

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΗ
ΓΥΝΑΙΚΑ: ΣΥΦΙΛΗ ΚΑΙ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ M.Sc

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

∅	Πρόλογος	6
∅	Εισαγωγή	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Ανατομία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας

1.1	Εξωτερικά γεννητικά όργανα	8
1.2	Έσω γεννητικά όργανα	12
1.3	Άλλα όργανα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας

2.1	Αναπαραγωγικός κύκλος της γυναίκας	18
2.2	Ορμονικό σύστημα της γυναίκας	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : Σύφιλη

3.1	Ορισμός σπειροχαιτών	22
3.2	Ορισμός ωχράς σπειροχαίτης (Treponema Pallidum)	22
3.3	Ιστορική ανασκόπηση της σύφιλης	22

3.4 Επιδημιολογικά στοιχεία της σύφιλης	24
3.5 Βασικά χαρακτηριστικά σπειροχαιτών	25
3.6 Βασικά χαρακτηριστικά του γένους <i>Treponema</i>	26
3.7 Τρεπονηματικές λοιμώξεις	26
3.8 Παθογένεια σύφιλης	27
3.9 Στάδια σύφιλης	28
3.10 Άλλες μορφές σύφιλης	30
3.11 Ανθεκτικότητα ωχράς σπειροχαΐτης	33
3.12 Αντισώματα στη σύφιλη	33
3.13 Ιστολογικές αλλοιώσεις κατά τη σύφιλη	34
3.14 Κλινικές εκδηλώσεις της σύφιλης	35
3.15 Τρόποι μετάδοσης της σύφιλης	36
3.16 Διαγνωστικές μέθοδοι	37
3.17 Αίτια ψευδών θετικών αντιδράσεων	43
3.18 Θεραπευτική αντιμετώπιση της σύφιλης	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: : Ιός ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus)

4.1 Ορισμός του ιού των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV)	45
4.2 Ιστορική ανασκόπηση του ιού HPV	45
4.3 Επιδημιολογικά στοιχεία της HPV λοίμωξης και συσχέτιση της με τον καρκίνο τράχηλο	47

4.4 Σύνδεση της HPV λοίμωξης με τον καρκίνο του τραχήλου	49
4.5 Κονδυλώματα και HPV λοίμωξη	50
4.6 Μορφές του ιού HPV	51
4.7 Τυποποίηση του ιού HPV	52
4.8 Παθογένεια του ιού HPV	53
4.9 Γενετικό υλικό HPV και μηχανισμός μόλυνσης από τον HPV ιό	53
4.10 Κλινική – Υποκλινική νόσος. Λανθάνουσα μόλυνση από τον HPV ιό	54
4.11 Κλινική εικόνα της HPV λοίμωξης	55
4.12 Τρόποι μετάδοσης του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων	55
4.13 Διαγνωστικές μέθοδοι	56
4.14 Θεραπευτική αντιμετώπιση του HPV	57
4.14.1 Μέθοδοι θεραπείας κατά των αλλοιώσεων στον τράχηλο της μήτρας	57
4.14.2 Μέθοδοι θεραπείας των οξυτενών κονδυλωμάτων	58
4.15 Γεγονότα που οδηγούν σε κακοήγη εξέλιξη	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Νοσηλευτική παρέμβαση

5.1 Ο ρόλος των νοσηλευτών-τριών στη φροντίδα ασθενών με σύφιλη	65
5.2 Ο ρόλος των νοσηλευτών-τριών στη φροντίδα ασθενών με κονδυλώματα	70
5.3 Ο ρόλος των νοσηλευτών-τριών στη πρόληψη της σύφιλης και των κονδυλωμάτων	73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: Νοσηλευτική διεργασία

6.1 Α' περιστατικό	75
6.2 Β' περιστατικό	79
∅ Βιβλιογραφία	83

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην εργασία αυτή γίνεται προσπάθεια προσέγγισης της λοίμωξης του βακτηρίου της ωχράς σπειροχαίτης και του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων από την πλευρά της Νοσηλευτικής Επιστήμης, η οποία κατέχει σημαντικό ρόλο τόσο για τη σχέση των επαγγελματιών με τους ασθενείς όσο και για τη συμβολή της στην πρόληψη και την αντιμετώπισή.

Η νοσηλευτική φροντίδα των ατόμων που έχουν προσβληθεί από τον ιό HPV όσο και αυτών που έχουν προβληθεί από τη νόσο σύφιλη είναι από τα σπουδαιότερα καθήκοντα του νοσηλευτή. Αυτό συμβαίνει διότι ο νοσηλευτής-τρια δεν αναλαμβάνει μόνο τις νοσηλευτικές πράξεις – παρεμβάσεις, αλλά αναλαμβάνει την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και τη διδασκαλία των ασθενών σε όσα τους απασχολούν σχετικά με το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν.

ΕΙΓΑΓΩΓΗ

Στην Ελλάδα η σύφιλη θεωρείται σπάνιο νόσημα, αλλά η έξαρση της ασθένειας παγκοσμίως, πιστεύεται ότι θα επηρεάσει τη συχνότητα και μέσα στα ελληνικά σύνορα. Τα κονδυλώματα αποτελούν μια από τις πιο διαδεδομένες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες της εποχής.

Η σύφιλη όπως και τα κονδυλώματα προσβάλλουν και τους άντρες και τις γυναίκες, όμως η επίπτωση που έχει ο ιός των ανθρώπινων κονδυλωμάτων στην υγεία της γυναίκας είναι ιδιαίτερα σημαντική κυρίως όταν εκείνη προσβληθεί από τους τύπους υψηλού κινδύνου.

Σκοπός της εργασίας είναι να αναφερθούν οι κλινικές εκδηλώσεις, οι τρόποι μετάδοσης, οι διαγνωστικές μέθοδοι, τα συμπτώματα, τα στάδια και η θεραπευτική αντιμετώπιση της σύφιλης καθώς, επίσης, και οι τύποι και οι μορφές του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων, τα συμπτώματα των κονδυλωμάτων, οι διαγνωστικές εξετάσεις τόσο για την πρόληψη όσο και για τη διάγνωση της ασθένειας καθώς, και η θεραπεία που θα πρέπει να ακολουθήσουν σε περίπτωση μόλυνσης από τον ιό.

Φυσικά δεν είναι δυνατόν να παραληφθεί ο σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή που πραγματεύεται τη συμβολή του στη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόληψη και την ενημέρωση των ασθενών. Ακόμα, μέσα από τη Νοσηλευτική Διεργασία τονίζεται ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να σχεδιάζεται, να διαμορφώνεται η νοσηλευτική φροντίδα, ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη.

Στόχος της εργασίας είναι να κατανοήσει ο αναγνώστης την παροχή αυτής της ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών, προσφέροντας όλα τα βασικά στοιχεία που θα την βοηθήσουν στην κατανόηση του θέματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από ένα σύνολο οργάνων, όπου η ομαλή και συντονισμένη λειτουργία τους αποβλέπει στην εξυπηρέτηση της αναπαραγωγής (Αντσακλής, 2011). Τα όργανα που αποτελούν το γεννητικό σύστημα της γυναίκας τα διακρίνουμε σε εξωτερικά και εσωτερικά. Όριο μεταξύ αυτών είναι ο παρθενικός υμένας (Παπανικολάου, 1994). Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούνται από το αιδοίο και τα εσωτερικά από τον κόλπο ή κολεό, τη μήτρα, τις σάλπιγγες ή ωαγωγούς και τις ωοθήκες (Αντσακλής, 2011).

1.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Τα εξωτερικά γυναικεία γεννητικά όργανα ή αιδοίο εκτείνονται από το όρος της Αφροδίτης έως το άνοιγμα του πρωκτού (Ignatavicius & Workman, 2008). Το αιδοίο έχει σχήμα τριγωνικό με τη βάση του στην ηβική πτυχή, τις πλευρές του στις αιδοιομηρικές πτυχές και την κορυφή του στο κέντρο του περιναίου. Στη μέση εμφανίζει κάθετη σχισμή, την αιδοϊκή. Το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κόλπου, το περίνεο, τους βολβούς του προδόμου, τους βαρθολίνειους αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες (Παπανικολάου, 1994).

Εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης

Εφήβαιο ονομάζεται το τριγωνικό έπαρμα του δέρματος, που βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση και ορίζεται προς τα πλάγια από την αιδοιομηρική αύλακα, προς τα πάνω από την ηβική πτυχή και προς τα κάτω από τα μεγάλα χείλη του αιδοίου, που αποτελούν τη συνέχεια αυτού. Ο υποδόριος ιστός του είναι πλούσιος σε λίπος σχηματίζοντας έτσι ένα νοητό όρος (Αντσακλής, 2011). Η μάζα λίπους καλύπτει και προστατεύει την ηβική σύμφυση κατά τη διάρκεια της συνουσίας (Ignatavicius & Workman, 2008). Το δέρμα του εφηβαίου περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες (Παπανικολάου, 1994).

Μεγάλα χείλη

Τα μεγάλα χείλη είναι δύο κάθετες πτυχές λιπώδους ιστού (Ignatavicius & Workman, 2008). Προς τα εμπρός ενώνονται και σχηματίζουν τον πρόσθιο σύνδεσμο και προς τα πίσω ενώνονται και σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμο. Η κατάληξή τους είναι το περίναιο (Παπανικολάου, 1994). Το μέγεθος των μεγάλων χειλέων ποικίλλει και εξαρτάται από το ποσό του υπάρχοντος λιπώδους ιστού (Ignatavicius & Workman, 2008). Οι εξωτερικές τους επιφάνειες καλύπτονται από τρίχωμα που αποτελεί τη συνέχεια του τριχώματος του εφηβαίου. Οι εσωτερικές επιφάνειες τους άτριχες, έχουν χρώμα ρόδινο και μοιάζουν με βλεννογόνο. Το δέρμα των μεγάλων χειλέων είναι πλούσιο σε μελαγχρωστική και περιέχει ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και ειδικούς αποκρινείς αδένες (Παπανικολάου, 1994). Τα χείλη γίνονται εμφανή κατά τη διάρκεια της εφηβείας και αναπτύσσουν τριχοφυΐα στις εξωτερικές επιφάνειες. Τα μεγάλα χείλη προστατεύουν τις εσωτερικές δομές του αιδοίου και εντείνουν τη σεξουαλική διέγερση (Ignatavicius & Workman, 2008). Τέλος, μέσα στο λιπώδη ιστό τους καταλήγουν ίνες των στρογγυλών συνδέσμων της μήτρας (Παπανικολάου, 1994).

Μικρά χείλη

Τα μεγάλα χείλη περιβάλλουν δύο λεπτότερες, κάθετες πτυχές ερυθρού επιθηλίου που ονομάζονται μικρά χείλη (Ignatavicius & Workman, 2008). Το δέρμα των μικρών χειλέων δε καλύπτεται από τρίχωμα, περιέχει μελαγχρωστική, σμηγματογόνους και σπάνια ιδρωτοποιούς αδένες. Ο λιπώδης ιστός που βρίσκεται κάτω από αυτό περιέχει συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, πολυάριθμα αιμοφόρα αγγεία και στυτικό ιστό (Παπανικολάου, 1994). Τα μικρά χείλη λιπαίνουν το αιδοίο, εκκρίνουν αντιβακτηριδιακές ουσίες και είναι ευαίσθητα στα ερεθίσματα (Καραχάλιος, 2006). Προς τα εμπρός αποσχίζονται σε δύο άλλες μικρότερες δερμάτινες πτυχές, που ενώνονται μεταξύ τους και αποτελούν προς τα επάνω την πόσθη και προς τα κάτω το χαλινό της κλειτορίδας. Προς τα πίσω τα μικρά χείλη ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό τους. Τέλος, μπροστά στο χαλινό των μικρών χειλέων σχηματίζεται κοίλανση, που λέγεται σκαφοειδής βόθρος (Παπανικολάου, 1994).

Κλειτορίδα

Η κλειτορίδα θεωρείται αρσενικής προέλευσης, αφού διαπλάστηκε από τους πόρους του Wolff και αφού αποτελεί ανδρογονικό υποδοχέα (Παπανικολάου, 1994). Έχει μήκος 3-4 εκατοστά και είναι ένα μικρό, κυλινδρικό όργανο που αποτελείται από στυτικό ιστό με υψηλή συγκέντρωση αισθητικών νευρικών απολήξεων (Ignatavicius & Workman, 2008). Βρίσκεται οπισθίως του εφηβαίου και είναι πολύ ευαίσθητο σε σεξουαλικό ερεθισμό (Καραχάλιος, 2006). Αντιστοιχεί στο ανδρικό πέος, χωρίς όμως το σπραγγώδες σώμα της ουρήθρας. Η στύση της πραγματοποιείται με σύσπαση των ισχιοσπραγγωδών μυών της εξωτερικής στιβάδας του περινέου που περιβάλλουν τα σκέλη της (Παπανικολάου, 1994). Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης η κλειτορίδα γίνεται μεγαλύτερη και αυξάνει τη σεξουαλική αίσθηση (Ignatavicius & Workman, 2008). Η κλειτορίδα αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο.

Σκέλη: Αυτά είναι δύο, πορεύονται πάνω στους ηβοϊσχιακούς κλάδους της οστέινης πυέλου και ενώνονται στο ύψος της ηβικής συμφόρησης.

Σώμα: Σχηματίζεται από την ένωση των σκελών και αποτελείται από δύο σπραγγώδη σώματα, δηλαδή από αγγειοβριθή στυτικό ιστό.

Βάλανος: Παριστάνει το ελεύθερο μέρος της κλειτορίδας και βρίσκεται πάνω από το έξω στόμιο της ουρήθρας. Αποτελείται από στυτικό ιστό και έχει από το πάνω μέρος της την πόσθη και από το κάτω μέρος της το χαλινό και το επιθήλιο του δέρματος που την καλύπτει. Περιέχει εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις για τη σεξουαλική διέγερση.

Τέλος, η κλειτορίδα καλύπτεται από περιτονία που στο πάνω μέρος της προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης και σχηματίζει τον κρεμαστήρα σύνδεσμο (Παπανικολάου, 1994).

Πρόδομος του κόλπου ή κολεού

Ο πρόδομος περιέχει το στόμιο της ουρήθρας, το άνοιγμα του κόλπου, τον παρθενικό υμένα, τους αγωγούς των Βαρθολίνειων αδένων και τους αγωγούς των αδένων του Skene (Καραχάλιος, 2006). Είναι μία επιμήκης περιοχή ανάμεσα στα μικρά χείλη, την κλειτορίδα και τον κόλπο, όπου βρίσκονται οι Βαρθολίνειοι αδένες, τα στόμια της ουρήθρας και των αδένων του Skene (παραουρηθρικοί αδένες) και ο κόλπος (Ignatavicius & Workman, 2008).

Περίνεο

Η περιοχή ανάμεσα στο άνοιγμα του κόλπου και του πρωκτού ονομάζεται περίνεο. Το δέρμα του περινέου καλύπτει του μυς, την περιτονία και τους συνδέσμους που υποστηρίζουν τις δομές της πυέλου (Ignatavicius & Workman, 2008).

Βολβοί του προδόμου

Είναι δύο επιμήκη, σφραγγώδη σώματα, σε σχήμα αμυγδάλου, που βρίσκονται εκατέρωθεν του στομίου του κόλπου, καλυπτόμενα από τα μικρά χείλη και τους βολβοσφραγγώδεις μυς του περινέου. Σχηματίζονται από στυτικό ιστό, φέρουν πυκνή αγγείωση και συνενώνονται στο πρόσθιο μέρος της ουρήθρας για να σχηματίσουν τη βάλανο της κλειτορίδας (Αντσακλής, 2011).

Βαρθολίνειοι αδένες

Είναι δύο, εκατέρωθεν του προδόμου και αποτελούν τους μεγαλύτερους αδένες του αιδοίου. Κατά τη συνουσία παράγουν άφθονο έκκριμα το οποίο φέρεται με εκφορητικούς πόρους στη νυμφοϋμενική αύλακα (Αντσακλής, 2011).

Παρθενικός υμένας

Ο παρθενικός υμένας αποτελεί το όριο μεταξύ των έσω και έξω γεννητικών οργάνων και βρίσκεται ακριβώς στην είσοδο του κόλπου. Είναι κατ' ουσίαν πτυχή του βλεννογόνου, καλυπτόμενη από πλακώδες επιθήλιο, που φέρει κεντρική οπή διαφόρων σχημάτων. Αναλόγως του σχήματος της οπής ο παρθενικός υμένας διακρίνεται σε μηνοειδή, δακτυλιοειδή, ηθμοειδή, κροσσωτό, σχιστό, δίστομο, δρεπανοειδή και άτρητο υμένα. Κατά την πρώτη συνουσία, ο υμένας ρήγνυται σε διάφορα σημεία τα οποία προκαλούν αιμόρροια και τα υπολείμματα αυτού ονομάζονται μύρτα (Αντσακλής, 2011).

Εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας

Αυτό βρίσκεται στη πάνω γωνία του προδόμου του αιδοίου, κάτω από την κλειτορίδα και μέσα από αυτό περνάει το περιεχόμενο της ουροδόχου κύστης στην έξοδο του (Παπανικολάου, 1994).

Παραουρηθρικοί αδένες

Οι παραουρηθρικοί αδένες καλύπτονται από κυλινδρικό επιθήλιο, βρίσκονται εκατέρωθεν του έξω στομίου της ουρήθρας και οι πόροι τους εκβάλουν στο πρόδομο του κολεού. Δύο εξ' αυτών είναι μεγαλύτερου μεγέθους και ονομάζονται αδένες του Skene και αντιστοιχούν στον προστάτη του άνδρα. (Αντσακλής, 2011).

1.2 ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Στα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν ο κόλπος ή κολεός, η μήτρα, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και οι ωοθήκες. Κάθε σάλπιγγα μαζί με τη σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το εξάρτημα (Ignatavicius & Workman, 2008).

Κόλπος ή κολεός

Ο κόλπος ή κολεός είναι ένας κοίλος σωλήνας που επεκτείνεται από τον πρόδομο έως τη μήτρα. Εκτός από το ότι είναι ο πόρος για τη διόδο της εμμήνου ροής, ο κόλπος επιτρέπει την υποδοχή του πέους κατά τη συνουσία και τη διόδο του εμβρύου κατά τον κολπικό τοκετό (Ignatavicius & Workman, 2008). Έχει μήκος 8 έως 10 εκατοστά περίπου και η φορά του είναι τέτοια, ώστε να σχηματίζει με τη μήτρα σχεδόν ορθή γωνία (Παπανικολάου, 1994). Βλεννογόνοι και αρκετά αιμοφόρα αγγεία περιβάλλουν τα λεπτά μυϊκά τοιχώματα του κόλπου. Αυτός ο ιστός αναπτύσσεται σε πτυχές κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας και είναι ιδιαίτερα τεταμένος. Τα μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων κατά τη διάρκεια των χρονικών περιόδων μετά τον τοκετό, τον θηλασμό και την εμμηνόπαυση προκαλούν

ξηρότητα, λέπτυνση και ομαλοποίηση του κοιλιακού τοιχώματος (Ignatavicius & Workman, 2008).

