Εξέταση

Δερματικές βλάβες

Πρωτογενές στάδιο. Βλατίδα, αβαθής διάβρωση ή έλκος, ομάδα μικρών διαβρώσεων ή ελκών (ερπητόμορφη) ή μη ειδική ουρηθρίτιδα. Στους ετεροφυλόφιλους άνδρες, μπορεί να ακολουθήσει ταινιοειδής λεμφαγγειίτιδα της ράχης του πέους. Μπορεί να αναπτυχθεί λεμφαγγειακό οζίδιο.^{27,25} Τα οζίδια αυτά μπορεί να ραγούν, οδηγώντας σε συρίγγια της ουρήθρας και παραμορφωτικές ουλές του πέους. Στις γυναίκες, μπορεί να παρατηρηθεί τραχηλίτιδα, περιμητρίτιδα, σαλπινγίτιδα. Μετά από παθητική πρωκτική συνουσία, μπορεί να αναπτυχθεί πρωτοπαθής λοίμωξη του πρωκτού ή του ορθού.^{20,23,}

Κατανομή. Στη θέση ενοφθαλμισμού. Άνδρες: στεφανιαία αύλακα, χαλινός, ακροποσθία, πέος, ουρήθρα, βάλανος του πέους, όσχεο. Γυναίκες: οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου, χαλινός της κλειτορίδας, οπίσθιο χείλος του τραχήλου, αιδοίο. Όταν η πρωτοπαθής βλάβη εντοπίζεται ενδοουρηθρικά, εκδηλώνεται ως μη ειδική ουρηθρίτιδα με λεπτό, βλενοπυώδες έκκριμα.^{23,27}

Άλλα. Οζώδες ερύθημα στο 10% των περιπτώσεων. Ο πρωτοπαθής ενοφθαλμισμός στο στόμα ή στον φάρυγγα έχει ως αποτέλεσμα λεμφαδενίτιδα των υπογνάθιων ή των τραχηλικών λεμφαδένων.^{23,27,25}

Δευτερογενές στάδιο. Βουβωνικό σύνδρομο. Ετερόπλευρη διόγκωση των βουβωνικών λεμφαδένων στα δύο τρίτα των περιπτώσεων (η συνηθέστερη εκδήλωση). Εκσεσημασμένο οίδημα και ερύθημα του δέρματος που υπέρκειται των λεμφαδένων.²⁷ Το ένα τρίτο των διογκωμένων αδένων ρήγνυται - τα υπόλοιπα δύο τρίτα υποστρέφουν βραδέως. «Σημείο της αύλακας»: φλεγμονώδης μάζα των βουβωνικών και μηριαίων λεμφαδένων που διαχωρίζεται από εντύπωμα ή αύλακα που δημιουργείται από τον Πουπάρτειο σύνδεσμο. 75% των περιπτώσεων παρουσιάζουν προσβολή των εν τω βάθει λαγόνιων λεμφαδένων με πυελική μάζα, η οποία σπάνια διαπυείται.^{12,20,23}

Ορθοπρωκτογεννητικό σύνδρομο. Συνδέεται με παθητική πρωκτική σεξουαλική επαφή, πρωκτοκολίτιδα, υπερπλασία των εντερικών και των περιπρωκτικών λεμφαδένων, με αποτέλεσμα περιπρωκτικά αποστήματα, ισχιορθικά και ορθοκολπικά πρωκτικά συρίγγια, στενώσεις του ορθού. Η υπερανάπτυξη του λεμφικού ιστού οδηγεί σε λεμφορροΐδες (που μοιάζουν με τις αιμορροΐδες) ή περιπρωκτικά κονδυλώματα.^{23,34}

Αισθιομήνη. Ελεφαντίαση των γεννητικών οργάνων, συνήθως των γυναικών, που μπορεί να εξελκωθεί και εμφανίζεται 1 έως 20 χρόνια μετά την πρωτογενή λοίμωξη.^{10,20,32}

Γενική Εξέταση

Ορθοπρωκτογεννητικό Σύνδρομο. Ευαισθησία του υπογάστριου, πάχυνση του πυελικού παχέος εντέρου, διογκωμένοι περιορθικοί λεμφαδένες²⁷.