Ο κόλπος έχει τέσσερα τοιχώματα: το πρόσθιο, το οπίσθιο, το αριστερό και το δεξιό. Το οπίσθιο τοίχωμα είναι μακρύτερο από το πρόσθιο κατά 1 έως 2 εκατοστά, γιατί συνάπτεται με τον τράχηλο σε ψηλότερο σημείο. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες το πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα συμπίπτουν μεταξύ τους και το άνοιγμα του κόλπου παίρνει τη μορφή του Η (Παπανικολάου, 1994).

Τα ποσά του γλυκογόνου και των λιπαντικών υγρών που εκκρίνονται από τα κοιλικά τοιχώματα επηρεάζονται από τις ωοθηκικές ορμόνες. Οι βάκιλοι του Doderlein, η φυσιολογική κοιλική χλωρίδα, αλληλεπιδρούν με τις εκκρίσεις για να παράγουν γαλακτικό οξύ και να διατηρήσουν όξινο ΡΗ (4 έως 5) στον κόλπο. Αυτή η οξύτητα μειώνει την ευαισθησία του κόλπου σε λοιμώξεις.

Στο ανώτερο άκρο του κόλπου, ο τράχηλος της μήτρας προβάλλει σε σχήμα κυπέλλου σχηματίζοντας ένα θόλο από λεπτό κοιλικό ιστό. Ο κοιλικός θόλος γύρω από τον τράχηλο επιτρέπει την ψηλάφηση των εσωτερικών οργάνων της πυέλου. Η οπίσθια περιοχή παρέχει πρόσβαση μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα (μέσω του οπίσθιου δουλγασείου ή του ευθυμητρικού κοιλώματος) για διαγνωστικούς ή χειρουργικούς σκοπούς (Ignatavicius & Workman, 2008)

Μήτρα

Η μήτρα είναι όργανο με παχύ μυϊκό τοίχωμα σε σχήμα αχλαδιού (Pappas, Hollingsworth & Liningston, 1999). Αυτό το σαν ανάποδο αχλάδι όργανο βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πυέλο, ανάμεσα στην κύστη και στο ορθό (Ignatavicius & Workman, 2008). Το βάρος της στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40 γραμμάρια και στη γυναίκα που γέννησε περίπου 70 γραμμάρια. Τα τοιχώματά της έχουν πάχος 2 εκατοστά και το μήκος της είναι 7,5 εκατοστά περίπου (Παπανικολάου, 1994).

Η μήτρα αποτελείται από 2 τμήματα, το άνω που είναι ογκώδες και τριγωνικό και ονομάζεται σώμα και το κάτω που είναι στενό και κυλινδρικό και λέγεται τράχηλος. Ανάμεσα από τον τράχηλο και το σώμα υπάρχει ο ισθμός, όπου το τμήμα αυτό αποτελεί το στενότερο μέρος των σαλπγγών, έχει μήκος 3 έως 4 εκατοστά, διάμετρο 3 έως 4 χιλιοστά και

εμφανίζει περιορισμένη κινητικότητα (Ignatavicius & Workman, 2008). Η σχέση σώματος – τραχήλου διαφέρει ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Έτσι, στις ενήλικες γυναίκες από τα 7,5 εκατοστά του μήκους της μήτρας, τα 5 εκατοστά αντιστοιχούν στο σώμα της και τα 2,5 εκατοστά στο τράχηλό της, ενώ στις κορασίδες συμβαίνει το αντίθετο. Στις ηλικιωμένες γυναίκες που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση η μήτρα μικραίνει από ατροφία του μυϊκού της τοιχώματος και η ενδοκολπική μήτρα του τραχήλου σχεδόν εξαφανίζεται (Παπανικολάου, 1994).

Σώμα: Είναι μια κοιλότητα που αποτελεί το κεντρικό μέρος του οργάνου και εκτείνεται από τη μεσοσαλπιγγική γραμμή έως το κατώτερο μέρος της που ονομάζεται ισθμός. Έχει σχήμα τριγωνικό με κορυφή τον ισθμό και βάση που, καθώς φέρεται προς τον πυθμένα, σχηματίζει δύο χωνοειδείς προσεκβολές στις οποίες καταλήγουν τα έσω στόμια των σαλπίνγων.

Τράχηλος: Είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας, μέρος του οποίου προβάλλει στον κολεό.

Έχει μήκος 2,5 εκ. περίπου και στην ώριμη γυναίκα αποτελεί το 1/3 του συνολικού μήκους του οργάνου. Έχει κυλινδρικό σχήμα και διακρίνεται σε δύο μοίρες, την υπερκολεϊκή και την ενδοκολεϊκή.

Η υπερκολεϊκή μοίρα επικοινωνεί με το σώμα δια του έσω στομίου της μήτρας. Αποτελείται από μία πρόσθια επιφάνεια η οποία βρίσκεται ακριβώς πάνω από τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης και μία οπίσθια επενδυόμενη από το περιτόναιο του ευθυμητρικού κοιλώματος. Στα πλάγια της υπερκολεϊκής συναντάμε τα παραμήτρια καλυπτόμενα από τον πλατύ σύνδεσμο της μήτρας και σε απόσταση 2 εκ. περίπου, τον χιασμό της μητριάας αρτηρίας με τους ουρητήρες.

Η ενδοκολεϊκή μοίρα επικοινωνεί με τον κόλπο δια του έξω στομίου του τραχήλου. Αποτελείται από ένα πρόσθιο βραχύ χείλος, ένα οπίσθιο επίμηκες χείλος και δύο μεσαίου βάθους, πλάγια χείλη (Αντσακλής, 2011).

Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από μέσα προς τα έξω από τρία στρώματα: το ενδομήτριο, το μυομήτριο και το περιμήτριο.

Ενδομήτριο: Το ενδομήτριο αποτελείται από κυλινδρικό μονόστιβο επιθήλιο μέχρι του έξω τραχηλικού στομίου όπου μεταπίπτει στο επιθήλιο του κολεού, δηλαδή πολύστιβο πλακώδες και χόριο πλούσιο σε τριχοειδή αιμοφόρα λεμφοφόρα αγγεία καθώς και σωληνοειδείς αδένες

που εκβάλλουν στην ενδομητρική κοιλότητα και παροχετεύουν την παραγόμενη αλκαλική βλέννα.

Μυομήτριο: Το μυομήτριο αποτελείται από τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών που δεν διαχωρίζονται με σαφήνεια μεταξύ τους, την έσω στιβάδα που είναι λεπτότερη από τις τρεις, την μεσαία στιβάδα και την έξω στιβάδα.

Περιμήτριο: Το περιμήτριο είναι ο χιτώνας που καλύπτει τα εξωτερικά τοιχώματα της μήτρας. Στην ουσία είναι το σπλαχνικό περιτόναιο που αφού καλύψει τον πυθμένα της κύστης, περιβάλλει από κάτω και μπροστά δημιουργώντας την κυστεομητρική πτυχή, ενώ συνεχίζει προς τα πάνω και πίσω σχηματίζοντας την ευθυμητρική πτυχή και τέλος εκατέρωθεν πλαγίως σχηματίζει τους πλατείς συνδέσμους της μήτρας (Αντσακλής, 2011). Τέλος, η μήτρα ανταποκρίνεται στην ορμονική διέγερση και προετοιμάζεται να δεχθεί, να θρέψει και τελικά να αποβάλλει το προϊόν της σύλληψης (Ignatavicius & Workman, 2008).

Σάλπιγγες

Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί διεισδύουν μέσα στο σώμα της μήτρας και επεκτείνονται προς το τέλος κοντά στις ωοθήκες. Αυτοί οι αυλοί προσφέρουν έναν αγωγό ανάμεσα στις ωοθήκες και στη μήτρα, για τη δίοδο του ωαρίου και του σπέρματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το ωάριο γονιμοποιείται μέσα στις σάλπιγγες.

Κάθε σάλπιγγα έχει μήκος περίπου 8 έως 14 εκατοστά και περιβάλλεται από μία από τις πτυχές του περιτοναίου του πλατέως συνδέσμου. Οι σάλπιγγες επενδύονται με κροσσωτά και εκκριτικά κύτταρα, τα οποία υποβοηθούν την κίνηση του ωαρίου προς τη μήτρα.

Οι ωαγωγοί έχουν 4 ανατομικά τμήματα. Το διάμεσο τμήμα είναι εγγύτερα στη μήτρα, ο ισθμός και η λήκυθος είναι τα μεσαία τμήματα και ο κώδωνας είναι το απώτερο τμήμα. Τα κροσσωτά άκρα του κώδωνα επεκτείνονται σχεδόν στη κάθε ωοθήκη και διευκολύνουν τη σύλληψη του απελευθερωμένου ωαρίου κατά την ωορρηξία (Ignatavicius & Workman, 2008).

Ωοθήκες

Οι ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας, όπως οι όρχεις στον άνδρα (Παπανικολάου, 1994). Οι ωοθήκες διαπλάσσονται ψηλά στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα και μετά κατεβαίνουν πριν τη γέννηση συμπαρασύροντας τα αιμοφόρα αγγεία, τα λεμφαγγεία και τα νεύρα τους. Σε αντίθεση με τους όρχεις, οι ωοθήκες δε μεταναστεύουν δια μέσου του βουβωνικού πόρου στο περίνεο, αλλά σταματούν τη κάθοδό τους λίγο πριν από το έσω βουβωνικό στόμιο και παίρνουν θέση στο πλάγιο τοίχωμα της πυελικής κοιλότητας. Κάθε μία από τις ελλειψοειδείς ωοθήκες έχει μήκος περίπου 3 εκατοστά και εξαρτάται με μία διπέταλη πτυχή του περιτοναίου, το μεσωοθήκιο, από την οπίσθια επιφάνεια του πλατέως συνδέσμου (Drake, Vogl & Mitchell, 2007).

Αυτά τα μικρά όργανα αναπτύσσονται και απελευθερώνουν ωάρια. Η ωορρηξία είναι η κυκλική ωρίμανση ενός επικρατούντος θυλακίου και η επακόλουθη απελευθέρωση του ωαρίου. Οι ωοθήκες παράγουν επίσης τις στεροειδείς ορμόνες του φύλου (οιστρογόνα, προγεστερόνη, ανδρογόνα και ρελαξίνη). Για την φυσιολογική αύξηση και ανάπτυξη της γυναίκας και για τη διατήρηση της εγκυμοσύνης χρειάζονται επαρκείς ποσότητες αυτών των στεροειδών ορμονών του φύλου (Ignatavicius & Workman, 2008)

Μετά την εμμηνόπαυση οι ωοθήκες συρρικνώνονται, διότι ατροφούν και η επιφάνειά τους είναι γεμάτη από εντυπώματα (Παπανικολάου, 1994).

1.3 ΆΛΛΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Άλλα όργανα του γεννητικού συστήματος είναι η ουρήθρα, η ουροδόχος κύστη, οι ουρητήρες, το ορθό και το πυελικό έδαφος

Ουρήθρα

Η ουρήθρα αρχίζει στη βάση της ουροδόχου κύστης και τερματίζεται με ένα εξωτερικό στόμιο στο περίνεο. Στις γυναίκες έχει μικρό μήκος που φτάνει τα 4 εκ. περίπου και ακολουθεί μια ελαφρά καμπύλη διαδρομή προς τα κάτω διαμέσου του πυελικού εδάφους προς το περίνεο, όπου διασχίζει το εν τω βάθει κόλπωμα και τον υμένα του περινέου και στη

συνέχεια εκβάλλει στο πρόδομο, που βρίσκεται μεταξύ των μικρών χειλέων του αιδοίου (Μοντέζι και Μανάρας, 1987).

Ουροδόχος κύστη

Η ουροδόχος κύστη είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο που βρίσκεται ανάμεσα στην ηβική σύμφυση και τη μήτρα και δέχεται τα ούρα με τους δύο ουρητήρες.

Ουρητήρες

Οι ουρητήρες είναι δύο, ένας από κάθε νεφρό και μεταφέρουν τα ούρα από τους νεφρούς στη κύστη. Ο κάθε ουρητήρας έχει μήκος 25-30 εκ. περίπου.

Ορθό

Το ορθό έχει μήκος 12-15 εκ. και βρίσκεται μπροστά από την πυελική επιφάνεια του ιερού οστού και του κόκκυγα.

Πυελικό έδαφος

Το πυελικό έδαφος αντιστοιχεί στην περιοχή του κάτω στομίου της μικρής πυέλου. Διαδραματίζει σημαντικό στηρικτικό ρόλο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού (Σκανδαλάκης, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

2.1 ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Σε κάθε φυσιολογικό γεννητικό κύκλο συμβαίνει μια κυκλική παραγωγή ορμονών με σκοπό την ωοθυλακιορρηξία και την προετοιμασία του ενδομητρίου για την υποδοχή και εμφύτευση του πιθανού εμβρύου. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από την παραπάνω διαδικασία μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις.

Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος της γυναίκας χωρίζεται ουσιαστικά σε δύο επιμέρους κύκλους. Τον κύκλο της ωοθήκης και τον κύκλο του ενδομητρίου. Ο κύκλος της ωοθήκης χωρίζεται περαιτέρω σε δύο φάσεις, την προωρρηκτική και τη μετωρρηκτική φάση, ενώ οι αντίστοιχες φάσεις για τον ενδομητρικό κύκλο καλούνται εμμηνορρυσιακή, παραγωγική, εκκριτική και ισχαιμική (Αντσακλής, 2011).

Κατά την προωρρηκτική φάση τα ωοθυλάκια ωριμάζουν υπό την επίδραση της θηλακιοτρόπου ορμόνης και του οιστρογόνου. Η απότομη αύξηση της ωχρινοτρόπου ορμόνης προκαλεί την ωορρηξία (ημέρες 1-14). Στη μετεωρρηκτική φάση το ωάριο ελευθερώνεται από το ώριμο ωοθηλάκιο. Το ωχρό σωματίο αναπτύσσεται από την επίδραση της ωχρινοτρόπου ορμόνης και παράγει υψηλά επίπεδα προγεστερόνης και κάποια οιστρογόνα (ημέρες 15-28).

Στην εμμηνορρυσιακή φάση του ενδομητρικού κύκλου γίνεται απόπτωση των επιφανειακών στιβάδων του ενδομητρίου κατά την εμμηνορρυσία, όπου εκεί τα επίπεδα οιστρογόνου είναι χαμηλά (ημέρες 1-5). Στη συνέχεια στην παραγωγική φάση, το ενδομήτριο μεγαλώνει. Το ωοθυλάκιο ωριμάζει και γίνεται η ωορρηξία, ενώ τα επίπεδα οιστρογόνου ανεβαίνουν κατακόρυφα πριν την ωορρηξία (ημέρες 6-14). Έπειτα κατά την εκκριτική φάση, τα επίπεδα οιστρογόνου μειώνονται με γοργούς ρυθμούς και η προγεστερόνη αυξάνεται για να επιτευχθεί η πάχυνση του ενδομητρίου (ημέρες 15-26). Τέλος, στην ισχαιμική φάση το ωχρό σωματίο εκφυλίζεται προκαλώντας πτώση των επιπέδων οιστρογόνων και προγεστερόνης (ημέρες 27-28) (Καραχάλιος, 2006).

Γονιμοποίηση: Η γονιμοποίηση συνίσταται στην ένωση του σπερματοζωαρίου με το ωάριο. Η κεφαλή του σπερματοζωαρίου περιέχει ειδικά ένζυμα που του επιτρέπουν να επιτεθεί στο εξωτερικό τοίχωμα του ωαρίου, να το καταστρέψει και στη συνέχεια να μπει στο εσωτερικό του κυττάρου και να ενώσει τα εφόδιά του σε χρωματοσώματα με εκείνα του ωαρίου. Από την ένωση του σπερματοζωαρίου και του ωαρίου δημιουργείται ένα νέο κύτταρο το ζυγωτό.

Το νέο αυτό κύτταρο περιέχει 46 χρωματοσώματα, περιλαμβάνει όλες τις ικανότητες για να δώσει αρχή σ' έναν νέο πλήρη οργανισμό που μετά από εννέα μήνες ενδομήτριας ζωής θα είναι σε θέση να ζήσει και να συνεχίσει να αναπτύσσεται αυτόνομα έξω από το μητρικό σώμα. Το φύλο αυτής της νέας ύπαρξης καθορίζεται από την ένωση των χρωματοσωματίων (χρωματοσωμάτιο X) το σπερματοζώαριο μπορεί να περιέχει ένα χρωματοσωμάτιο ίδιο με εκείνο του θηλυκού κυττάρου ή διαφορετικό (χρωματοσωμάτιο Y). Εάν από την ένωση του μητρικού χρωματοσωματίου του φύλου με το πατρικό σχηματιστεί ένα σύμπλεγμα XX, τότε το έμβρυο είναι θηλυκό, εάν αντίθετα σχηματιστεί ένα σύμπλεγμα XY, το έμβρυο είναι αρσενικό (Μοντέζι και Μανάρας, 1987).

Εμμηνόπαυση και Κλιμακτήριος: Η **εμμηνόπαυση** είναι το βιολογικό τέλος της αναπαραγωγικής ικανότητας, αλλά ο όρος αντιστοιχεί μόνο στην τελευταία εμμηνορρυσία. Η ακριβής ημερομηνία της εμμηνόπαυσης δεν μπορεί να προσδιοριστεί, έως ότου περάσει ένας τουλάχιστον χρόνος χωρίς έμμηνο ρύση. Η φάση της ζωής μιας γυναίκας από την αρχική μείωση της ποσότητας των οιστρογόνων που παράγονται από τις ωοθήκες έως το τέλος των συμπτωμάτων ονομάζεται **κλιμακτήριος**. Η εμμηνόπαυση είναι μόνο ένα σημείο της κλιμακτηρίου.

Τα ωοθυλάκια στην ωοθήκη ατροφούν διαρκώς κατά τη διάρκεια της ζωής μιας γυναίκας. Η προοδευτική μείωση του αριθμού των ωοθυλακίων που έχουν τη δυνατότητα να παράγουν οιστρογόνα σε απάντηση των ορμονών της υπόφυσης προκαλούν στη γυναίκα (συνήθως ανάμεσα στην ηλικία των 40-50 ετών) έναρξη φυσικών αλλαγών στο σώμα της. Τα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης ελαττώνονται σταδιακά έως ότου εκλείψει η επίδραση αυτών των ορμονών στο ενδομήτριο στρώμα της μήτρας. Ταυτόχρονα, το χαμηλό επίπεδο των ωοθηκικών ορμονών συνεχίζει να διεγείρει τον άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης. Ο πρόσθιος λοβός της υπόφυσης εκκρίνει υψηλά επίπεδα ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) μετά την εμμηνόπαυση. Τα επίπεδα αυτών των ορμονών στο αίμα χρησιμοποιούνται για να επιβεβαιώσουν την παρουσία της κλιμακτηρίου.

Σε κάποια φάση, το εσωτερικό σώμα της ωοθήκης παράγει ανδρογόνα (αρσενικές ορμόνες). Στις γυναίκες, τα περισσότερα ανδρογόνα παράγονται από τα επινεφρίδια. Όταν το σώμα της ωοθήκης παύει να λειτουργεί, τα επινεφρίδια είναι η μόνη πηγή ανδρογόνων. Η παραγωγή των ανδρογόνων είναι σημαντική, ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση, διότι μετατρέπονται σε μία μορφή οιστρογόνου (οιστρόνη) στο λίπος του σώματος. Ως αποτέλεσμα, οι γυναίκες με μεγαλύτερη εκατοστιαία ποσότητα λίπους έχουν υψηλότερα επίπεδα οιστρόνης μετά την εμμηνόπαυση.

Κατά τη διάρκεια της κλιμακτηρίου, η γυναίκα έχει ανώμαλους εμμηνορρυσιακούς και ωορρηκτικούς κύκλους. Η ωορρηξία συχνά αποτυγχάνει. Η έμμηνος ρύση μπορεί να είναι λιγότερη ή περισσότερη κατά τη διάρκεια αυτών των ανώμαλων κύκλων.

Τα μειωμένα οιστρογόνα επηρεάζουν επιπλέον τη δομή και τη λειτουργία διαφόρων ιστών του σώματος, όπως την πυκνότητα των οστών και τη καρδιαγγειακή λειτουργία. Η μήτρα, ο τράχηλος, οι ωοθήκες, τα χείλη του αιδοίου και η κλειτορίδα ατροφούν σε μέγεθος. Τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων προκαλούν μείωση της διαμέτρου και του μήκους του κόλπου. Ο κολπικός βλεννογόνος γίνεται λεπτός και ξηρός, γεγονός το οποίο καθιστά δυσχερή τη συνουσία. Η μυϊκή υποστήριξη της πυέλου γίνεται περισσότερο χαλαρή. Η απώλεια τόνου επίσης μειώνει την υποστήριξη της ουροδόχου κύστης, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την ακράτεια ούρων για αρκετές γυναίκες.

Ένα από τα περισσότερα κοινά συμπτώματα κατά την κλιμακτήριο είναι οι εξάψεις, οι οποίες προκαλούνται από την αγγειοκινητική αστάθεια. Πέρα από τις φυσικές αλλαγές κατά τη διάρκεια της κλιμακτηρίου, η γυναίκα μπορεί επίσης να βιώνει συναισθηματικές αλλαγές (συμπεριλαμβανομένων μεταβολών στη διάθεση) και κόπωση (Ignatavicius & Workman, 2008).

2.2 ΟΡΜΟΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Η αναπαραγωγική λειτουργία τόσο της γυναίκας όσο και του άνδρα στηρίζεται και εξαρτάται από την αλληλεπίδραση ορμονών του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-γονάδες. Η λειτουργία των γονάδων ρυθμίζεται από τις δύο γοναδότροπες ορμόνες της υπόφυσης: την ωοθυλακιοτρόπο ορμόνη FSH και την ωχρινοτρόπο ορμόνη LH. Η FSH ρυθμίζει τη

στρατολόγηση, ανάπτυξη και ωρίμανση των ωοθυλακίων, ενώ η LH είναι υπεύθυνη για τη στερεοειδογένεση στις ωοθήκες, την ωοθηλακιορρηξία και τη λειτουργία του ωχρού σωματίου. Αμφότερες οι υποφυσιακές ορμόνες υπόκεινται σε ρύθμιση από ανώτερο εγκεφαλικό κέντρο, τον υποθάλαμο μέσω ενός δεκαπεπτιδίου της γοναδοτροπικής εκλυτικής ορμόνης GnRH. Υπάρχουν και άλλες ορμόνες που εκκρίνονται με την βοήθεια των FSH και LH, οι ορμόνες των ωοθηκών: οιστρογόνα και προγεστερόνη.

Οι ορμόνες αυτές δεν εκκρίνονται συνεχώς σε σταθερές ποσότητες, διαφέρουν κατά τη διάρκεια των διάφορων φάσεων του αναπαραγωγικού κύκλου της γυναίκας (Αντσακλής, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΥΦΙΛΗ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΠΕΙΡΟΧΑΙΤΩΝ

Οι σπειροχαίτες ανήκουν στην οικογένεια των Spirochetaceae. Στην οικογένεια αυτή ανήκουν γένη σπειροχαιτών που είναι παθογόνα για τον άνθρωπο (Αρσένη, 1994). Περιλαμβάνονται τα γένη Treponema, Borellia, Spirochaeta, Leptospira και Cristispira. Οι σπειροχαίτες είναι σπειροειδώς κεκαμμένα κινητά βακτήρια και είναι ευρέως διαδεδομένα στο περιβάλλον, σαπρόφυτα ή παθογόνα για τα ζώα και τον άνθρωπο (Καλκάνη – Μπουσιάκου, 2001).

3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΩΧΡΑΣ ΣΠΕΙΡΟΧΑΙΤΗΣ (TREPONEMA PALLIDUM)

Η ωχρά σπειροχαίτη είναι το αίτιο της συφίλιδος. Είναι λεπτό σπειροειδές βακτήριο μήκους 6-15μm και πάχους 0,2 μm. Προσβάλλει μόνο τον άνθρωπο και μεταδίδεται με την στενή επαφή, κυρίως την σεξουαλική, όπως επίσης και ενδομητρίως. Μία αιτία που ο οργανισμός μεταδίδεται με την άμεση επαφή είναι ότι είναι πολύ ευαίσθητος στην ξηρασία (Καλκάνη – Μπουσιάκου, 2001).

3.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΦΙΛΗΣ

Προέλευση της νόσου

Οι δύο επικρατέστερες θεωρίες που έχουν διατυπωθεί ως προς την προέλευση και εξάπλωση της σύφιλης, έχοντας ως χρονικό ορόσημο τα ταξίδια του Χριστόφορου Κολόμβου και τις επακόλουθες επιδημικές εκρήξεις στην Ευρώπη, είναι γνωστές ως "Προκολομβιανή" και "Κολομβιανή θεωρία" αντίστοιχα.

Η Προκολομβιανή θεωρία υποστηρίζει ότι η σύφιλη προϋπήρχε της ανακάλυψης της Αμερικής στη γηραιά ήπειρο, ενώ η Κολομβιανή θεωρία υποστηρίζει ότι η σύφιλη είναι μια ασθένεια του Νέου Κόσμου που ήρθε στην Ευρώπη με τις αποστολές του Κολόμβου.

Στην πραγματικότητα, στις αρχές του 21ου αιώνα η άποψη που έχει επικρατήσει είναι η πλέον διαλλακτική και στηρίχθηκε στην αυξημένη επιρροή του ιστορικού Άλφρεντ Κρόσμπι, (Alfred Crosby), ο οποίος διατύπωσε τη θεωρία ότι η σύφιλη ήταν μια νόσος που σε μια μη σεξουαλικά μεταδιδόμενη μορφή προϋπήρχε στην Ευρώπη, με τα ταξίδια στο Νέο Κόσμο εξελίχθηκε σε σεξουαλικά μεταδιδόμενη και με τις κλιματικές διαφορές μεταξύ των ηπείρων παρήγαγε στην Ευρώπη διαφορετικούς τύπους της ίδιας ασθένειας και αυτό που σήμερα ονομάζουμε σύφιλη.

ΙΣΤΟΡΙΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ

- Η πρώτη επιδημία της νόσου ξέσπασε στη Νάπολη το 1494.
- Ανάμεσα στα χρόνια 1545-1554, ο Μπενβενούτο Τσελίνι, συφιλιδικός ο ίδιος, ολοκληρώνει το άγαλμα "Ο Περσέας κρατά το κεφάλι της Μέδουσας" δημιουργώντας ένα συμβολισμό για τη σύφιλη στη βάση του.
- Το 1718 καθιερώνεται η ονομασία "σύφιλη", χάρη σε ένα ποίημα του Τζιρόλαμο Φρακαστόρο, από το 1530.
- Στα χρόνια μεταξύ 1870 και 1900, ξεκινώντας από τη Γαλλία, επικράτησε η άποψη ότι η σύφιλη αποτελούσε όργανο της εργατικής τάξης στη μάχη της εναντίον της αστικής και αριστοκρατικής αφού μεταδιδόταν από τις ιερόδουλες, μέσω του άντρα, στις συζύγους των ανώτερων τάξεων, ενώ θα μπορούσε ακόμη και να εξαλείψει το ανθρώπινο είδος.
- Το 1905, ο Γερμανός ζωολόγος Fritz Schaudinn, ανακαλύπτει την Ωχρά Σπειροχαίτη, το μικρόβιο που προκαλεί την ασθένεια.
- Το 1909 εισάγεται μια νέα θεραπεία, η σαλβαρσάνη (Salvarsan), ένωση βασισμένη στο αρσενικό.
- Το 1921 ιδρύεται Ένωση Δερματολογίας στη Βρετανία.
- Μεταξύ των ετών 1929-1972 πραγματοποιείται το Πείραμα του Tuskegee.

- Το 1945 καθιερώνεται η πενικιλίνη ως η μόνη αποδεκτή θεραπεία για τη νόσο.

(<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%8D%CF%86%CE%B9%CE%BB%CE%B7>)

3.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΦΙΛΗΣ

Πριν την ανακάλυψη της πενικιλίνης στη δεκαετία του 1940, η σύφιλη προσέβαλλε σχεδόν το 25% του πληθυσμού των ΗΠΑ. Τα περιστατικά της πρωτογενούς και δευτερογενούς σύφιλης αυξήθηκαν κατακόρυφα το 1948 και κατόπιν παρουσίασαν απότομη πτώση έως το 1958. Από τότε έως το 1990 υπήρχε μία αργή αύξηση στους ρυθμούς της σύφιλης, παρά την επιτυχή θεραπεία. Το 1990 ο αριθμός των περιστατικών αυξήθηκε σημαντικά στο υψηλότερο σημείο μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο με περισσότερα από 50.000 περιστατικά. Ανάμεσα στο 1990 και το 2000 υπήρξε μία μείωση της τάξης του 90% στα περιστατικά με το χαμηλότερο όλων των εποχών ποσοστό το 2000, που ακολουθήθηκε από αύξηση το 2002 και το 2003. Οι νότιες περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών και οι ομοφυλόφιλοι άνδρες έχουν τα υψηλότερα ποσοστά των νέων περιστατικών σύφιλης. Οι Αφρο-Αμερικάνοι έχουν 16 φορές μεγαλύτερο ρυθμό προσβολής από τη σύφιλη απ'ότι οι λευκοί. Ωστόσο, αυτός ο αριθμός είναι αρκετά χαμηλότερος απ'ότι ήταν τα προηγούμενα χρόνια.

Η σύφιλη είναι νόσημα με παγκόσμια διασπορά και συνήθως προσβάλλει νέους ενήλικες 20-30 ετών, άνδρες περισσότερο από γυναίκες και κατοίκους αστικών περιοχών συνηθέστερα. Η επίπτωση της νόσου τα τελευταία 20 έτη ακολουθεί καθοδική πορεία στις περισσότερες προηγμένες χώρες, ενώ είναι πολύ υψηλή στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στη Δυτική Ευρώπη η νοσηρότητα βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο, ενώ στην Ανατολική και Κεντρική Ευρώπη, από το 1991, παρατηρείται ετησίως μια απότομη αύξηση του νοσήματος που τείνει να λάβει τη μορφή επιδημίας.

Έπειτα από μία δεκαπενταετία, όπου βρισκόταν σε ύφεση, η σύφιλη επανεμφανίζεται με αυξητικές τάσεις παγκοσμίως, προσβάλλοντας κυρίως τις πλέον δραστήριες σεξουαλικά ηλικίες, μεταξύ 20 και 40 χρόνων. Στη Βρετανία τα περιστατικά της σύφιλης δεκαπλασιάστηκαν την τελευταία δεκαετία φθάνοντας τα 3.702 το 2006, ενώ στη Γαλλία το 2003 κατεγράφησαν 428 κρούσματα και τρία χρόνια αργότερα τα κρούσματα πολλαπλασιάζονται κατά 16 φορές. Το 1990 καταγράφηκαν στο Νοσοκομείο "Αφροδισίων και .εργατικών Νόσων" 27 κρούσματα σύφιλης, ενώ το 1998 καταγράφεται η μεγαλύτερη

αύξηση της νόσου με 97 κρούσματα. Το 2004 και 2005 παρατηρείται σημαντική μείωση των κρουσμάτων στα 21 για κάθε έτος, έναντι 42 περιστατικών που καταγράφηκαν μόνο για το πρώτο εξάμηνο του 2008.

Κατά τον 21ο αιώνα, σημειώνεται έξαρση της συχνότητας της σύφιλης, από στατιστικά σε μεγάλες πόλεις της Ευρώπης. Ενδεικτικά παραδείγματα αποτελούν:

- 1) Στη Βρετανία τα περιστατικά της νόσου δεκαπλασιάστηκαν σε μια δεκαετία μέχρι το 2006
- 2) στη Γερμανία η συχνότητα μεταξύ των ανδρών τριπλασιάστηκε από το 1991 στο 2003
- 3) στη Γαλλία και την Ολλανδία καταγράφηκε τριψήφιος αριθμός περιστατικών το 2003
- 4) Στην Ελλάδα η σύφιλη θεωρείται σπάνιο νόσημα, αλλά η έξαρση της ασθένειας παγκοσμίως, πιστεύεται ότι θα επηρεάσει τη συχνότητα και μέσα στα ελληνικά σύνορα (<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%8D%CF%86%CE%B9%CE%BB%CE%B7>)

3.5 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΠΕΙΡΟΧΑΙΤΩΝ

1. Οι σπειροχαίτες είναι λεπτά, μακρά, σπειροειδή και εξόχως εύκαμπτα βακτήρια που ανήκουν στην οικογένεια των Spirochetaceae.
2. Η κινητικότητα των βακτηρίων αυτών στηρίζεται στην παρουσία ενός αξονικού νηματίου μεταξύ της εξωτερικής μεμβράνης του κυττάρου και της κυτταροπλασματικής μεμβράνης. Το νημάτιο αυτό εκτείνεται κατά μήκος ολόκληρου του κυττάρου. Η κινητικότητα των σπειροχαιτών μπορεί να είναι κατευθυνόμενη ή μόνο περιστροφική.
3. Οι σπειροχαίτες μοιάζουν με τα Gram-αρνητικά βακτήρια, σχετικά με τη χημική δομή της εξωτερικής μεμβράνης και της παρουσίας πεπτιδογλυκάνης. Οι σπειροχαίτες δεν χρωματίζονται εύκολα με τη Gram χρώση.
4. Τα τρία γένη που περιλαμβάνουν παθογόνα είδη για τον άνθρωπο είναι : Borellia, Treponema και Leptospira. Οι μη-παθογόνες σπειροχαίτες είναι μέλη της φυσιολογικής χλωρίδας (Barrett, 2002).

3.6 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΕΝΟΥΣ TREPONEMA

1. Τα τρεπονήματα φέρουν πολλαπλές σπείρες, είναι λεπτά κύτταρα και φαίνονται άριστα στη μικροσκοπική σε σκοτεινό πεδίο.
2. Οι παθογόνες σπειροχαίτες δεν καλλιεργούνται σε τεχνητά υλικά.
3. Το *Treponema pallidum*, που από μακρού θεωρείται ότι ήταν ένα ξεχωριστό παθογόνο είδος για τον άνθρωπο, υποδιαιρείται σήμερα σε τρία υποείδη. Το *T.pallidum* προκαλεί τη σύφιλη, το υποείδος *Pretense* προκαλεί τη νόσο yaws και το υποείδος *Endemicum* προκαλεί τη νόσο Bejel.
4. Η νόσος Pinta προκαλείται από ένα ξεχωριστό είδος το *T.Carateum* (Barrett, 2002).

3.7 ΤΡΕΠΟΝΗΜΑΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Τα μέλη των γενών *Treponema* ανήκουν στις σπειροχαίτες. Τα βακτήρια αυτά προκαλούν στον άνθρωπο τη σύφιλη, γνωστή εδώ και χιλιάδες χρόνια. Οι τρεπονηματικές λοιμώξεις μεταδίδονται από άτομο σε άτομο με στενή φυσική επαφή, με μολυσματικά σωματικά υγρά ή σε ορισμένες περιπτώσεις με μολυσμένα αντικείμενα. Τα τρεπονήματα που μολύνουν τον άνθρωπο είναι υποχρεωτικά παράσιτα του ανθρώπου, για τα οποία δεν έχουν ανακαλυφθεί άλλοι φυσικοί ξενιστές. Χαρακτηριστικό των λοιμώξεων από τρεπονήματα είναι ότι περνούν από αρκετά διαφορετικά κλινικά στάδια. Μεταξύ των σταδίων ενδέχεται να μεσολαβούν περίοδοι ύφεσης και κάθε στάδιο να εμφανίζει συγκεκριμένες παθολογικές εκδηλώσεις. Συχνά, το υπεύθυνο μικρόβιο μπορεί να ανιχνευθεί στις πρώιμες βλάβες, αλλά είναι πολύ δυσκολότερο να εντοπισθεί στα πιο όψιμα στάδια της νόσου. Το παθογόνο μικρόβιο διασπείρεται με την κυκλοφορία του αίματος από την αρχική εστία της λοίμωξης σε πολλά όργανα, και παρά την έντονη ανοσολογική απόκριση σε ορισμένες περιπτώσεις που εξελίσσονται χωρίς θεραπεία οι λοιμώξεις είναι προϊούσες, καταστροφικές και ενίοτε θανατηφόρες (τριτογενής σύφιλη). Σε άλλες περιπτώσεις είναι εμφανή μόνο τα πρώιμα συμπτώματα, ενώ η όψιμη παθολογία δεν είναι εμφανής. Το γεγονός ότι ελάχιστες αντιγονικές πρωτεΐνες είναι εκτεθειμένες στην επιφάνεια του *Treponema pallidum* ενδέχεται να συμβάλλει στη διαφυγή του από το ανοσολογικό σύστημα. Είναι επίσης πιθανόν οι όψιμες εκδηλώσεις των λοιμώξεων από τρεπονήματα να οφείλονται σε αυτοάνοσα φαινόμενα.

Εκτός από τα παθογόνα είδη, πολλές άλλες σπειροχαίτες αποτελούν μέλη της φυσιολογικής βακτηριακής χλωρίδας του στόματος, του εντέρου και του γεννητικού συστήματος. Μορφολογικές και αντιγονικές ομοιότητες μεταξύ παθογόνων σπειροχαιτών και σπειροχαιτών της φυσιολογικής χλωρίδας μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στην κλινική και ορολογική διάγνωση (Greenwood, Slack, Reutherer, & Barer, 2010).