11.4. Διαφορική Διάγνωση

Πρωτογενές στάδιο. Έρπης των γεννητικών οργάνων, πρωτογενής σύφιλη, μαλακό έλκος.^{25,30}

Βουβωνικό σύνδρομο. Περισφυγμένη βουβωνοκήλη, βουβωνική πανώλη, τουλαραιμία, φυματίωση, έρπης των γεννητικών οργάνων, σύφιλη, μαλακό έλκος, νόσος του Hodgkin.^{25,30}

Ορθοπρωκτογεννητικό σύνδρομο. Στένωση του ορθού εξαιτίας καρκίνου του ορθού, τραύμα, ακτινομυκητίαση, φυματίωση, σχιστοσωμίαση.³²

Αισθιομήνη. Φιλαρίαση, μυκητίαση.

Διάγνωση Γίνεται με την άμεση δοκιμασία φθορίζοντων αντισωμάτων, τις ορολογικές δοκιμασίες και με τον αποκλεισμό άλλων αιτίων βουβωνικής λεμφαδενοπάθειας ή ελκών των γεννητικών οργάνων.^{32,34}

11.5. Εργαστηριακές Εξετάσεις

Ανίχνευση των *C. trachomatis*

PCR. Η περισσότερο ειδική και ευαίσθητη.²⁵

Καλλιέργεια. Το *C. trachomatis* μπορεί να καλλιεργηθεί σε ιστική καλλιέργεια κυτταρικών σειρών στο 60-80% των περιπτώσεων.²⁵

Άμεσος ανοσοφθορισμός με φθορίζοντα αντισώματα. Εξέταση εξιδρώματος για αντιγόνα.^{25,30}

Αντισώματα έναντι των *C. trachomatis*. Δοκιμασία ELISA 60-80% ειδική και ευαίσθητη, 97-99% σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.

DNA-RNA υβριδισμός. Εξίσου ειδικός και ευαίσθητος με την ELISA. Η ανίχνευση χλαμυδιακού DNA στα ούρα είναι διαγνωστική.^{25,30}

Δοκιμασία δέσμμευσης του συμπληρώματος. Το οξύ ΑΛ συνήθως έχει τίτλο $\geq 1:64$. Η δοκιμασία μικροανοσοφθορισμού είναι η πιο ειδική και ευαίσθητη δοκιμασία, που αναγνωρίζει τον ορολογικό τύπο που προκαλεί την λοίμωξη.^{25,32}

Απεικονιστικές μέθοδοι. Η μαγνητική τομογραφία (MRI) μπορεί να αναδείξει εκτεταμένη λεμφαδενοπάθεια της πυέλου σε γυναίκες και ομοφυλόφιλους άνδρες.^{23,25,27}

Ιστοπαθολογία. Δεν είναι παθογνωμονική. Πρωτογενές στάδιο: μικρά αστεροειδή αποστήματα που περιβάλλονται από ιστιοκύτταρα, διατεταγμένα σαν «φράκτης από πασσάλους». Όψιμο στάδιο: ακάνθωση της επιδερμίδας / θηλωμάτωση. Το χόριο είναι οιδηματώδες. Τα λεμφαγγεία είναι διατεταμένα με ίνωση και με διήθηση από λεμφοπλασματοκύτταρα.^{23,25,27}

11.6. Πορεία και Πρόγνωση

Η φυσική ιστορία της νόσου ποικίλλει πάρα πολύ. Επιπλοκές της ορθοπρωκτικής λοίμωξης, αν δεν χορηγηθεί θεραπεία: περιοριστικό απόστημα. Συρίγγιο του πρωκτού. Ορθοκολπικό, ορθοκυστικό και ισχιοορθικό συρίγγιο. Η μικροβιακή επιλοίμωξη συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Μια όψιμη επιπλοκή είναι η στένωση του ορθού. Η αυτόματη υποχώρηση είναι συχνή.^{12,20,32}