3.8 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΣΥΦΙΛΗΣ

Η σύφιλη είναι προϊούσα νόσος που διέρχεται από στάδια, την πρωτογενή, τη δευτερογενή, τη λανθάνουσα και την τριτογενή. Το *Treponema Pallidum* εισέρχεται στους ιστούς διεισδύοντας διαμέσου υγρών βλεννογόνων ή μέσω αμυχών του δέρματος.

Τα βακτήρια εισέρχονται ταχύτατα στα λεμφαγγεία, διασπείρονται με την κυκλοφορία του αίματος και μπορούν να εγκατασταθούν σε οποιοδήποτε όργανο. Η ακριβής μολυσματική δόση για τον άνθρωπο δεν είναι γνωστή, σε πειραματόζωα όμως, λιγότεροι από 10 μικροοργανισμοί είναι αρκετοί για την πρόκληση λοίμωξης. Τα βακτήρια πολλαπλασιάζονται στο σημείο εισόδου και μετά περίπου από 3 εβδομάδες επώασης σχηματίζεται ένα έλκος, η χαρακτηριστική βλάβη της πρωτογενούς σύφιλης. Το έλκος είναι ανώδυνο και συνήθως εντοπίζεται στα εξωτερικά γεννητικά όργανα, αν και μπορεί να εμφανισθεί στον τράχηλο της μήτρας, την περιπρωκτική περιοχή, το στόμα ή το ορθό. Τα έλκη συνήθως είναι μονήρη, ωστόσο σε ανοσοκατασταλμένα άτομα, όπως τους ασθενείς με HIV λοίμωξη, μπορεί να παρατηρηθούν πολλαπλά ή επίμονα έλκη. Το έλκος συνήθως αυτοϊάται σε 3 έως 6 εβδομάδες, ενώ 2 έως 12 εβδομάδες αργότερα αρχίζουν τα συμπτώματα της δευτερογενούς σύφιλης. Τα συμπτώματα αυτά ποικίλλουν, συνήθως όμως προσβάλλεται το δέρμα με ανάπτυξη κηλιδώδους ή φλυκταινώδους εξανθήματος, ειδικά στον κορμό και στα άκρα. Οι βλάβες της δευτερογενούς σύφιλης είναι εξαιρετικά μολυσματικές.

Οι βλάβες αυτές προοδευτικά εξαφανίζονται και ο ασθενής μπαίνει στη λανθάνουσα φάση της λοίμωξης, κατά την οποία δεν εμφανίζει κλινικές εκδηλώσεις, ωστόσο οι ορολογικές δοκιμασίες για τη λοίμωξη παραμένουν θετικές. Στο στάδιο αυτό ενδέχεται να παρατηρηθούν υποτροπές των βλαβών της δευτερογενούς σύφιλης. Στη πρώιμη λανθάνουσα φάση υπάρχει μεγάλη πιθανότητα υποτροπής, ενώ στη όψιμη η υποτροπή είναι μάλλον απίθανη.

Η όψιμη ή τριτογενής σύφιλη μπορεί να εμφανισθεί ως και δεκαετίες μετά την πρωτογενή λοίμωξη. Είναι βραδέως προϊούσα, καταστροφική φλεγμονώδης νόσος, που μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε όργανο του σώματος. Οι τρεις συχνότερες μορφές της είναι η νευροσύφιλη, η καρδιαγγειακή σύφιλη και η κομμωματώδης σύφιλη – μία σπάνια κοκκιωματώδης προσβολή των οστών, του δέρματος και των βλεννογόνων. Το *Treponema Pallidum* δεν απομονώνεται από τους ασθενείς με όψιμη σύφιλη και στο μεγαλύτερο μέρος της η παθολογία της νόσου οφείλεται μάλλον σε αυτοάνοσα φαινόμενα (Greenwood, Slack, Reutherer & Barer, 2010).

3.9 ΣΤΑΔΙΑ ΣΥΦΙΛΗΣ

Η σύφιλη είναι μία πολύπλοκη σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που προκαλείται από μία σπειροχαίτη, το *Treponema Pallidum*, η οποία μπορεί να μολύνει σχεδόν κάθε ιστό ή όργανο του σώματος (Lemone & Burke, 2006).

Η αρχική εντόπιση της νόσου είναι συνήθως τα γεννητικά όργανα (πρωτόγονος σύφιλη). Αν δε γίνει κατάλληλη θεραπεία ακολουθεί το δεύτερο στάδιο της νόσου που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση εξανθήματος (ροδάνθη) στο δέρμα και τους βλεννογόνους (δευτερόγονος σύφιλη). Στο στάδιο αυτό η μεταδοτικότητα της νόσου είναι μεγάλη. Τέλος, σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών που δεν έχουν υποστεί θεραπεία είναι δυνατό να ακολουθήσει το τρίτο στάδιο (τριτόγονος σύφιλη), μετά από μήνες ή χρόνια, το οποίο χαρακτηρίζεται από βλάβες στο δέρμα, τα οστά, το ήπαρ, τα αγγεία και το κεντρικό νευρικό σύστημα (Δημητρακόπουλος, 1995).

Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 10 έως 90 ημέρες με μέσο όρο τις 21 ημέρες (Lemone & Burke, 2006).

Πιο συγκεκριμένα η σύφιλη εξελίσσεται κατά τα στάδια: πρωτογενής, δευτερογενής, λανθάνουσα και τριτογενής.

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

Η εμφάνιση ενός σκληρού έλκους είναι το πρώτο σημείο της σύφιλης. Το σκληρό έλκος αναπτύσσεται στο σημείο εισόδου (ενοφθαλμισμός) του οργανισμού από 10 έως 90 ημέρες μετά την έκθεση (κατά μέσο όρο 3 εβδομάδες). Σκληρά έλκη μπορεί να βρεθούν σε

κάθε περιοχή του δέρματος ή των βλεννογόνων, αλλά εμφανίζονται συχνότερα στα γεννητικά όργανα, τα χείλη, τις θηλές, τα χέρια, τη στοματική κοιλότητα, τον πρωκτό και το ορθό.

Κατά τη διάρκεια αυτού του υψηλού μολυσματικού σταδίου, το σκληρό έλκος ξεκινά σαν μία μικρή βλατίδα. Μέσα σε 3 έως 7 ημέρες μεταπίπτει στην τυπική του εμφάνιση: μία ανώδυνη, αποσκληρωμένη, επίπεδη, εκκριματώδης βλάβη. Οι περιοχικοί λεμφαδένες διογκώνονται, δίνουν την αίσθηση σταθερότητας και δεν είναι επώδυνοι. Χωρίς θεραπεία το σκληρό έλκος συνήθως εξαφανίζεται μέσα σε 6 εβδομάδες. Ωστόσο, ο οργανισμός διασπείρεται μέσα σε όλο το σώμα και ο ασθενής είναι ακόμα μολυσμένος.

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

Η δευτερογενής σύφιλη αναπτύσσεται 6 εβδομάδες με 6 μήνες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων της πρωτογενούς σύφιλης. Η δευτερογενής σύφιλη είναι μία συστηματική νόσος, διότι η σπειροχαίτη υπάρχει μέσα στην κυκλοφορία του αίματος. Οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν κακουχία, χαμηλό πυρετό, πονοκέφαλο, μυαλγίες και μερικές φορές πονόλαιμο.

Αυτά τα συμπτώματα συγγέονται συχνά με εκείνα της γρίπης. Αναπτύσσεται ένα γενικευμένο εξάνθημα, το οποίο περιλαμβάνει τις παλάμες και τα πέλματα των ποδιών. Παρόλο που το εξάνθημα δεν έχει τυπική εμφάνιση, τείνει να εξελιχθεί από βλατίδες σε φολιδωτές βλατίδες και στη συνέχεια σε φλύκταινες. Άλλες δερματικές βλάβες περιλαμβάνουν εξανθήματα που μοιάζουν με ψωρίαση, βλάβες που μοιάζουν με μυρμηκίες (πλατέα κονδυλώματα) και βλεννώδεις πλάκες. Οι βλάβες είναι υψηλής μολυσματικότητας και δεν πρέπει να αγγίζονται με γυμνά χέρια. Το εξάνθημα υποχωρεί χωρίς θεραπεία σε 4 έως 12 εβδομάδες.

ΠΡΩΙΜΗ ΚΑΙ ΟΨΙΜΗ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ ΣΥΦΙΛΗ

Μετά το δεύτερο στάδιο της σύφιλης υπάρχει μία λανθάνουσα περίοδος. Η πρώιμη λανθάνουσα σύφιλη συμβαίνει κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τη μόλυνση και μπορεί να υποτροπιάσουν οι λοιμογόνες βλάβες. Η όψιμη λανθάνουσα σύφιλη είναι μία νόσος με διάρκεια περισσότερο από 1 έτος μετά τη μόλυνση.

Αυτό το στάδιο δεν είναι μολυσματικό εκτός από την περίπτωση του εμβρύου από την έγκυο γυναίκα. Οι ασθενείς με λανθάνουσα σύφιλη μπορεί να έχουν ή να μην έχουν ευρήματα στην ορολογική αντίδραση.

ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

Η τριτογενής ή όψιμη σύφιλη εμφανίζεται μετά από μία υψηλά μεταβλητή περίοδο, από 4 έως 20 χρόνια. Αυτό το στάδιο αναπτύσσεται σε μη θεραπευμένες περιπτώσεις και μπορεί να μιμείται σχεδόν οποιαδήποτε παθολογική κατάσταση, γιατί μπορεί να έχει προσβληθεί οποιοδήποτε όργανο του συστήματος. Οι εκδηλώσεις της όψιμης σύφιλης είναι οι παρακάτω:

- Ø Καλοήθεις βλάβες (κοκκιώματα) στο δέρμα, τους βλεννογόνους και τα οστά
- Ø Σύφιλη του καρδιαγγειακού, συνήθως με τη μορφή της νόσου αορτικής βαλβίδας και των αορτικών ανευρυσμάτων
- Ø Νευροσύφιλη, η οποία προκαλεί προβλήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος (π.χ μηνιγγίτιδα, απώλεια ακοής, γενικευμένη πάρεση) (Ignatavicius & Workman, 2008).

3.10 ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΦΙΛΗΣ

Σύφιλη στο AIDS

Η σύφιλη και το AIDS συνυπάρχουν στον ίδιο άρρωστο όχι σπάνια, είτε γιατί το πρωτοπαθές συφιλιδικό έλκος διευκολύνει την είσοδο του HIV, είτε γιατί οι πάσχοντες από AIDS είναι ευάλωτοι στη συφιλιδική σπειροχαίτη λόγω της ανοσοανεπάρκειας. Οι διαγνωστικές οροαντιδράσεις της σύφιλης του δευτέρου σταδίου είναι θετικές στον πάσχοντα από AIDS και σύφιλη, αλλά στο 1/3 των πασχόντων και σε μικρό ποσοστό φορέων του HIV είναι αρνητικές. Πιστεύεται ότι στους πάσχοντες από AIDS η σύφιλη δεν εκδηλώνεται με τις γνωστές κλινικές και ανοσολογικές αντιδράσεις καθώς, επίσης, ότι η νευροσύφιλη είναι συχνότερη στους πάσχοντες από το AIDS και ότι δεν ανταποκρίνονται καλά στην θεραπεία με πενικιλίνη. Οι ορολογικές δοκιμές της σύφιλης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) βγαίνουν συνήθως θετικές στους οροθετικούς ασθενείς.

Καρδιαγγειακή σύφιλη

Η καρδιαγγειακή σύφιλη εμφανίζεται στα πιο προχωρημένα στάδια συνήθως με τη μορφή της νόσου αορτικής βαλβίδας και των αορτικών ανευρυσμάτων . Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την πρωτολοίμωξη μέχρι την εγκατάσταση των νευρολογικών επιπλοκών, δηλαδή την ανάπτυξη της νευροσύφιλης, είναι μακρό, κυμαινόμενο από 5 έως 10 και πλέον χρόνια.

Οι σπειροχαίτες βρίσκονται στον οπό του πρωτοπαθούς συφιλιδικού έλκους καθώς και στις δερματικές και βλεννογονικές συφιλιδικές βλάβες του 2^{ου} σταδίου και σπανιότερα του 3^{ου} σταδίου.

Συγγενής σύφιλη

Κατά την εγκυμοσύνη συφιλιδικής γυναίκας οι σπειροχαίτες περνούν από το αίμα της μέσω του πλακούντα στο έμβρυο. Ήδη από τη 12^η εβδομάδα της ζωής του το έμβρυο προσβάλλεται και νοσεί από γενικευμένη σύφιλη (πρώιμη συγγενής σύφιλη). Μπορεί να πεθάνει ή να φθάσει στο τέρμα της κύησης (πομφολυγώδεις βλάβες δέρματος, πλάκες, σπλαγγικές αλλοιώσεις, διογκώσεις ήπατος, μηνιγγίτιδα, νεφρίτιδα κ.α). Μπορεί να γεννηθεί νεκρό, αλλά μπορεί να ζήσει και τα συμπτώματα να εμφανισθούν αργότερα (όψιμη συγγενής σύφιλη). Τα συμπτώματα αυτά είναι:

- Ø παρεγχυματώδης κερατίτιδα
- Ø τριάδα του Hutchinson (περιοστίτιδα, φαγωμένα δόντια, καθίζηση της ρίζας της μύτης)
- Ø κερατοειδίτιδα
- Ø κώφωση
- Ø εκδηλώσεις του 3^{ου} σταδίου από το κεντρικό νευρικό σύστημα και την καρδιά.

Στο έμβρυο που γεννιέται νεκρό σπειροχαίτες βρίσκονται σε όλα τα όργανα του, ιδιαίτερα στο ήπαρ, στη χοληδόχο κύστη, στο έντερο και στο δέρμα. Ο πλακούντας συφιλιδικής μητέρας έχει σπειροχαίτες.

Κατά την εγκυμοσύνη περνούν από τον πλακούντα οι IgG τρεπονηματικές ανοσοσφαιρίνες και τα μη τρεπονηματικά αντισώματα της μητέρας στο έμβρυο. Αν το έμβρυο μολυνθεί από τη συφιλιδική σπειροχαίτη και νοσήσει παράγει αντισώματα μη τρεπονηματικά, αλλά και IgM τρεπονηματικά. Επομένως, η παρουσία τρεπονηματικών IgM αντισωμάτων δηλώνει συγγενή σύφιλη (Αρσένη, 1994).

Ενδημική σύφιλη

Ένα μη αφροδίσιο νόσημα παρόμοιο με τη σύφιλη που προκαλείται από το μικρόβιο *Treponema pallidum* ssp. *Endemicum* και προκαλεί την ενδημική σύφιλη ή Bejel. Η νόσος ενδημεί στην Αφρική, τη Δυτική Ασία και την Αυστραλία και προσβάλλει κυρίως παιδιά σε αγροτικές περιοχές, όπου οι συνθήκες διαβίωσης και προσωπικής υγιεινής είναι χαμηλού επιπέδου. Μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με άμεση επαφή και με την κοινή χρήση μολυσμένων σκευών που χρησιμοποιούνται στη διατροφή.

Η αρχική βλάβη εντοπίζεται συνήθως μέσα στο στόμα και μπορεί να μη γίνει αντιληπτή. Οι δευτερογενείς βλάβες είναι στοματοφαρυγγικές εστίες στους βλεννογόνους, πλατέα κονδυλώματα και περιοστίτιδα. Οι όνιμες βλάβες της νόσου είναι κομμιώματα στο δέρμα, το ρινοφάρυγγα και τα οστά. Όπως και στην τροπική μόρωση, δεν παρατηρούνται καρδιαγγειακές και νευρολογικές επιπλοκές και η συγγενής λοίμωξη είναι σπάνια, λόγω της μόλυνσης από το μικρόβιο σε μικρή ηλικία (Greenwood, Slack, Reutherer & Barer, 2010).

Νευροσύφιλη

Η ασυμπτωματική νευροσύφιλη χαρακτηρίζεται από ανωμαλίες του ENY, ενδεικτικές αθόρυβης διασποράς του *Treponema pallidum* στο ΚΝΣ σε μολυνθέντα, αλλά κατά τα άλλα υγιή, άτομα. Εως 25% των ασθενών παρουσιάζουν ασυμπτωματική προσβολή του ΚΝΣ τα πρώτα χρόνια μετά την λοίμωξη, η οποία υποχωρεί αυτομάτως ή εξελίσσεται σε συμπτωματική νόσο.

Τα στάδια της νευροσύφιλης είναι:

1. Μηνιγγίτιδα
2. Μηνιγγοαγγειίτιδα

3. Παρεγχυματική νευροσύφιλη :

α) Γενική πάρεση

β) Νωτιάδα φθίση

4. Κομμωματώδης νευροσύφιλη (<http://www.e-rheumatology.gr/scientific-articles/aggeiitides-syndeomenes-me-baktiridiakes-mykitiasikes-kai-parasitikes-loimokseis>)

3.11 ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΩΧΡΑΣ ΣΠΕΙΡΟΧΑΙΤΗΣ

Είναι μικρόβιο πολύ ευπαθές που γρήγορα καταστρέφεται εκτός του οργανισμού. Διατηρείται για 24 ώρες στο αίμα του ανθρώπου και αυτό έχει σημασία για τις μεταγγίσεις. Επίσης, διατηρείται ζωντανή και κινητή για μερικές ημέρες σε υγρά με αναγωγικές ουσίες σε αναερόβιες συνθήκες. Καταστρέφεται ταχύτατα με την ξήρανση, αλλά και με τη θερμότητα στους 42° C, με χημικές ουσίες όπως το βισμούθιο και ο υδράργυρος ουσίες που χρησιμοποιήθηκαν για τη θεραπεία της σύφιλης.

3.12 ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΥΦΙΛΗ

Η σύφιλη οφείλεται σε μία σπειροχαίτη, που καλείται τρεπόνεμα το ωχρό. Ανοσία προκαλείται με την πρώτη συφιλιδική μόλυνση (Παπαδημητρίου, 1988). Αντισώματα εμφανίζονται στο αίμα του πάσχοντα ήδη από την 3^η εβδομάδα από την εμφάνιση του έλκους. Τα πρώιμα αυτά αντισώματα δεν είναι τρεπονημικά, αλλά «αντιδρασίνες». Ανήκουν στην αρχή στις IgM και αργότερα στις IgG και IgA ανοσοσφαιρίνες. Από το τέλος της 3^{ης} εβδομάδας εμφανίζονται τρεπονημικά αντισώματα και ενώ ο τίτλος των μη τρεπονημικών αντιδρασινών φθάνει στην υψηλότερη τιμή περί τον 6^ο μήνα και μετά πέφτει μέχρι εξαφανίσεως, τα τρεπονημικά αντισώματα αυξάνουν μεν αλλά δεν εξαφανίζονται ούτε και μετά την πλήρη φαρμακευτική θεραπεία της νόσου (Αρσένη, 1994).

Εμφανίζονται δύο είδη αντισωμάτων στον ορό του ασθενούς. Το πρώτο αφορά στις λεγόμενες συφιλιδικές αντιδρασίνες. Αυτές είναι μη ειδικά αντισώματα, που στρέφονται και εναντίον των συστατικών των καρδιακών ιστών. Αποτελούν τη βάση των διαγνωστικών ορολογικών αντιδράσεων Wasserman και Kahn. Λόγω της μη ειδικότητας των αντισωμάτων ένα πλήθος άλλων νοσημάτων μπορούν να δώσουν ψευδώς θετικές τις οροαντιδράσεις αυτές,

όπως η λοιμώδης μονοπυρήνωση, η άτυπη πνευμονία, οι εμπύρετες καταστάσεις, οι νόσοι του κολλαγόνου κ.α.

Το δεύτερο αφορά στα καλούμενα αντισώματα ακινητοποίησης του τρεπονήματος. Αυτά είναι απολύτως ειδικά αντισώματα και θεωρούνται υπεύθυνα για την ανάπτυξη ενεργού ανοσίας (Παπαδημητρίου, 1988).

Τα αντισώματα αυτά δεν εμφανίζονται ή εμφανίζονται σε πολύ χαμηλούς τίτλους αν αρχίσει νωρίς η φαρμακευτική θεραπεία. Αν μάλιστα αρχίσει πολύ νωρίς πριν από την εμφάνιση του έλκους μπορεί να μη παραχθούν καθόλου. Αυτό συνεπάγεται κίνδυνο να συγκαλυφθεί η σύφιλη σε άτομα που κάνουν χημειοθεραπεία για οποιονδήποτε άλλο λόγο, π.χ για βλεννόροια (Αρσένη, 1994).

3.13 ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΦΙΛΗ

Η σύφιλη κατά τη διαδρομή της είναι δυνατό να προσβάλλει όλα τα όργανα και τους ιστούς του σώματος. Οι ιστολογικές αλλοιώσεις που προκαλούνται από τη σύφιλη, είναι δυνατόν να ταξινομηθούν σε δύο χαρακτηριστικές κατηγορίες: στις αλλοιώσεις αγγειίτιδας και στις κοκκιωματώδεις αλλοιώσεις.

Η συφιλιδική αγγειίτιδα παρατηρείται σε όλα τα στάδια της νόσου και χαρακτηρίζεται από αποφρακτική ενδαρτηριίτιδα με συγκεντρική ενδοθηλιακή και ινοβλαστική υπερπλασία και πάχυνση των μικρών αγγείων. Συγχρόνως ανευρίσκονται περιαγγειακές στρογγυλοκυτταρικές φλεγμονώδεις διηθήσεις αποτελούμενες κυρίως από πλασματοκύτταρα.

Οι κοκκιωματώδεις αλλοιώσεις παρατηρούνται κυρίως κατά το τρίτο στάδιο της σύφιλης και χαρακτηρίζονται από την ανάπτυξη των κομμωμάτων. Μερικές φορές τα κοκκιώματα της σύφιλης μοιάζουν πάρα πολύ νε τα κοκκιώματα της φυματίωσης ή της σαρκοείδωσης, από τα οποία με δυσκολία αντιδιαστέλλονται. Τα τυπικά, πάντως, κοκκιώματα αποτελούνται από μία κεντρική πηκτική νέκρωση, στην οποία συνήθως αναγνωρίζεται το περίγραμμα των νεκρωμένων κυττάρων υπό μορφή σκιών. Η νέκρωση περιβάλλεται από επιθηλιοειδή κύτταρα και άφθονα πλασματοκύτταρα. Τα μικρά αγγεία και στην περιοχή των κομμωμάτων παρουσιάζουν τη χαρακτηριστική συφιλιδική αγγειίτιδα. Τα κομμώματα συχνότερα ανευρίσκονται στο ήπαρ, τα οστά και στους όρχεις. Το μέγεθός του

κυμαίνεται από το μικροσκοπικό μέχρι το μακροσκοπικά ογκόμορφο (Greenwood, Slack, Reutherer & Barer, 2010).

3.14 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΦΙΛΗΣ

Οι κλινικές εκδηλώσεις της σύφιλης είναι οι εξής:

∅ Αναπαραγωγικό σύστημα

- Πρωτογόνος: Συφιλιδικό έλκος γεννητικών οργάνων (μπορεί να είναι εσωτερικό στις γυναίκες)

- Δευτερογόνος: Πλατέα κονδυλώματα

∅ Δέρμα και Βλεννογόνοι

- Δευτερογόνος: Εξάνθημα στις παλάμες και τα πέλματα

- Τριτογόνος: Κοκκιοματώδεις βλάβες στους βλεννογόνους και το δέρμα

∅ Γαστρεντερικό σύστημα

- Δευτερογόνος: Ανορεξία, πλάκες στοματικού βλεννογόνου

∅ Νευρικό σύστημα

- Δευτερογόνος: Ασυμπτωματική, κεφαλαλγία, μηνιγγίτιδα, προσβολή εγκεφαλικών συζυγιών (κρανιακών νεύρων)

- Τριτογόνος: Ασυμπτωματική, νευροσύφιλη, νωτιαία φθίση, σπασμοί, ημιπάρεση, ημιπληγία, διαταραχές προσωπικότητας, υπερδραστήρια αντανακλαστικά, ελαττωμένη μνήμη, δυσαρθρία, οπτική ατροφία, κόρες Argyll Robertson

∅ Μυοσκελετικό σύστημα

- Δευτερογόνος: Αρθραλγία, αρθρίτιδα, μυαλγία, περιοστίτιδα

- Τριτογόνος: Κομμώματα

∅ Καρδιαγγειακό σύστημα

- Τριτογόνος: Αορτική ανεπάρκεια, αορτικό ανεύρυσμα, στένωση στομίων στεφανιαίων αρτηριών
- ∅ Ουροποιητικό σύστημα
- Δευτερογόνος: Σπειραματονεφρίτιδα, νεφρωσικό σύνδρομο
- ∅ Άλλα
- Πρωτογόνος: Διόγκωση επιχώριων λεμφαδένων
- Δευτερογόνος: Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, πυρετός, κακουχία, ηπατίτιδα, αλωπεκία

3.15 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΦΙΛΗΣ

Η νόσος σύφιλη μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή ή τη στενή φυσική επαφή (Barrett, 2002). Ο ασθενής είναι πολύ μολυσματικός στην αρχή της νόσου, ιδίως όταν υπάρχει έλκος και εξάνθημα στο δέρμα (Δημητρακόπουλος, 1995). Μεταδίδεται με άμεση επαφή με τις βλάβες του δέρματος ή των βλεννογόνων και τις εκκρίσεις (σίελος, σπέρμα, κολπικά υγρά) μολυσμένου ατόμου κατά τη σεξουαλική επαφή, όταν υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος ή του βλεννογόνου του υγιούς ατόμου, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι απαιτείται συνουσία για τη μετάδοση καθώς και η απλή δερματική επαφή αρκεί για να μεταδοθεί το βακτήριο το οποίο εισέρχεται στον οργανισμό μέσω μικροδιαβρώσεων του δέρματος. Πιο σπάνια έχει αναφερθεί μετάδοση σε οδοντιάτρους και σε νοσηλευτές από επαφή των βλαβών με τα χέρια. Μετάδοση μπορεί να γίνει και με τη μετάγγιση αίματος, αν ο δότης βρίσκεται στα πρώτα στάδια της νόσου. Η μετάδοση μέσω μiasμένων αντικειμένων είναι εξαιρετικά σπάνια, λόγω πολύ μικρής αντοχής του βακτηρίου στο περιβάλλον, τα μικρόβια που φέρουν αυτή την αρρώστια, δεν ζουν πάνω στα αντικείμενα παρά μόνο 10-20 λεπτά και λίγο παραπάνω αν το αντικείμενο είναι υγρό. Έμβρυα γυναικών με λοίμωξη μολύνονται μέσω του πλακούντα ή κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Η περίοδος μεταδοτικότητας της νόσου εντοπίζεται κατά τη διάρκεια του πρώτου και δεύτερου σταδίου της ασθένειας και, επίσης, κατά τις δερματοβλεννογόνιες υποτροπές που μπορεί να εμφανισθούν τα 4 πρώτα έτη της λανθάνουσας περιόδου. Η μόλυνση του εμβρύου

κατά την κύηση είναι συχνή, όταν η μητέρα βρίσκεται στα πρώτα στάδια της λοίμωξης και λιγότερο συχνή στη λανθάνουσα περίοδο.

Κάποιος που πάσχει από σύφιλη και έχει μια ανοικτή πληγή έχει αυξημένη πιθανότητα και να "κολλήσει" κάποιο άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, αυτό ισχύει ειδικά για το AIDS. Επίσης, οι πάσχοντες από AIDS είναι πιο εύκολο να μεταδώσουν την ασθένειά τους, αν έχουν μια ανοικτή πληγή που την έχει προκαλέσει η σύφιλη (http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%8D%CF%86%CE%B9%CE%BB%CE%B7#.CE.9C.CE.B5.CF.84.CE.AC.CE.B4.CE.BF.CF.83.CE.B7_.CF.84.CE.B7.CF.82_.CE.BD.CF.8C.CF.83.CE.BF.CF.85)

Άλλοι τρόποι μετάδοσης της νόσου είναι:

- ∅ Με το φιλίμα. Με το φιλίμα γίνεται η μετάδοση σε περίπτωση που οι αλλοιώσεις εντοπίζονται στα χείλη, τη στοματική κοιλότητα ή στα γεννητικά όργανα.
- ∅ Με το αίμα ή τα παράγωγά του αίματος. Ο μικροοργανισμός επιζεί για 24 έως 48 ώρες στο αίμα στις συνθήκες διατήρησης του αίματος στις τράπεζες αίματος.
- ∅ Εργαστηριακή μόλυνση. Η αρχική εντόπιση της βλάβης αφορά κυρίως στα δάχτυλα του χεριού (Δημητρακόπουλος, 1995).

3.16 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η διάγνωση της σύφιλης είναι πολύπλοκη επειδή συχνά υποδύεται πολλές άλλες νόσους. Λαμβάνεται ένα προσεκτικό ιστορικό και διενεργείται κλινική εξέταση καθώς και εργαστηριακές εξετάσεις των βλαβών και αίματος (Lemone & Burke, 2006).

Η διάγνωση των τρεπονηματικών λοιμώξεων με τις κλασσικές βακτηριολογικές μεθόδους είναι αδύνατη, αφ' ενός διότι τα περισσότερα παθογόνα τρεπονήματα δεν αναπτύσσονται *in vitro*, και αφετέρου διότι πολλές από τις βλάβες που προκαλούν είναι παροδικές. Αν και είναι δυνατή η ανίχνευση των σπειροχαιτών από πρωτογενείς και δευτερογενείς βλάβες με μικροσκόπηση, η διάγνωση βασίζεται κυρίως σε κλινικές παρατηρήσεις και επιβεβαιώνεται με ορολογικές αντιδράσεις. Πρακτικά, η ορολογική απόκριση σε αυτά τα παθογόνα μικρόβια είναι πανομοιότυπη (Greenwood, Slack, Reutherer & Barer, 2010).

Οι εξετάσεις που εφαρμόζονται στα εργαστήρια Κλινικής Μικροβιολογίας είναι οι εξής:

1. Άμεση μικροσκοπική αναζήτηση της σπειροχαίτης
2. Ορολογικές εξετάσεις στα αντισώματα
 - i. Τρεπονημικά αντισώματα
 - ii. Μη τρεπονημικά αντισώματα
3. Αναζήτηση τρεπονημικών αντιγόνων στα κλινικά δείγματα (Αρσένη, 1994).

Άμεση μικροσκόπηση

Τα τρεπονήματα ανιχνεύονται άμεσα σε φρέσκο εξίδρωμα πρωτοπαθών ή δευτεροπαθών βλαβών, με μικροσκόπηση σκοτεινή πεδίου ή αντίθεσης φάσης. Αν και αυτή η μέθοδος επιτρέπει την ταχεία, επιβεβαιωμένη διάγνωση, έχει σχετικά μικρή ευαισθησία, διότι οι πρωτοπαθείς βλάβες μπορεί να περιέχουν σχετικά μικρό αριθμό μικροβίων. Επιπλέον, χρειάζεται προσοχή για τη διαφοροποίηση μεταξύ των παθογόνων σπειροχαιτών και εκείνων της χλωρίδας, που επιμολύνουν ενίοτε τα κλινικά δείγματα. Πιο ευαίσθητα και ειδικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται χρησιμοποιώντας μονιμοποιημένο παρασκεύασμα του κλινικού δείγματος, και εφαρμογή άμεσου ανοσοφθορισμού με αντιτρεπονημικό αντίσωμα.

Η λοίμωξη από το *Treponema Pallidum* έχει ως αποτέλεσμα την ταχεία παραγωγή δύο ειδών αντισωμάτων:

1. Ειδικών αντισωμάτων, έναντι κυρίως των πολυπεπτιδικών αντιγόνων του βακτηρίου
2. Μη ειδικών αντισωμάτων (αντιδρασινών), που αντιδρούν με ένα μη τρεπονημικό αντιγόνο, την καρδιολιπίνη.

Ο μηχανισμός επαγωγής των μη ειδικών αντισωμάτων δεν έχει πλήρως αποσαφηνισθεί. Η καρδιολιπίνη είναι ένα φωσφολιπίδιο από καρδιά βοός, είναι λοιπόν πιθανό μια παρόμοια ουσία που υπάρχει στο κύτταρο του τρεπονήματος ή απελευθερώνεται από κύτταρα του ξενιστή που καταστρέφονται από το βακτήριο, να επάγει την παραγωγή αντισωμάτων. Οι δοκιμασίες αναζήτησης μη ειδικών αντισωμάτων χρησιμοποιούνταν ως μέθοδος διαλογής για τη διάγνωση της σύφιλης λόγω της απλότητας στην εκτέλεση και του

χαμηλού του κόστους. Δοκιμασίες ενζυμικής ανοσοπροσρόφησης (Elisa) που ανιχνεύουν ειδικά τρεπονημικά αντισώματα αντικαθιστούν πλέον τις παλαιότερες μεθόδους διαλογής (Greenwood, Slack, Reutherer, & Barer, 2010).

Ορολογικές εξετάσεις

Ιστορικά η κύρια ορολογική διαγνωστική της σύφιλης ήταν η Wasserman, δηλαδή δοκιμή συνδέσεως του συμπληρώματος που λίγα εργαστήρια μπορούσαν να την κάνουν και μερικές βοηθητικές μικρότερης αξίας κροκιδωτικές και συγκολλητικές.

Η Wasserman και γενικότερα η δοκιμή συνδέσεως συμπληρώματος είναι μία μεγάλης αξίας με πολλές εφαρμογές στην ιολογία μέθοδος που έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί από τα νοσοκομειακά μικροβιολογικά εργαστήρια. Αντί αυτής γίνονται άλλες απλούστερες μέθοδοι ελεγχόμενες με υψηλούς βαθμούς ακριβείας, επαναληψιμότητας αλλά και ειδικότητας και ευαισθησίας.

Οι οροδιαγνωστικές εξετάσεις διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Σε αυτές που ανιχνεύουν μη τρεπονημικά αντισώματα και σε αυτές που ανιχνεύουν τρεπονημικά αντισώματα που είναι και οι πιο ειδικές. Στην πράξη οι μη τρεπονημικές γίνονται πρώτα και συχνά αρκούν για τη διάγνωση. Οι τρεπονημικές γίνονται για επιβεβαίωση των πρώτων.

Συνολικά οι ορολογικές εξετάσεις για τη διάγνωση της σύφιλης και των άλλων τρεπονημικών νόσων είναι οι εξής:

- ∅ Μη τρεπονημικές δοκιμές
 - VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)
 - RPR (Rapid Plasma Reagin)
- ∅ Τρεπονημικές δοκιμές
 - FTA-ABS (Fluorescent Treponema Antibody Absorption)
 - TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination)
 - TPI (Treponema Pallidum Immobilization)

Οι μη τρεπονημικές γίνονται και δίνουν διαγνωστικό αποτέλεσμα δηλαδή είναι θετικές στο πρώτο και κυρίως στο δεύτερο στάδιο της νόσου, όχι όμως στο τρίτο στάδιο, ενώ οι τρεπονημικές στο δεύτερο και τρίτο στάδιο.

Τα μη τρεπονημικά αντισώματα εξαφανίζονται με την εφαρμογή της θεραπείας και τη χρονίζουσα μορφή, ενώ τα τρεπονημικά δεν εξαφανίζονται ακόμα και μετά τη θεραπεία της νόσου.

ΜΗ ΤΡΕΠΟΝΗΜΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ

1. VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)

Είναι η πρότυπος, η δοκιμή αναφοράς για τα μη τρεπονημικά αντισώματα. Τα μη τρεπονημικά αντισώματα (regains = αντιδρασίνες) του ορού ατόμου πάσχοντος από σύφιλη προκαλούν κροκύδωση του VDRL αντιγόνου που είναι ένα μίγμα καρδιολιπίνης, λεκιθίνης και χοληστερόλης.

Αντιδραστήρια:

- ∅ Το VDRL αντιγόνο διατηρείται σε σκοτεινό χώρο στο ψυγείο ή σε θερμοκρασία δωματίου.
- ∅ Ρυθμιστικό διάλυμα με NaCl 1% pH 6. Έτοιμο ή παρασκευάζεται στο εργαστήριο.
- ∅ Οροί μάρτυρος. Θετικός (R), Ασθενώς θετικός (W) και Αρνητικός (N).
- ∅ Εξεταστέοι οροί. Το χωρίς αντιπηκτικό αίμα των ασθενών φυγοκεντρείται στις 1500 στροφές για 5 λεπτά. Παραλαμβάνεται ο ορός και αδρανοποιείται στους 56° C για 30 λεπτά.

Αξιολόγηση της VDRL:

Η VDRL βγαίνει θετική σε ενεργό και σε παλιά συφιλιδική λοίμωξη. Είναι η μόνη από τις μη τρεπονημικές δοκιμές που βγαίνει θετική και στο στάδιο της νευροσύφιλης. Ψευδώς θετική μπορεί να οφείλεται σε τεχνικό λάθος ή σε λοιμώξεις από άλλα τρεπονήματα. Η προγνωστική αξία της ενισχύεται αν συνδυασθεί με την εκτέλεση και μιας τρεπονημικής

δοκιμής. Φαινόμενο ζώνης σε ορούς με υψηλούς τίτλους στο δεύτερο στάδιο της νόσου παρατηρείται. Σε κάθε περίπτωση με ασαφές αποτέλεσμα πρέπει να γίνει ποσοτική η δοκιμή. Αρνητικό αποτέλεσμα βγαίνει και σε περιπτώσεις παλαιάς σύφιλης.

Η VDRL επηρεάζεται από τεχνικούς παράγοντες. Πρέπει να τηρηθούν με ακρίβεια οι οδηγίες προετοιμασίας του αντιγόνου και της εκτέλεσής της δοκιμής. Ο ορός δεν πρέπει να είναι αιμολυμένος και δε γίνεται με πλάσμα. Βιολογικά ψευδώς θετικό αποτέλεσμα βγαίνει σε περιπτώσεις λοιμώξεων από άλλα τρεπονήματα, στον ερυθρηματώδη λύκο, στη μονοπυρήνωση, στην ελονοσία, στη λέπρα, στην ιογενή πνευμονία, στους χρήστες ηρωίνης.