11.7. Αντιμετώπιση

Αντιμικροβιακή θεραπεία. Θεραπεύει την λοίμωξη και προλαμβάνει την προϊούσα ιστική καταστροφή, παρότι η ιστική αντίδραση μπορεί να οδηγήσει σε ουλοποίηση.^{23,25,27}

Συνιστώμενο σχήμα

Δοξυκυκλίνη. 100 mg, από του στόματος, 2 φορές την ημέρα, για 21 ημέρες.^{12,32}

Εναλλακτικά σχήματα

Ερυθρομυκίνη. 500 mg, από του στόματος, 4 φορές την ημέρα, για 21 ημέρες²⁰.

Σουλφισοξαζόλη. 500 mg, από του στόματος, 4 φορές την ημέρα, για 21 ημέρες ή ισοδύναμο σχήμα με σουλφοναμίδη.^{25,30}

Χειρουργική αντιμετώπιση. Οι διογκωμένοι βουβωνικοί λεμφαδένες μπορεί να απαιτήσουν διαδερμική αναρρόφηση ή χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση.^{25,27}

Παρακολούθηση. Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται κλινικά έως ότου υποχωρήσουν τα συμπτώματα και τα σημεία.²⁷

Αντιμετώπιση των ερωτικών συντρόφων. Οι ερωτικοί σύντροφοι θα πρέπει να παραπέμπονται για εξέταση και θεραπεία.²⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β



Εικόνα 13. Κίρρωση ήπατος από ηπατίτιδα Β

Πηγή : <http://www.uoa.gr>

Η ηπατίτιδα Β έχει παγκόσμια διασπορά. Η μόλυνση του πληθυσμού από τον ιό σε κάποιο στάδιο της ζωής ανέρχεται στα 2 δισεκατομμύρια και από αυτούς 350 εκατομμύρια περίπου είναι χρόνιοι φορείς. Ένα μέρος των φορέων μπορεί να αναπτύξει χρόνια ηπατίτιδα με εξέλιξη προς κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Ο ιός Β είναι DNA ιός διαμέτρου 42 nm. Αποτελείται από εξωτερικό περίβλημα το οποίο περιέχει το επιφανειακό αντιγόνο του ιού (HBsAg) και το πυρηνοκαψίδιο, που εκφράζει το αντιγόνο του πυρήνα (HBcAg) και το αντιγόνο (HBeAg) που περιέχει το DNA του ιού και τη DNA πολυμεράση. Πολλαπλασιάζεται στο ήπαρ. Ο ιός και μικρά σφαιρικά και κυλινδρικά σωματίδια, τα οποία προέρχονται από το περίβλημα και έχουν μόνο αντιγονικές ιδιότητες, κυκλοφορούν στο αίμα^{1,2,6}

Πίνακας 5. Δείκτες ηπατίτιδας Β (HBV)	
HBsAg	Οξεία ηπατίτιδα ή χρόνιος φορέας
IgM anti-HBc	Οξεία ηπατίτιδα
IgG anti-HBc	Παλαιά λοίμωξη με αρνητικό HBsAg Χρόνια λοίμωξη με θετικό HBsAg
anti-HBs	Ανοσία στον ιό
HBeAg	Οξεία ηπατίτιδα, παραμονή - συνέχιση ενεργού λοίμωξης
anti-HBe	Χρόνια λοίμωξη, μη μολυσματικότητα
HBV-DNA	Πολλαπλασιασμός του ιού, μολυσματικότητα

Πηγή : Χατζηγιάννης Στ., Ηπατίτιδες Β-С, 2003

12.1. Επιδημιολογία

Η συχνότητα της νόσου ποικίλλει από το ένα μέρος του κόσμου στο άλλο, είναι χαμηλή στις ανεπτυγμένες χώρες της βόρειου Ευρώπης και τις ΗΠΑ ενώ φτάνει στο 10-15% στην Αφρική, Μέση και Άπω Ανατολή.^{2,6} Οι χρόνιοι φορείς (HBsAg) στους αιμοδότες στις διάφορες χώρες κυμαίνονται από 0,1% μέχρι 15%. Σε απομονωμένες κοινότητες τα ποσοστά είναι πολύ υψηλά, όπως στους Εσκιμώους της Αλάσκας (45%) και τους γηγενείς Αυστραλούς (85%) (Πίν. 6).^{1,36,37}