2.RPR (Rapid Plasma Reagin)

Είναι τροποποίηση της VDRL. Το αντιγόνο είναι το ίδιο, αλλά επιπλέον περιέχει κοκκία άνθρακος που κάνουν την κροκύδωση εντονότερη και εύκολα ορατή με το μάτι. Έχει την ίδια ευαισθησία και την ίδια ειδικότητα με την VDRL.

Τροποποίηση της RPR είναι η RPRC (C=Cart) που γίνεται σε μία λευκή πλαστική κάρτα. Είναι συνήθως εφαρμοζόμενη.

Διαφέρει στην εκτέλεσή της από την VDRL κατά το ότι δε χρειάζεται αδρανοποίηση του ορού. Το αντιγόνο είναι σταθερό. Είναι ταχύτερη και φθηνότερη και τα υλικά συστατικά της μιας χρήσεως. Η ευαισθησία και η ειδικότητά της είναι εφάμιλλη της VDRL και δοκιμή μπορεί να γίνει και με το πλάσμα. Η προετοιμασία του αντιγόνου και η εκτέλεση της δοκιμής είναι βασικά η ίδια με την VDRL και γίνεται κατά τις οδηγίες του εντύπου που συνοδεύουν το προϊόν. Τηρούνται αυστηρά όλοι οι όροι των οδηγιών αυτών.

Σε θετική αντίδραση εμφανίζονται οι μαύρες κροκύδες πολύ ή λίγο έντονες, ενώ σε αρνητική παραμένει ομοιογενώς γκρι. Ποσοτική RPR γίνεται στις περιπτώσεις με θετικό αποτέλεσμα.

Τέλος, η RPR δε μπορεί να εφαρμοσθεί στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) και παρατηρούνται ψευδώς θετικές αντιδράσεις όπως και στη VDRL.

ΤΡΕΠΟΝΗΜΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ

Κατ' αυτές χρησιμοποιείται αντιγόνο της συφιλιδικής σπειροχαΐτης και είναι οι εξής:

1. Ανοσοφθορισμός τρεπονημικών αντισωμάτων με απορρόφηση (FTA-ABS (Fluorescent Treponema Antibody Absorption))

Οι πρωτεΐνες συμπεριλαμβανομένων και των αντισωμάτων μπορούν να σημαθούν με φθορίζουσες χρωστικές χωρίς μετατροπή ή παρεμβολή στις βιολογικές και ανοσολογικές τους ιδιότητες. Οι συνδεδεμένες με φθοριοχρώματα ανοσοσφαιρίνες μπορούν να γίνουν ορατές σε μικροσκόπιο, στο οποίο η φωτεινή εστία είναι λάμπα υπεριώδων ακτίνων, διότι τα φθοριοχρώματα μετατρέπουν τις υπεριώδεις ακτίνες σε φωτεινές. Αν σε μία αντικειμενοφόρο πλάκα επιστρέψουμε εναιώρημα συφιλιδικής σπειροχαΐτης και ρίξουμε από πάνω ορό αίματος συφιλιδικού ατόμου τότε τα τρεπονημικά αντισώματα του ορού θα ενωθούν με τη σπειροχαΐτη.

Η FTA μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αναγνώριση των IgG και IgM. Η ανίχνευση των IgM αντισυφιλιδικών αντισωμάτων είναι διαγνωστική της ενδομήτριας μόλυνσης.

2. Αιμοσυγκόλληση του συφιλιδικού τρεπονήματος TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination)

Ερυθρά αιμοσφαίρια προβάτου που έχουν ευαισθητοποιηθεί (δηλαδή καλυφθεί) με ένα αντιγόνο από την ωχρή σπειροχαΐτη συγκολλώνται όταν αναμειχθούν με ορό συφιλιδικού ατόμου που περιέχει αντισώματα προς τη σπειροχαΐτη. Είναι κατά πολύ απλούστερη και λιγότερο ευαίσθητη στα πρώιμα στάδια της νόσου από τον ανοσοφθορισμό.

3. Ακινητοποίηση του συφιλιδικού τρεπονήματος TPI (Treponema Pallidum Immobilization)

Το αντιγόνο φέρεται σε πλάκες μικροτιτλοποίησης στα τοιχώματα των βυθισμάτων της. Το αραιωμένο δείγμα (ορός αίματος) και το ένζυμο Reiter – αντιγόνο επωάζονται για 60 λεπτά σε θερμοκρασία δωματίου. Έχει υψηλή ειδικότητα, γιατί αντιδρά με τις IgG και IgM ανοσοσφαιρίνες.

4. Συγκόλληση της σπειροχαΐτης

Το αντιγόνο είναι εναιώρημα νεκρών σπειροχαιτών. Αυτό συγκολλείται παρουσία τρεπονημικών αντισωμάτων στον ορό ή στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY). Ο ορός για τη

δοκιμή αυτή αραιώνεται, ενώ το εγκεφαλονωτιαίο χρησιμοποιείται χωρίς αραιώση. Η τεχνική της είναι απλή, δηλαδή ίσα μέρη αντιγόνου και αραιωμένου ορού επωάζονται για 2 ώρες στους 37° C και 1 ώρα σε θερμοκρασία δωματίου. Θετικός ορός παρουσιάζει σαφή συγκόλληση του εναιωρήματος των σπειροχαιτών.

5. Σύνδεση συμπληρώματος με Reiter αντιγόνο

Κατά τη μέθοδο αυτή το αντιγόνο είναι μία πρωτεΐνη που εκχυλίζεται από τη σπειροχαιτή Reiter. Το πλεονέκτημα της μεθόδου έγκειται στην ευκολία παρασκευής του αντιγόνου, καθώς η σπειροχαιτή Reiter καλλιεργείται σε θρεπτικό υλικό. Επιπλέον, μπορεί να εκτελεσθεί σε κάθε εργαστήριο που κάνει Wasserman, διότι η τεχνική είναι ακριβώς η ίδια με μόνη διαφορά ότι η ανασύσταση του αντιγόνου και η τελική του αραιώση γίνεται κατά πως τα παραγγέλνει ο παραγωγός της ουσίας. Έχει βέβαια το μειονέκτημα ότι μπορεί να δώσει ψευδώς θετική αντίδραση από αντισώματα προς αυτή και όχι προς την ωχρά σπειροχαιτή και δίνει ασαφείς αντιδράσεις σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Αποτελεί μία συμπληρωματική δοκιμή των τρεπονημικών (Αρσένη, 1994)

3.17 ΑΙΤΙΑ ΨΕΥΔΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ

Ενίοτε, τόσο οι μη ειδικές, όσο και οι ειδικές ορολογικές δοκιμασίες δίνουν ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Οι RPR και VDRL ενδέχεται να είναι παροδικά θετικές, μετά από κάποιο ισχυρό ανοσολογικό ερέθισμα, όπως οξεία βακτηριακή ή ιογενής λοίμωξη, ή μετά από εμβολιασμό. Πιο μακροχρόνια ψευδώς θετικά αποτελέσματα παρατηρούνται σε άτομα με αυτοάνοσα νοσήματα ή νοσήματα του συνδετικού ιστού, σε χρήστες ναρκωτικών και σε άτομα με υπεργαμμασφαιριναιμία. Τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα αποκαλύπτονται όταν τα ίδια δείγματα δώσουν αρνητικά αποτελέσματα με τις ειδικές ορολογικές δοκιμασίες.

Άλλες λοιμώξεις από σπειροχαιτές, όπως ο υπόστροφος πυρετός, η τροπική μόρωση, η pinta και η λεπτοσπείρωση μπορεί επίσης να δώσουν θετικά αποτελέσματα τόσο στις ειδικές, όσο και στις μη ειδικές ορολογικές δοκιμασίες (Greenwood, Slack, Reutherer, & Barer, 2010). Επιπλέον ψευδείς θετικές αντιδράσεις δίνονται από λοιμώδη νοσήματα όπως, η λέπρα, η φυματίωση, η πνευμονιοκοκκική πνευμονία, η υποξεία βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα,

η οστρακιά, η λεπτοσπείρωση, ο υπόστροφος πυρετός, η ιλαρά, η ανεμοβλογιά, η ηπατίτιδα, η λοιμώδης μονοπυρήνωση κ.α (Δημητρακόπουλος, 1995).

Ιδιαίτερα δύσκολη είναι η διαφορική διάγνωση της σύφιλης από την τροπική μόρωση σε μετανάστες από περιοχές που ενδημεί η τελευταία. Ορισμένες από τις νεότερες ανοσοενζυμικές μεθόδους έχουν μικρότερη ευαισθησία σε περιπτώσεις πρωτογενούς σύφιλης.

Η άμεση ανίχνευση DNA των σπειροχαιτών στα κλινικά δείγματα με μοριακές μεθόδους, όπως η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR), μπορεί στο μέλλον να παίζει ρόλο στην επιβεβαίωση της διάγνωσης της σύφιλης σε δύσκολα ή άτυπα περιστατικά (Greenwood, Slack, Reutherer & Barer, 2010).

3.18 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπεία εκλογής για την πρωτογόνο και τη δευτερογόνο σύφιλη είναι η βενζαθινική πενικιλίνη G, χορηγούμενη ενδομυϊκά σε μία δόση. Για σύφιλη απροσδιόριστης διάρκειας ή μεγαλύτερης του έτους, η συνολική δόση αυξάνεται και χορηγείται σε τρεις εβδομαδιαίες ενέσεις (νοσηλευτική). Σε ασθενείς αλλεργικούς στη πενικιλίνη χορηγείται δοξυκυκλίνη, ερυθρομυκίνη, τετρακυκλίνη ή χλωραμφενικόλη. Στην όψιμη σύφιλη χρησιμοποιείται υδατικό διάλυμα βενζυλοπενικιλίνης, διότι διεισδύει καλύτερα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Στη νευροσύφιλη η εξάλειψη του μικροβίου μπορεί να μην οδηγήσει σε κλινική θεραπεία. Σε HIV θετικούς ασθενείς με σύφιλη απαιτείται πιο επιθετική και παρατεταμένη αντιβιοτική θεραπεία, λόγω της διαταραγμένης ανοσολογικής τους λειτουργίας (Greenwood, Slack, Reutherer, & Barer, 2010).

Η θεραπεία της σύφιλης στις εγκύους γυναίκες μπορεί να συνοδευθεί από μία σοβαρή αντίδραση που ονομάζεται Jarish-Herxheimer, η οποία περιλαμβάνει πυρετό, μυοσκελετικό πόνο, ταχυκαρδία και μερικές φορές υπόταση. Αυτή δεν είναι μία αντίδραση στην πενικιλίνη καθαυτή, αλλά αποδίδεται στην αιφνίδια και μαζική καταστροφή των σπειροχαιτών από την πενικιλίνη και την εξαιτίας αυτής απελευθέρωση τοξινών στο αίμα. Η αντίδραση Jarish-Herxheimer γενικά αρχίζει εντός 24 ωρών από την έναρξη της θεραπείας και υποχωρεί μέσα στο επόμενο 24ωρο. Η θεραπεία δε θα πρέπει να διακόπτεται, εκτός αν τα συμπτώματα γίνουν απειλητικά για τη ζωή. Η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από την κατά προσέγγιση υπολογιζόμενη διάρκεια της λοίμωξης (Lemone & Burke, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HUMAN PAPILLOMA VIRUS)

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)

Οι ιοί των ανθρώπινων θηλωμάτων είναι DNA-ιοί, γνωστοί διεθνώς ως HPV (Human Papilloma Viruses). Το μέγεθός τους κυμαίνεται από 10 nm έως 300 nm και έχουν διάμετρο 54 nm (Μπασιάρης, 2008).

Με τον όρο κονδυλώματα εννοούμε καλοήθειες εξωφυτικές αντιδράσεις ιογενούς προέλευσης (Lemone & Burke, 2006). Η επιφάνειά τους είναι θηλωματώδης και μπορεί να καλύπτεται από κερατίνη. Συχνά οι θηλές είναι λεπτές και μοιάζουν με δάκτυλο. Το χρώμα τους εξαρτάται από το βαθμό κερατινοποίησης και κυμαίνεται από γκρίζο μέχρι έντονα ερυθρό. Είναι πολλαπλά και μπορεί να συνυπάρχουν με επίπεδες βλάβες (Κουρούνης, 1991). Όλες οι κατηγορίες θηλωματοϊών έχουν κοινά μορφολογικά χαρακτηριστικά (αποτελούνται από διπλή κυκλική έλικα DNA περιβεβλημένη από εικοσάεδρη πρωτεϊνική κάψα) και ίδιες επιδράσεις στους διάφορους ξενιστές (προκαλούν όγκους και υπερπλασίες στο δέρμα και τους βλεννογόνους) (Στρατηγός, 2004).

Τα κονδυλώματα ή θηλώματα των γεννητικών οργάνων, γνωστά και ως οξυτενή κονδυλώματα ή αφροδίσιες μυρμηγκιές, προκαλούνται από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων και η περίοδος επώασής τους κυμαίνεται από 6 εβδομάδες έως 8 μήνες, με μέση περίοδο 3 μηνών (Lemone & Burke, 2006).

4.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Από την εποχή του Ιπποκράτη ήταν γνωστά στον ιατρικό κόσμο τα γεννητικά κονδυλώματα. Ένας από τους παλαιότερους όρους, που χρησιμοποιήθηκαν στην ιατρική βιβλιογραφία ήταν η ελληνική λέξη «κονδύλωμα», όρος που χρησιμοποιείται και σήμερα και σήμαινε στρογγυλό έπαρμα πλησίον του πρωκτού, δεδομένου ότι τα κονδυλώματα

θεωρούνταν και τότε σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, σύνηθες εύρημα σε ομοφυλόφιλους άνδρες.

Κατά τους Ρωμαϊκούς έχουμε αναφορές για κονδυλώματα στους τόμους περί «Γυναικείων» του Σωρανού του Εφέσιου. Οι σατυρικοί και λαϊκοί συγγραφείς της εποχής αυτής τα απέδιδαν στη σεξουαλική απελευθέρωση και έκλυση των ηθών, πιστεύοντας ότι τα κονδυλώματα του πρωκτού ήταν αποτέλεσμα της παρά φύσιν συνουσίας.

Η εμφάνιση και η έξαρση της σύφιλης στη Ευρώπη στα τέλη του 15^{ου} αι. έδωσε μια νέα πνοή στο ενδιαφέρον της ιατρικής κοινωνίας και για άλλες παθήσεις των γεννητικών οργάνων. Αρχικά βέβαια, δε γίνεται διάκριση μεταξύ της γονόρροιας, της σύφιλης και των γεννητικών θηλωμάτων. Θεωρούσαν τα κονδυλώματα ως εκδήλωση της σύφιλης.

Το 1973 ο Benjamin Bell θα κάνει το διαχωρισμό της σύφιλης από τη γονόρροια και θα περιγράψει με σαφήνεια τα γεννητικά θηλώματα. Δεν δεχόταν ότι τα κονδυλώματα προκαλούνται από τη σύφιλη και θέτει τη διαφορική διάγνωση των βλαβών από τις συφιλιδικές βλατιδώδεις εκδηλώσεις. Αυτές οι απόψεις του Bell, θα επιβεβαιωθούν και από τον Ricord το 1838.

Καθώς εγκαταλείφθηκε η άποψη ότι τα κονδυλώματα αποτελούν ένδειξη σύφιλης, το 1852 αναπτύχθηκε από τον Pirrie η λανθασμένη άποψη ότι προκαλούνται από την γονόρροια. Η άποψη αυτή βρήκε πολλούς υποστηρικτές τον 19^ο αιώνα.

Μόνο μετά από 20 χρόνια ο Martin το 1872, θα υποστηρίξει με βεβαιότητα ότι οι ασθενείς με θηλώματα δεν είχαν ιστορικό βλεννόρροιας κάτι που επιβεβαιώθηκε το 1879 με την ανακάλυψη του γονόκοκκου.

Πολλοί ερευνητές του 19^{ου} αι., στην προσπάθειά τους να βρουν την αιτιολογία των γεννητικών θηλωμάτων, υποστήριξαν την άποψη ότι οφείλονταν σε ερεθισμό της επιδερμίδας από διάφορους εξωγενείς μολυσματικούς παράγοντες (π.χ ακαθαρσίες). Το 1893 διατυπώθηκε για πρώτη φορά από τον Gemy, η άποψη ότι τα γεννητικά κονδυλώματα σχετίζονται με τις δερματικές μυρμηκίες. Η εμμονή στη θεωρία αυτή απομάκρυνε την προσοχή από ένα σημαντικό ερώτημα, το οποίο αφορούσε τη συχνότητα της σεξουαλικής μετάδοσης της νόσου. Το 1954 έχουμε την οριστική επιβεβαίωση της θεωρίας ότι τα γεννητικά κονδυλώματα μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή, από τους Barrett, Silbar και Mc Ginley.

Πρώτος ο Almeida το 1969 μαζί με άλλους ερευνητές υπέθεσαν, ότι αυτός ο ιός έχει διαφορετικά αντιγονικά χαρακτηριστικά από τον ιό των κοινών μυρμηκιών.

Το 1970 ο Zur Hausen άρχισε να μελετά τον ιό HPV και την πιθανή συσχέτισή του με τα επιθηλιακά καρκινώματα, χρησιμοποιώντας την ίδια τεχνική με την οποία ανακαλύφθηκε ο ιός Epstein-Barr στο λέμφωμα Burkitt. Τα πρώτα αποτελέσματα με τη μέθοδο αυτή του υβριδισμού δημοσιεύθηκαν το 1974 και τελικά το 1977 ο Zur Hausen ανακοίνωσε την ύπαρξη τεσσάρων διαφορετικών τύπων του ιού.

Με την αλματώδη εξέλιξη της τεχνολογίας αποδείχθηκε ότι ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων είναι ένας επιθηλιοτρόπος DNA ιός, ο οποίος αριθμεί πλέον των 100 γονοτύπων, από τους οποίους οι 35 αφορούν στα γεννητικά όργανα. Οι τελευταίοι ανάλογα με τη βιολογική συμπεριφορά τους ταξινομούνται σε 4 κατηγορίες: στους χαμηλού κινδύνου, ενδιάμεσου κινδύνου, υψηλού κινδύνου και στους αβέβαιης έκβασης τύπου. Ο κίνδυνος ανάπτυξης ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας ή πλακώδους διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι άμεσα συνδεδεμένος με τον τύπο του ιού (Κουρούνης, 2004).

4.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι λοιμώξεις από HPV δεν είναι αναφερόμενες νόσοι, έτσι η ακριβής επίπτωσή τους είναι άγνωστη, αλλά θεωρούνται μία από τις συχνότερες σεξουαλικές μεταδιδόμενες λοιμώξεις στις ΗΠΑ. Οι περισσότερες λοιμώξεις από HPV είναι ασυμπτωματικές ή περνούν απαρατήρητες (Lemon & Burke, 2006). Στις ΗΠΑ κάθε χρόνο περίπου 5,5 εκατομμύρια άνθρωποι προσβάλλονται από τον HPV. Είναι πιθανόν να είναι μολυσμένο το 75% του πληθυσμού αναπαραγωγικής ηλικίας. Εκτιμάται ότι 20 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν στη παρούσα φάση λοιμώξεις από HPV, οι οποίες μεταδίδονται σε άλλους (Ignatavicius & Workman, 2008)

Η μόλυνση των γεννητικών οργάνων από τους HPV είναι σήμερα πολύ συχνή στις ηλικίες 18-30 ετών. Στη μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων που μολύνονται, η μόλυνση θα παραμείνει λανθάνουσα ή με ελαφριές αλλοιώσεις για λίγα χρόνια. Σε άτομα με υγιές ανοσοποιητικό σύστημα οι φλεγμονές από τους HPV καταστέλλονται με ρυθμούς 50% / έτος. Ο επιπολασμός της μόλυνσης γίνεται θεαματικά στις μεγαλύτερες ηλικίες. Οι ογκογόνοι τύποι των HPV ανευρίσκονται στο τράχηλο της μήτρας σε ποσοστά 5-10% σε γυναίκες 35-40 ετών, αλλά μόνο στο 1% των γυναικών μετά τα 50 έτη. Από τις γυναίκες που μολύνθηκαν

ένα πολύ μικρό ποσοστό θα εμφανίσει αργότερα προκαρκινικές αλλοιώσεις που έχουν δυναμική μετεξέλιξης σε καρκίνο (Στρατηγός, 2004).

Μερικοί υπότυποι του HPV συσχετίζονται στενά με δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας. Περισσότεροι από 90% των καρκίνων της μήτρας περιέχουν DNA από ογκογόνους (που προάγουν τον καρκίνο) υπότυπους HPV. Ο HPV επίσης συσχετίζεται με υψηλό κίνδυνο καρκίνου του κόλπου, του αιδοίου, του πέους και του πρωκτού (Lemone & Burke, 2006).

Σύμφωνα με τελευταία στοιχεία έχουμε γενική αύξηση των γυναικών που εμφανίζουν τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων. Σε μια παγκόσμια κατανομή της λοίμωξης από τον ιό HPV παρατηρούμε ότι περίπου 11 εκατομμύρια γυναίκες έχουν προσβληθεί στη Βόρειο Αμερική, 23 εκατομμύρια στη Νότιο Αμερική, 29 εκατομμύρια στην Αφρική, 36 εκατομμύρια στην Ευρώπη, 1 εκατομμύριο στην Αυστραλία και πάνω από 170 εκατομμύρια στην Ασία.

Σύμφωνα με το Journal of the American Medical Association (2007) η μετάδοση του HPV ανάμεσα στις γυναίκες στις ΗΠΑ είναι ως εξής:

- 24,5% μετάδοση του HPV μεταξύ γυναικών ηλικίας από 14 έως 19
- 44,8% μετάδοση του HPV μεταξύ γυναικών ηλικίας από 20 έως 24
- 27,4% μετάδοση του HPV μεταξύ γυναικών ηλικίας από 25 έως 29
- 27,5% μετάδοση του HPV μεταξύ γυναικών ηλικίας από 30 έως 39
- 25,2% μετάδοση του HPV μεταξύ γυναικών ηλικίας από 40 έως 49
- 19,6% μετάδοση του HPV μεταξύ γυναικών ηλικίας από 50 έως 59

Μία έρευνα έχει δείξει ότι, το 26.8% των γυναικών ηλικίας από 14 έως 59 έχουν μολυνθεί από τουλάχιστον μιας μορφής HPV. Ο HPV των γεννητικών οργάνων είναι αρκετά συνηθισμένος με τις στατιστικές να δείχνουν ότι πάνω από το 50% των γυναικών θα μολυνθούν από κάποιας μορφής σεξουαλικά μεταδιδόμενο τύπο του HPV (<http://el.wikipedia.org/wiki/HPV>)

Καρκινικοί τύποι που σχετίζονται με την λοίμωξη HPV είναι οι εξής: ο καρκίνος του αιδοίου με αριθμό περιπτώσεων ανά έτος περίπου 50.000 και σε ποσοστό 50-80%, ο καρκίνος του κόλπου με αριθμό περιπτώσεων 20.000 ανά έτος και ποσοστό 50-80%, ο

καρκίνος του πρωκτού με αριθμό περιπτώσεων 50.000 ανά έτος και ποσοστό 70-95%, ο καρκίνος του πέους σε αριθμό περιπτώσεων 50.000 ανά έτος και ποσοστό 40-70% και τέλος ο πιο σημαντικός καρκίνος, εκείνος του τραχήλου της μήτρας που εμφανίζεται σε αριθμό περιπτώσεων πάνω από 500.000 ανά έτος και σε ποσοστό που ξεπερνά το 95% τραχήλου (Πεκτασίδης, Αθανάσιος & Δημόπουλος, 2001).

ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ / ΕΤΟΣ	ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ HPV (%)
ΤΡΑΧΗΛΟΥ	500.000	>95%
ΑΙΔΟΙΟΥ	50.000	50-80%
ΚΟΛΠΟΥ	20.000	50-80%
ΠΡΩΚΤΟΥ	50.000	70-95%
ΠΕΟΥΣ	50.000	40-70%

(Κουρούνης, 2004)

4.4 ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ HPV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Η λοίμωξη από τον ιό HPV θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, αλλά και για καρκίνους της πρωκτογεννητικής περιοχής. Η επιδημιολογική συσχέτιση μεταξύ λοίμωξης με HPV και καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας πληρεί όλα τα καθιερωμένα κριτήρια ως προς την αιτιότητα. Η συσχέτιση μεταξύ HPV και καρκίνου του τραχήλου είναι εντυπωσιακά ισχυρή, ενώ μελέτες που να συνηγορούν για αρνητική συσχέτιση δεν υπάρχουν. Οι συσχετιζόμενοι σε ποσοστό 70-90% με καρκινογένεση τύποι HPV είναι οι 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 49, 51, 52, 54, 55, 56, 58, 59, 64 και 68. Εξ' αυτών ο HPV 16 έχει την πιο ισχυρή συσχέτιση διεθνώς, με τους τύπους 18, 31 και 45 να ακολουθούν. Ως προς τη χρονική αλληλουχία η λοίμωξη από HPV τείνει να προηγείται και να προμηνύει νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας. Μεγάλες μελέτες αναδεικνύουν σχετικό κίνδυνο >10% και απόλυτο >60% για την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου σε έδαφος HPV λοίμωξης. Σε διεθνή μελέτη που συμπεριλάμβανε περισσότερες

από 1050 ασθενείς από διάφορες χώρες, σε ποσοστό πάνω από 85% από κάθε χώρα βρέθηκαν τμήματα DNA του HPV σε κύτταρα του τραχήλου της μήτρας.

Αν και υπάρχουν πολλά στοιχεία που υποστηρίζουν τον αιτιολογικό ρόλο ορισμένων τύπων του ιού του ανθρωπίνου κονδυλώματος, φαίνεται ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες ή καταστάσεις που θα πρέπει να συντρέχουν, καθώς από ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών που είναι θετικές για λοίμωξη από τον ιό μόνο ένα μικρό ποσοστό θα αναπτύξει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Πεκτασίδης, Αθανάσιος & Δημόπουλος, 2001).

4.5 ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΚΑΙ HPV ΛΟΙΜΩΞΗ

Τα οξυτενή κονδυλώματα δεν έχουν καμία σχέση με καρκίνο. Οφείλονται στους τύπους 6 και 11 των HPV, που προκαλούν κατά κανόνα καλοήθεις αλλοιώσεις. Άλλοι καλοήθεις γεννητικοί τύποι HPV είναι 41,42,43 και 44. Οι καλοήθεις HPV προκαλούν γενικά μόνο καλοήθεις αλλοιώσεις, είτε αυτές είναι εμφανείς στο γυμνό μάτι, είτε όχι. Οι ανωτέρω αλλοιώσεις περιγράφονται διεθνώς με τον όρο LGSIL, δηλαδή χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις εκ πλακώδους επιθηλίου. Στον κανόνα αυτόν υπάρχει η εξαίρεση των πολύ σπάνιων όγκων busche- Lowenstein που προκαλούνται από τους HPV 6 και 11 σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα ή σε άτομα με ακροχορδονώδες καρκίνωμα που ακτινοβολήθηκε κατά λάθος.

Οι HPV 16,18,31,33,35,39,45,51-59 και 68 ονομάζονται ογκογόνοι. Οι ογκογόνοι HPV προκαλούν τόσο υποκλινικές αλλοιώσεις χαμηλού βαθμού όσο και αλλοιώσεις υψηλού βαθμού στο κατώτερο γεννητικό σύστημα της γυναίκας. Σπανιότερα, προκαλούν καρκίνους πρωκτού και πολύ σπάνια καρκίνους πέους. Στις LGSIL περιλαμβάνονται τα περιστατικά που χαρακτηρίζονταν πριν ως HPV- φλεγμονή, επίπεδα κονδυλώματα αλλά και ελαφρές δυσπλασίες. Η ομάδα LGSIL δεν είναι ομοιογενής αφού υπάρχουν LGSIL που προκλήθηκαν από καλοήθεις HPV και LGSIL, που προκλήθηκαν από ογκογόνους τύπους. Από την ομάδα αυτή ένα μικρό μέρος θα εξελιχθεί σε σαφείς προκαρκινικές αλλοιώσεις και καρκίνο.

Το φάσμα των μολύνσεων από τους γεννητικούς HPV είναι πολύ μεγάλο. Η μεγάλη πλειοψηφία των νέων γυναικών μολύνεται σήμερα από κάποιους HPV, ακόμη και ογκογόνους. Οι περισσότερες από αυτές τις μολύνσεις μένουν στο στάδιο της λανθάνουσας μόλυνσης. Σε ένα 5-10% των γυναικών που μολύνθηκαν ανευρίσκονται LGSIL. Όμως, ένας

υγιής οργανισμός συνήθως καταστέλλει τη μόλυνση. Η καρκινογένεση γίνεται σε ένα πολύ μικρό ποσοστό των ατόμων που μολύνθηκαν.

Η τεράστια πλειοψηφία των HPV αλλοιώσεων αποτελείται από υποκλινικές μορφές. Όπου υπάρχουν κλινικές αλλοιώσεις, συνήθως ανευρίσκονται και υποκλινικές. Οι υποκλινικές αλλοιώσεις ονομάστηκαν και αυτές κονδυλώματα επειδή είχαν ίδια μορφολογικά χαρακτηριστικά στο μικροσκόπιο. Χρησιμοποιήθηκε μάλιστα ο όρος επίπεδα κονδυλώματα σε αντιδιαστολή με τα οξυτενή, επειδή δεν προέχουν από την επιφάνεια του δέρματος ή των βλεννογόνων. Αυτά τα κονδυλώματα δεν έχουν παθογνωμονική εμφάνιση και η διάγνωσή τους βασίζεται στην ιστολογική μελέτη μιας κολποσκοπικά κατευθυνόμενης βιοψίας (Στρατηγός, 2004).

4.6 ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΥ ΙΟΥ HPV

Οι ιοί HPV θεωρούνται τεράστιας σημασίας για την ανεξέλεγκτη μετάδοσή τους, αφού προκαλούν τόσο κλινική όσο και υποκλινική λοίμωξη. Πιο συγκεκριμένα στις λοιμώξεις των βλεννογόνων, το ποσοστό είναι σημαντικά υψηλό, λόγω των υποκλινικών μορφών τους. Οι κλινικές βλάβες είναι εύκολα ορατές και χαρακτηριστικές, ενώ οι λανθάνουσες εντοπίζονται μόνο με την ανίχνευση του γενετικού υλικού του ιού. Όμως έχει υπολογιστεί ότι το 70% περίπου των παθήσεων, οι οποίες οφείλονται στους ιούς HPV είναι σε λανθάνουσα μορφή.

Μια από τις πιο γνωστές μορφές του ιού HPV, είναι οι μυρμηκίες. Πρόκειται για πολύ συνήθεις δερματικές βλάβες, οι οποίες είναι καλοήθειες και μεταδοτικές. Ανάλογα με τη μορφή και τη θέση προσβολής τις διακρίνουμε, σε α) κοινές, β) πελματιαίες, γ) ομαλές-νεανικές. Μια άλλη μορφή HPV είναι τα οξυτενή κονδυλώματα, τα οποία είναι θηλωματώδεις εκβλαστήσεις, ρόδινου χρώματος, λευκωπού ή υπόφαιου. Εντοπίζονται στα γεννητικά όργανα ή την περιπρωκτική χώρα και παραμένουν μεμονωμένες ή συρρέουν σε ομάδες, με χαρακτηριστική αμφο-κραμβοειδή επιφάνεια. Είναι ασυμπτωματικές βλάβες και μόνο αν επιμολυθούν παρατηρείται δύσοσμη οροπυώδης έκκριση (Κανιτάκης, 1975).

Άλλη μορφή είναι η Bowenoid βλατίδωση, αφορά μια κλινική οντότητα σχετικά σπάνια, η οποία μπερδεύεται πολλές φορές με τα κονδυλώματα. Οφείλεται σε διάφορους τύπους των HPV κυρίως όμως στους 16,18 και 33 που είναι ογκογόνοι. Επιπλέον, αυτή η μορφή του HPV χαρακτηρίζεται από μικρές, καστανόφαιες επίπεδες βλατίδες, διαμέτρου 3-5

mm, με λεία επιφάνεια που συχνά συρρέουν. Εντοπίζεται στην περιγεννητική περιοχή, περιπρωκτικά και στις μηρογεννητικές πτυχές. Ακολούθως υπάρχει μια ακόμη μορφή HPV η οποία είναι μυρμηκιώδης επιδερμοδυσπλασία. Είναι μια σπανιότατη δερματοπάθεια, η οποία εμφανίζεται σε γενετικά προδιαθετημένα άτομα από την παιδική ηλικία. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από υπερκερατωσικές βλάβες όμοιες με μυρμηκιές, ακτινικές ή σμηγματορριακές (Χρυσομάλλης, 2005).

4.7 ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ HPV

Από τους 100 διαφορετικούς γονότυπους HPV, που έχουν ανακαλυφθεί μέχρι σήμερα, περίπου 30 μολύνουν τα επιθήλια του δέρματος και των βλεννογόνων του κατώτερου γεννητικού συστήματος και της περιοχής του πρωκτού. Οι 30 αυτοί HPV είναι γνωστοί ως γεννητικοί τύποι.

Οι γεννητικοί τύποι των HPV χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: χαμηλού και υψηλού κινδύνου. Η ομάδα χαμηλού κινδύνου περιλαμβάνει τους HPV: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 73, 81 κ.ά. Οι HPV αυτής της ομάδας ονομάζονται έτσι επειδή προκαλούν κατά κανόνα καλοήθεις αλλοιώσεις. Τα γνωστά από την αρχαιότητα οξυτενή κονδυλώματα προκαλούνται συνήθως από τους HPV 6 και 11.

Η ομάδα υψηλού κινδύνου περιλαμβάνει τους HPV: 16, 18, 26, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82 κ.ά. Υπάρχει –πολύ μικρή πιθανότητα– η φλεγμονή των κυττάρων από αυτούς τους HPV να καταλήξει μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα σε κακοήθη εξαλλαγή των κυττάρων και καρκίνο. Ο κίνδυνος αφορά κυρίως στον τράχηλο της μήτρας. Οι υπόλοιποι καρκίνοι, που συνδέονται αιτιολογικά με τους HPV, είναι σπανιότεροι. Από την ομάδα υψηλού κινδύνου οι πιο επικίνδυνοι είναι οι HPV 16 και 18. Πρέπει να διευκρινιστεί, ότι η μόλυνση από τους επικίνδυνους HPV δεν αρκεί από μόνη της για να οδηγήσει σε καρκίνο. Πρέπει να συνυπάρξουν πολλοί άλλοι δυσμενείς παράγοντες (όπως πλημμελής λειτουργία ανοσοποιητικού συστήματος, γενετική προδιάθεση, συνεργικοί παράγοντες π.χ. κάπνισμα, κ.ά.). Έτσι, εξηγείται το γεγονός, ότι, ενώ η μόλυνση (και από τους HPV υψηλού κινδύνου) είναι πολύ συχνή στο γενικό πληθυσμό, τα περιστατικά καρκίνων είναι σχετικά λίγα (Μορτάκης, 2011).

4.8 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΙΟΥ HPV

Ο αναδιπλασιασμός των HPVs λαμβάνει χώρα στους πυρήνες των επιθηλιακών κυττάρων, καθώς αυτά ωριμάζουν και προχωρούν προς την επιθηλιακή και βλεννογόνια στιβάδα. Στο πλακώδες επιθήλιο, η υψηλότερη συγκέντρωση του ιού εντοπίζεται στα αποπτωτικά πλακώδη κύτταρα. Ο αναδιπλασιασμός του ιού προκαλεί υπερπλασία όλων των στιβάδων του δέρματος εκτός από τη βασική στιβάδα, προκαλώντας ακάνθωση και υπερκεράτωση. Ιστολογικά, το χαρακτηριστικό κύτταρο είναι το κοιλοκύτταρο, ένα μεγάλο πολυγωνικό πλακώδες κύτταρο με έναν μικρότερο πυρήνα, ο οποίος εντοπίζεται μέσα σε ένα κενοτόπιο. Κοκκία κερατοϋαλίνης παρατηρούνται μέσα στο κυτταρόπλασμα.

Κακοήθης εξαλλαγή συνοδεύεται από την ενσωμάτωση του DNA του HPV ιού στο χρωμόσωμα του ξενιστή. Οι κυτταρολογικές αλλαγές περιλαμβάνουν υπερπλασία των βασικών κυττάρων με υψηλή αναλογία πυρήνα/κυτταροπλάσματος και πολλές μιτώσεις. Στις καλοήθεις αλλοιώσεις το DNA του HPV ιού βρίσκεται μεν στον πυρήνα του κυττάρου, αλλά δεν είναι ενσωματωμένο στο χρωμόσωμά του. Μια αποτελεσματική ανοσολογική απάντηση, η οποία δεν είναι ακόμα πλήρως κατανοητή αντιμετωπίζει την λοίμωξη από τον ιό HPV. Ασθενείς με σοβαρή συγγενή και επίκτητη ανοσοανεπάρκεια υποφέρουν από εμμένουσα και υποτροπιάζουσα λοίμωξη από HPV (Μπασιάρης, 2008).