Πίνακας 6. Υγιείς φορείς του HBsAg σε πληθυσμό αιμοδοτών (εκατοστιαία ανολογία)	
Σκανδιναβία	0,1
Μ. Βρετανία	0,1
ΗΠΑ	0,1
Ολλανδία	0,2
Ελβετία	0,2
Βέλγιο	0,5
Γαλλία	0,5
Ισπανία	2,0
Ν. Ιταλία	3,0
Ιαπωνία	3,0
Ελλάδα	3,0
Ν. Αφρική	11,3
Σιγκαπούρη	15,0
Χονγκ Κονγκ	15,0

Πηγή: Marschall S. Runge, M. Andrew Gireganti, Παθολογία II,

Ο ιός μεταδίδεται με το αίμα και τα σωματικά υγρά. Τα επίπεδα του ιού στο αίμα είναι πολύ υψηλότερα, 100 έως 1000 φορές, σε σύγκριση με τις

άλλες εκκρίσεις του σώματος. Έχει αποδειχθεί ότι το σπέρμα και ο σίελος είναι μολυσματικά. Για τα ούρα, τις κολπικές εκκρίσεις, το μητρικό γάλα και τα δάκρυα, αν και ανευρίσκεται ιός, δεν έχει αποδειχθεί η μολυσματικότητά τους. Η σεξουαλική μετάδοση είναι ιδιαίτερα υψηλή. Επίσης αυξημένος είναι ο κίνδυνος στις περιπτώσεις που υπάρχει φορέας του ιού Β μέσα στην οικογένεια. Η κοινή χρήση αντικειμένων, όπως ξυραφάκια ξυρίσματος και οδοντόβουρτσες από άτομα της οικογένειας μπορεί να είναι αιτία μετάδοσης του ιού.^{21,36}

Στη χώρα μας η ενδοοικογενειακή μετάδοση είναι αρκετά υψηλή. Η μετάδοση μεταξύ συζύγων φτάνει στο 80% και στα παιδιά από τη μητέρα και τον πατέρα στο 65% και 42% αντίστοιχα. Η συχνότητα θετικού HBsAg μέσα στην ελληνική οικογένεια είναι πολύ ψηλότερη από την αντίστοιχη του γενικού πληθυσμού (13%) (Πίν. 7)^{2,6,21,37}

Πίνακας 7. Μετάδοση του ιού Β στην ελληνική οικογένεια	
Μέλη οικογενειών	Γενικός Πληθυσμός
Σύζυγοι	80%
Παιδιά	
Φορέας η μητέρα	65%
Φορέας ο πατέρας	42%
Δείκτες στην ελληνική οικογένεια	
HBsAg	3%
anti-HBs	32%
anti-HBc	45%

Πηγή: Marschall S. Runge, M. Andrew Gireganti, Παθολογία Ι

Η μη χρήση βελονών μιας χρήσης στο βελονισμό, τα διάφορα τατουάζ, το τρύπημα των αυτιών ή το τρύπημα του προσωπικού των νοσηλευτικών μονάδων με βελόνες που χρησιμοποιήθηκαν στη νοσηλεία ατόμων φορέων του ιού Β, αποτελούν αιτία μετάδοσης της ηπατίτιδας Β. Η χρησιμοποίηση της ίδιας βελόνης από άτομα που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών είναι αιτία διασποράς του ιού στην ομάδα αυτή. Τα τσιμπήματα κουνουπιών και κοριών είναι πιθανός τρόπος μετάδοσης του ιού Β, ιδιαίτερα στις τροπικές

περιοχές. Οι μεταγγίσεις αίματος και προϊόντων αίματος εξακολουθούν να είναι αιτία μετάδοσης της νόσου στις χώρες που δεν γίνεται έλεγχος του HBsAg πριν από τις μεταγγίσεις. Η μετάδοση του ιού B στις περιοχές με υψηλά ποσοστά φορέων γίνεται κυρίως κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία είτε από μητέρα φορέα κατά τη διάρκεια του τοκετού, ιδιαίτερα αν είναι θετική στο HBeAg, είτε αργότερα μεταξύ των παιδιών. Στις περιοχές με χαμηλό ποσοστό φορέων, η μετάδοση γίνεται συνήθως σεξουαλικά ή παρεντερικά. Οι ομάδες υψηλού κινδύνου μόλυνσης από τον ιό B φαίνονται στον πίνακα 8.

Πίνακας 8. Ομάδες υψηλού κινδύνου μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας B
Χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών
Νεογνά HBsAg - θετικών μητέρων
Άτομα που ζουν σε περιβάλλον φορέα (οικογένεια)
Σεξουαλικοί σύντροφοι φορέων του ιού B
Ομοφυλόφιλοι και ελευθερίων ηθών ετεροφυλόφιλοι
Αιμοροφιλικοί
Ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση
Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση
Εργαζόμενοι σε υγειονομικά και παραϊατρικά επαγγέλματα
Οδοντίατροι
Προσωπικό φυλακών
Προσωπικό ιδρυμάτων που περιθάλπουν ασθενείς με χρόνιες παθήσεις

Πηγή: Marschall S. Runge, M. Andrew Gireganti, Παθολογία II,

12.2. Κλινική Εικόνα

Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 30-90 ημέρες, αλλά μπορεί να φτάσει και τις 180 ημέρες. Η ανικτερική μορφή είναι η πλέον συχνή, είναι υποκλινική και σε μεγάλο ποσοστό μεταπίπτει σε χρονιότητα.³⁵ Παρουσιάζει και ικτερική μορφή που υποχωρεί πλήρως μέσα σε 2-3 μήνες, συνήθως χωρίς μετάπτωση σε χρονιότητα. Οι αρθρίτιδες και τα δερματικά εξανθήματα είναι συχνά. Η μετάπτωση σε χρονιότητα φτάνει στο 10% στους ενήλικες και στα νεογνά στο 90%. Η κάθαρση του HBsAg γίνεται μέσα στους πρώτους 6 μήνες. Η παραμονή του HBsAg πέραν των 6 μηνών σημαίνει χρονιότητα είτε με τη μορφή υγιούς φορέα είτε ως χρόνια ηπατίτιδα.^{1,2,36,37}

12.3. Εργαστηριακή Έρευνα

Ο βιοχημικός και αιματολογικός έλεγχος είναι παρόμοιος με αυτόν της Α ηπατίτιδας. Οι δείκτες του ιού Β που εμφανίζονται πρώτοι στον ορό είναι το HBsAg και το HBeAg και στη συνέχεια εμφανίζεται το IgM anti-HBc.²¹ Τα επίπεδα του HBsAg φτάνουν στο μέγιστο ταυτόχρονα με τις τρανσαμινάσες και συμπίπτουν με την έναρξη του ικτέρου. Πρώτο εξαφανίζεται το HBeAg και σε 1-2 εβδομάδες εμφανίζεται το anti-Hbe. Στη συνέχεια μειώνεται το IgM anti-HBc και ανιχνεύεται το IgG anti-HBc. Το anti-HBs εμφανίζεται αργότερα, μετά την εξαφάνιση του HBsAg και σημαίνει ανοσία.^{1,36,37}

12.4. Πρόγνωση

Η πρόγνωση της Β ηπατίτιδας εξαρτάται από τη μορφή (ικτερική ή ανικτερική). Η ικτερική μορφή συνήθως υποχωρεί και αφήνει ανοσία. Ένα ποσοστό 10% αδυνατεί να καθαρίσει το HBsAg, με αποτέλεσμα να μεταπέσει σε χρονιότητα.^{2,21} Η ανικτερική μορφή, υποκλινική τις περισσότερες φορές, σε αρκετούς ασθενείς μεταπίπτει σε χρονιότητα, είτε με τη μορφή του υγιούς φορέα είτε ως χρόνια ηπατίτιδα, με εξέλιξη σε κίρρωση ή και ηπατοκυτταρικό καρκίνο.^{34,36,37}

12.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της οξείας ηπατίτιδας Β είναι συμπτωματική. Χρησιμοποιούνται διάφοροι τύποι ιντερφερόνης.²¹

Οι δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης στην ηπατίτιδα Β έχουν βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β γίνεται σήμερα με φάρμακα που βοηθούν το ανοσοποιητικό σύστημα στη μάχη του εναντίον του ιού (υποδόριες ενέσεις ιντερφερόνης άλφα) ή με φάρμακα που εμποδίζουν τον πολλαπλασιασμό του ιού (χάπια λαμιβουδίνης). Συχνά τα φάρμακα δεν εκριζώνουν τον ιό, αλλά καθυστερούν την εξέλιξη της ηπατικής νόσου αναστέλλοντας την ανάπτυξη κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Πιθανολογείται ότι στο άμεσο μέλλον οι συνδυασμοί φαρμάκων θα βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Οι χρόνιοι φορείς του ιού της ηπατίτιδας Β δεν έχουν ανάγκη και δεν ωφελούνται από τη θεραπεία. Η ανάγκη χορήγησης θεραπείας σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β πρέπει να αποφασίζεται κατά περίπτωση και η θεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται από γιατρούς με εμπειρία στα νοσήματα αυτά.

12.6. ΠΡΟΛΗΨΗ

Η υπεράνοση γ-σφαιρίνη δίνεται για παθητική ανοσοποίηση σε άτομα τα οποία τρυπήθηκαν με βελόνη που έχει χρησιμοποιηθεί σε θετικούς ασθενείς, σε άτομα που είχαν σεξουαλική επαφή με φορέα του ιού Β και σε παιδιά που γεννιούνται από φορέα μητέρα. Η χορήγηση γίνεται το ταχύτερο δυνατόν, μέσα σε ώρες από τη μόλυνση.² Ο εμβολιασμός καλό είναι να αρχίζει ταυτόχρονα με την υπεράνοση γ-σφαιρίνη.^{21,36,37}

12.6.1. Εμβολιασμός

Εμβόλια αποτελεσματικά μέχρι 95% παράγονται είτε από ορό φορέων μετά από επεξεργασία, είτε ανασυνδυασμένα. Είναι ασφαλή και χορηγούνται ενδομυϊκώς σε τρεις δόσεις σε χρόνο 1 μετά 1 μήνα και σε 6 μήνες.¹ Η προστασία είναι μικρά και εξαρτάται από τους τίτλους των αντισωμάτων. Πιθανόν σε ορισμένες περιπτώσεις να χρειασθεί αναμνηστική δόση μετά από 5-7 χρόνια. Προς το παρόν καθολικός εμβολιασμός συνιστάται σε χώρες με ψηλό ποσοστό φορέων. Στις χώρες με μέτρια επίπεδα φορέων, όπως η χώρα μας, συνιστάται στη βρεφική και νεαρή ηλικία μέχρι 25 ετών και στις χώρες με χαμηλά επίπεδα φορέων συνιστάται στις ομάδες υψηλού κινδύνου.^{21,36,37}

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι σύνολο νοσημάτων που μεταδίδονται κυρίως από τον/την σεξουαλικό σύντροφο και κατατάσσονται στην κατηγορία των «νοσημάτων της συμπεριφοράς». Περίπου 250 εκατομμύρια περιπτώσεις σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων αναφέρονται κάθε χρόνο. Αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες στειρότητας, νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τα περισσότερα από τα νοσήματα αυτά, μπορούν να μεταδοθούν, εκτός από τη σεξουαλική επαφή, από τη μητέρα στο έμβryo, με την έκθεση στο αίμα ή παράγωγά του, ή με μολυσμένες σύριγγες και βελόνες. Ωστόσο, δεν υπάρχει κίνδυνος μεταδόσεώς τους, με τις συνηθισμένες κοινωνικές επαφές, όπως δεν υπάρχει σημαντικός κίνδυνος μετάδοσής τους με το τσίμπημα των κουνουπιών.

Για την πρόληψη αυτών των νοσημάτων χρειάζεται ενημέρωση από εξειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό όπως οι Νοσηλευτές. Οι Νοσηλευτές με ομιλίες σε σχολεία, δήμους, κοινότητες, Κέντρα Υγείας, μπορούν να ενημερώσουν σωστά και υπεύθυνα το κοινό έτσι ώστε να προφυλάσσονται από την μετάδοση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και να μειωθούν οι επιπτώσεις που προκαλούν στην Ελληνική Κοινωνία.

Ο ρόλος τους όμως δεν σταματά εδώ, γιατί οι Νοσηλευτές, είναι υπεύθυνοι και για την περίθαλψη των ασθενών από τα συγκεκριμένα νοσήματα, είτε αυτοί νοσηλεύονται στο νοσοκομείο είτε είναι εξωτερικοί ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπαδημητρίου Μ., Εσωτερική Παθολογία, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2004
2. Δετοράκης Ιωάννης, Αγωγή Υγείας - Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, Τ.Ε.Ι. Πατρών , Πάτρα
3. Marschall S. Runge, M. Andrew Gireganti, Παθολογία II, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2006
4. Κρεατσά Γ., Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 1998
5. Fitzpatrick Thomas. Richard Johnson, Klaus Wolff. Dick Suurmond,.Κλινική Δερματολογία II, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003
6. Καλογερόπουλος Α., Γυναικολογία, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1996
7. Harrison T.R., Εσωτερική Παθολογία, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2001
8. <http://www.care.gr>
9. Στρατηγού Ι., Αφροδισιολογία (Σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις και δερματοπάθειες των γεννητικών οργάνων), εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα, 2004.
10. Εφηβική Γυναικολογία Αναπαραγωγής και Εμμηνόπαυσης, Απρίλιος – Ιούνιος 2007, τόμος 19 , τεύχος 2
11. Μπόντης Ν., Βασικές γνώσεις Μαιευτικής και Γυναικολογίας, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2002
12. <http://www.ancology.gr>
13. Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογία Αφροδισιολογίας. Σύγχρονη Θεώρηση της HIV-λοίμωξης AIDS. Τεύχος 1
14. Μανταλενάκης Ι. Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1996
15. <http://www.gyn.gr>
16. <http://www.iatronet.gr>
17. Ιωακίμης Π., Μαιευτική και Γυναικολογία, εκδόσεις Κυριακίδης, Θεσσαλονίκη, 1999

18. Παπαλουκάς Χ.Α. Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1985
19. Imart/Callander G., Γυναικολογία, εκδόσεις Γιαννακόπουλος, Αθήνα, 1993
20. <http://womanshealth.gr>
21. Καπετανάκη Ι. Δερματολογία – Αφροδοσιολογία, εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 1971
22. Φραγκίσκος Ι. Χανιώτης Δημήτριος Ι. Χανιώτης . Νοσολογία Παθολογία, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2002
23. Berenson Abbey, Obstetrics and Gynecology, clinics of North America, 2000
24. Κασιμάτης Β., Αφροδίσια, Σεξουαλικά νοσήματα, εκδόσεις ΙΩΛΚΟΣ, Αθήνα, 1991
25. <http://www.thebody.com>
26. Παπαευαγγέλου Γ., Φαρμάκη . Πρόληψη και έλεγχος λοιμωδών νοσημάτων, εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα, 1998
27. Novak's, Γυναικολογία, εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2001
28. Κατσάμπας Α., Δερματολογία – Αφροδοσιολογία, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 1999
29. <http://www.missinglink.usel.edu>
30. <http://www.keel.org.gr>
31. <http://www.health.eportal.gr>
32. <http://www.iatrikionline.gr>
33. <http://www.evrytanika.gr>
34. Σαρόγλου Γ., AIDS Διάγνωση και Θεραπεία, εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2002
35. <http://health.in.gr>
36. <http://www.uoa.gr>
37. Χατζηγιάννης Στ., Ηπατίτιδες Β-С , εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003