4.9 ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ HPV ΙΟ

Το γενετικό υλικό του HPV αποτελείται από δίκλωνο DNA και κωδικοποιεί σειρά πρώιμων ρυθμιστικών πρωτεϊνών (Early Region: E1, E4, E5, E6 και E7) και δύο δομικές πρωτεΐνες του καψιδίου (Late Region: L1 και L2). Επίσης, περιλαμβάνουν και μία ρυθμιστική περιοχή (Long Central Region – LCR). Μέχρι σήμερα έχουν τυποποιηθεί περίπου 130 διαφορετικοί τύποι HPV με βάση την αλληλουχία της μείζονος πρωτεΐνης του καψιδίου L1 (Παπαδάκης, 2009).

Οι HPV ιοί δεν μπορούν να πολλαπλασιαστούν από μόνοι τους. Εισέρχονται στο ανθρώπινο κύτταρο και εκμεταλλεύονται το γενετικό του μηχανισμό πολλαπλασιαζόμενοι παράλληλα με αυτό. Στο πλακώδες επιθήλιο του δέρματος και των βλεννογόνων η στιβάδα στην οποία γίνονται οι κυτταρικές διαιρέσεις είναι η βασική στιβάδα. Για να επέλθει μόλυνση από τους HPV ιούς θα πρέπει να τους δοθεί πρόσβαση στα κύτταρα της στιβάδας αυτής. Κάτι τέτοιο θα συμβεί μόνο εάν έχουμε ρήξη της συνέχειας του επιθηλίου, δηλαδή κάποιο

τραυματισμό. Ο τραυματισμός του επιθηλίου, αφενός δίνει στον ιό πρόσβαση στη βασική στιβάδα και αφετέρου διευκολύνει τον πολλαπλασιασμό του, αφού μετά από τον τραυματισμό ακολουθεί διαδικασία επούλωσης.

Περιοχές με μικροτραυματισμούς κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής δίνουν την ευκαιρία στον ιό να διεισδύσει στα κύτταρα της βασικής στιβάδας. Τέλος, είναι πολύ σύνηθες να μολυνθεί το κατώτερο γεννητικό σύστημα από τους HPV ιούς και η εκδήλωση ή όχι φλεγμονής όπως και η έκταση της θα εξαρτηθεί από τη σχέση: ιογόνος δράση / ανοσιακή απάντηση (Στρατηγός, 2004).

4.10 ΚΛΙΝΙΚΗ – ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΟΣ. ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ HPV ΙΟ

Οι βλάβες από τον HPV ιό είναι εξωτερικές και εσωτερικές (Αντωνοπούλου, 2011). Η μόλυνση του επιθηλίου από τον ιό έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση κλινικής, υποκλινικής ή λανθάνουσας νόσου.

Ως κλινική νόσος ορίζεται η ύπαρξη οποιασδήποτε αλλοίωσης που είναι ορατή με γυμνό μάτι. Εδώ ανήκουν τα θηλώματα της περιοχής των γεννητικών οργάνων. Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι η πλέον χαρακτηριστική περίπτωση μόλυνσης (τύποι 6-11 των HPV). Εκτός από τα οξυτενή υπάρχουν και κονδυλώματα που είναι κλινικώς εμφανή, αλλά δεν έχουν την τυπική μορφολογία των οξυτενών (μοιάζουν με βλατίδες, κεφαλή καρφίδων κ.α).

Όταν οι αλλοιώσεις που προκαλούνται από τους HPV ιούς δεν είναι εμφανείς στην απλή κλινική εξέταση και εντοπίζονται μόνο με τεχνική βοήθεια (κολποσκόπιο, μικροσκόπιο), τότε μιλάμε για υποκλινική νόσο. Υποψία υποκλινικής νόσου στον τράχηλο της μήτρας τίθεται συχνά σε ένα Test Pap (τεστ Παπανικολάου) όταν εντοπίζονται κύτταρα με χαρακτηριστικά φλεγμονής από τους HPV ιούς.

Εάν δεν έχουμε μορφολογικές αλλοιώσεις στο επιθήλιο (ούτε κλινικές, ούτε υποκλινικές) και απλώς ανιχνεύεται το DNA του ιού με μεθόδους υβριδισμού, τότε μιλάμε για λανθάνουσα μόλυνση (Στρατηγός, 2004).

4.11 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ HPV

Οι κλινικές αλλοιώσεις από τη λοίμωξη με τον ιό HPV είναι τα κονδυλώματα. Μπορούν να εμφανιστούν οπουδήποτε στο δέρμα του γεννητικού συστήματος, συνήθως όμως εμφανίζονται σε περιοχές που έχουν τραυματισθεί κατά τη σεξουαλική επαφή. Μεμονωμένες ή περιορισμένες αλλοιώσεις εμφανίζονται συχνά στον κορμό του πέους, στη βάλανο, στο αιδοίο, στο περίνεο και στην περιπρωκτική περιοχή. Μη ορατές αλλοιώσεις μπορεί να υπάρχουν στο στόμιο της ουρήθρας, στον κόλπο ή στον τράχηλο της μήτρας και, αν υπάρχει πρωκτική σεξουαλική επαφή, στον πρωκτικό σωλήνα. Επίσης, το στόμα μπορεί να προσβληθεί περιστασιακά. Σε υγρό και άτριχο δέρμα οι αλλοιώσεις είναι συνήθως επίπεδες και μαλακές.

Τα κονδυλώματα του γεννητικού συστήματος προκαλούν δυσφορία, κάποιες φορές κνησμό και ερεθισμό και, σπανίως, διαχωρισμό της ροής των ούρων ή αιμορραγία από την ουρήθρα και τον πρωκτικό σωλήνα (Bannister, Gillespie & Jones, 2008). Στο αιδοίο εμφανίζονται ως μολυσματικές εκβλαστήσεις (ακροχορδονώδεις προσεκβολές) στα μεγάλα χείλη, κυρίως στην έσω επιφάνεια. Είναι επώδυνα, δημιουργώντας ένα αίσθημα καύσου, δυσανεξίας, δυσπαρευνίας και διάχυτου ερεθισμού τοπικά στη γυναίκα. Συνήθως συνυπάρχουν στον τράχηλο, τον κόλπο και την περιοχή του ορθού (Gulanick, Dradishar & Pujaz, 2003). Κάποιες φορές αναπτύσσονται μεγάλες περιοχές υγρών και πυκνών αλλοιώσεων, οι οποίες μπορεί να αποτελέσουν πρόβλημα κατά την εγκυμοσύνη. Αν αυτές είναι εκτενείς και υπερτροφικές μπορεί να εμποδίσουν τον φυσιολογικό τοκετό (Μπασιάρης, 2008).

4.12 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ

Έχουν περιγραφεί μέχρι σήμερα περισσότεροι από 80 γονότυποι HPV (διακρίνουμε διαφορετικούς τύπους ανάλογα με την αλληλουχία των βάσεων στο DNA τους).

Η μετάδοση των HPV μπορεί να λάβει χώρα κατά διάφορους τρόπους:

1. Μέσω λύσεως της συνέχειας του δέρματος (όπως δερματικών εκδορών, σχισμών και γενικά ήπιων δερματικών βλαβών), προκειμένου για δερματικές μυρμηγκιές.
2. Με σεξουαλική επαφή προκειμένου για HPV- φλεγμονή των γεννητικών οργάνων.

3. Κατά την δίοδο του εμβρύου μέσω του μολυσμένου γεννητικού σωλήνα (σπάνιες περιπτώσεις με λαρυγγική θηλωμάτωση νεογνών).
4. Με αυτοενοφθαλμισμό σε διάφορες θέσεις (π.χ κατά το ξύρισμα αλλά και το ξύσιμο σε παιδιά και μεγαλύτερα άτομα).
5. Με στοματική σεξουαλική επαφή (περιπτώσεις θηλωμάτων στόματος) (Στρατηγός, 2004).

4.13 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η βασική εξέταση που τίθεται συχνά είναι το τεστ Παπανικολάου, όπου εκεί μπορούν να εντοπισθούν κύτταρα με χαρακτηριστικά φλεγμονής από τους HPV (Στρατηγός, 2004). Το τεστ Παπανικολάου (test Pap) είναι μία απλή, αλλά σωτήρια εξέταση και γίνεται με τη γυναίκα να κάθεται στο γυναικολογικό κρεβάτι. Χρησιμοποιείται κολποδιαστολέας και ακολούθως με 3 ειδικούς στηλεούς παίρνεται υλικό από τον ενδοτράχηλο, τον εξωτράχηλο και τον οπίσθιο κολπικό θόλο (Gulanick, Dradishar & Pujaz, 2003).

Μετά από υποψία HPV μόλυνσης σε κάποιο τεστ Παπανικολάου, ακολουθεί κολποσκόπηση. Στην κολποσκόπηση εξετάζονται υπό άπλετο φως και μεγέθυνση, οι βλεννογόνοι και το δέρμα στο κατώτερο γεννητικό σύστημα, πριν και μετά από την εμβροχή τους με διάλυμα οξικού οξέος (Στρατηγός, 2004). Υπό κολποσκοπική καθοδήγηση μπορούν να ληφθούν βιοψίες από τις επίφοβες περιοχές, επομένως η συνεισφορά της στη διάγνωση των HPV λοιμώξεων και εξαλλαγών είναι σημαντική (Gulanick, Dradishar & Pujaz, 2003).

Σημαντική συνεισφορά στη διάγνωση μιας μόλυνσης προσφέρει η ανίχνευση του DNA του ιού με υβριδισμό. Η εξέταση αυτή έχει το πλεονέκτημα ότι μας επιβεβαιώνει τη διάγνωση και επίσης μας πληροφορεί για τον τύπο HPV, που προκάλεσε τη συγκεκριμένη αλλοίωση (τυποποίηση του ιού) (Στρατηγός, 2004).

4.14 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ HPV ΙΟΥ

Στις θεραπευτικές μεθόδους περιλαμβάνονται: η τοπική επάλειψη με αντινεοπλασματικά φάρμακα, όπως η ποδοφυλλίνη ή η 5-φθοριουρακίλη, ο καυτηριασμός, η εξαίρεση των κονδυλωμάτων με λέιζερ ή η κρυοχειρουργική αφαίρεση τους.

Οι θεραπευτικές επιλογές για τις εξωτερικές μυρμηκίες είναι εφαρμόσιμες από τον ασθενή ή από τον επαγγελματία υγείας. Οι ασθενείς μπορούν να εφαρμόζουν διάλυμα ποδοφυλλίνης ή gel .Η κρυοθεραπεία, η ποδοφυλλίνη και το τριχλωροξικό οξύ (TCA) είναι θεραπείες που εφαρμόζονται από τον επαγγελματία υγείας. Η κρυοθεραπεία, συνήθως με υγρό άζωτο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί έως ότου εξαλειφθούν οι βλάβες. Η ρητίνη ποδοφυλλίνης μπορεί να εφαρμοστεί τοπικά, όπως επίσης και το τριχλωροξικό οξύ (Ignatavicius & Workman, 2008).

Τα κονδυλώματα της γεννητικής περιοχής μπορούν επίσης να αφαιρεθούν με κρυοθεραπεία, ηλεκτροκαυτηριασμό ή χειρουργική εξαίρεση. Η χειρουργική με λέιζερ (laser) διοξειδίου του άνθρακα χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο στην αφαίρεση εκτεταμένων κονδυλωμάτων (Lemone & Burke, 2006).

Για την αποτελεσματική θεραπεία των οξυτενών κονδυλωμάτων πρέπει να αξιολογούνται και να θεραπεύονται επίσης και οι σεξουαλικοί σύντροφοι (εάν υπάρχουν μυρμηκίες) (Ignatavicius & Workman, 2008).

4.14.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Όταν αναφερόμαστε στη θεραπεία των αλλοιώσεων που προκαλούνται από τους HPV, εννοούμε την αφαίρεση ή την καταστροφή των αλλοιώσεων. Αυτό αφορά τις αλλοιώσεις που εντοπίζονται σε κόλπο, αιδοίο ή πέος, περίνεο και περιπρωκτική χώρα.

Όμως στην περίπτωση του τραχήλου της μήτρας, όταν μιλάμε για θεραπευτική αντιμετώπιση των CIN εννοούμε την αφαίρεση ή την καταστροφή της Ζώνης Μετάπλασης μετά των συνοδών αλλοιώσεων. Και τούτο διότι η ΖΜ το κατ' εξοχήν πρόσφορο έδαφος για καρκινογένεση από τους ογκογόνους HPV.

Με βάση τα ανωτέρω, η αφαίρεση ολόκληρης της ΖΜ μας κατοχυρώνει από διαγνωστικής απόψεως (αφού ελέγχεται ιστολογικά τόσο σε έκταση όσο και σε βάθος), ενώ αποτελεί την καλύτερη πρόληψη (αφού μειώνει την πιθανότητα καρκινογένεσης, με την εξάλειψη του κατάλληλου υποστρώματος). Αντιθέτως οι επιφανειακοί καυτηριασμοί ή οι κρυοπηξίες, που δεν καταστρέφουν τις αδενικές κρύπτες σε όλο το βάθος τους, είναι επικίνδυνες πρακτικές για δύο λόγους: πρώτον, είναι δυνατόν να αφεθούν υπολειμματικές αλλοιώσεις και δεύτερον οι αλλοιώσεις αυτές συνήθως καλύπτονται από επουλωτικό επιθήλιο και δεν ελέγχονται.

Μέθοδοι θεραπείας των Squamous Intraepithelial Lesions (SIL) στον τράχηλο:

1. Αφαίρεση της ΖΜ
2. Καταστροφή της ΖΜ

Οι μέθοδοι αφαίρεσης της ΖΜ είναι:

- Ø Κωνοειδής με νυστέρι
- Ø Κωνοειδής με CO₂ laser
- Ø Εκτομή της ΖΜ με υψίσυχο ρεύμα (Leep)

Η υστερεκτομή δεν έχει πλέον θέση στη θεραπευτική αντιμετώπιση των SIL.

Επιλέγεται μόνο όταν συνυπάρχει άλλη παθολογική βλάβη από το σώμα της μήτρας ή τα εξαρτήματα. Για να προγραμματιστεί όμως στις περιπτώσεις αυτές απλή υστερεκτομή πρέπει να είμαστε βέβαιοι ότι οι αλλοιώσεις στον τράχηλο είναι ενδοεπιθηλιακές.

Μέθοδοι καταστροφής της ΖΜ:

- Ø Κρυοπηξία
- Ø Εξάχνωση με Laser

4.14.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΟΞΥΤΕΝΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ

Πριν από οποιαδήποτε θεραπεία πρέπει να έχει προηγηθεί η απαραίτητη διαγνωστική προσπέλαση. Πρέπει να έχουν απαντηθεί τα εξής ερωτήματα:

- Ø Είναι σίγουρα κονδυλώματα;
- Ø Συνυπάρχουν προκαρκινικές αλλοιώσεις;
- Ø Συνυπάρχουν φλεγμονές; Άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;

Απαραίτητη προϋπόθεση πριν τη διενέργεια οποιασδήποτε θεραπευτικής απόπειρας είναι να υπάρχει βεβαιότητα ότι πρόκειται περί καλοηθών κονδυλωμάτων. Σε λίγες περιπτώσεις όπου η εικόνα δεν είναι τυπική, πρέπει να γίνει διαφοροδιάγνωση από απλούς ακροχόρδωνες δέρματος, μολυσματική τέρινθο, πλατέα κονδυλώματα (σύφιλη) και σμηγματορροϊκή κεράτωση. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται επίσης σε αλλοιώσεις που γκριζάρουν, αυτές που είναι έντονα υπερκερατωσικές αλλά και σε αυτές που δεν υποχωρούν μετά από θεραπεία και υποτροπιάζουν συνεχώς. Σε κάθε περίπτωση, όπου υπάρχει η παραμικρή αμφιβολία για τη διάγνωση, πρέπει να λαμβάνεται βιοψία. Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις όπου εκλαμβάνονται ως κονδυλώματα οι φυσιολογικές θηλές στην είσοδο του κόλπου, οι σμηγματογόνοι αδένες του δέρματος του αιδοίου.

Όσον αφορά την τακτική που ακολουθούμε στην θεραπευτική αντιμετώπιση:

Συνήθως αρχίζουμε συντηρητικά, με διάλυμα ή gel ποδοφυλλοτοξίνης και στη συνέχεια χορηγείται κρέμα imiquimod και μόνο αν δεν έχουμε επιτυχία προχωρούμε σε καταστροφή των αλλοιώσεων, με ποιο δύσκολες μεθόδους. Δεν βιαζόμαστε. Σε πολύ επίμονες περιπτώσεις με συνεχείς υποτροπές χρησιμοποιούμε συνδυασμούς φαρμάκων και μεθόδων καταστροφής των αλλοιώσεων.

Φαρμακευτικές μέθοδοι θεραπείας:

- Ø Από το γιατρό (ποδοφυλλίνη, τριχλωροξικό οξύ)
- Ø Από την ίδια την ασθενή (ποδοφυλλοτοξίνη 0,5%, imiquimod 5%)

Μηχανικές μέθοδοι θεραπείας:

- Ø Καταστροφή κονδυλωμάτων (κρυοπηξία, διαθερμία, laser)
- Ø Εκτομή κονδυλωμάτων (λαβίδα βιοψίας, Leep, νυστέρι)

Στη συνέχεια περιγράφονται συνοπτικά οι φαρμακευτικές μέθοδοι θεραπείας.

Δεν γίνεται αναφορά στη χρήση κρέμας 5-φθοριο-ουρακίλης και τοπικών ενέσεων ιντερφερονών, επειδή η χρήση τους δεν συνίσταται πλέον. Πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι και η εφαρμογή ποδοφυλλίνης από το γιατρό σε οξυτενή κονδυλώματα έχει περιοριστεί πάρα πολύ, αφενός λόγω των παρενεργειών της ποδοφυλλίνης και αφετέρου λόγω των πλεονεκτημάτων της ποδοφυλοτοξίνης.

Η κρέμα imiquimod έχει ανοσορρυθμιστική δράση, προκαλώντας απελευθέρωση σε τοπικό επίπεδο ιντερφερόνης α, η οποία προκαλεί εν συνεχεία αυξημένα επίπεδα κυτοκινών. Ακολουθεί ενεργοποίηση των T-λεμφοκυττάρων, των μακροφάγων και των “ natural killer cells”.

Η συστηματική χορήγηση ιντερφερόνης στα υποτροπιάζοντα οξυτενή κονδυλώματα έχει πολύ περιορισμένο πεδίο εφαρμογών. Συνίσταται μόνο ως συμπληρωματική αγωγή της καταστροφής των κονδυλωμάτων, στις περιπτώσεις εκείνες, που έχουμε συνεχείς υποτροπές. Η συνολική διάρκεια της θεραπείας με ιντερφερόνη πρέπει να είναι τουλάχιστον 10 εβδομάδες. Η αγωγή συνίσταται σε ενέσεις 1.000.000 IU ιντερφερόνης alpha-2a, που χορηγούνται κάθε 2^η μέρα επί 10 εβδομάδες. Η αγωγή αρχίζει 2 εβδομάδες πριν την εξάχνωση με laser και συνεχίζεται για 2 μήνες μετά την εξάχνωση. Με αυτό το σχήμα έχουν αναφερθεί ποσοστά επιτυχίας μέχρι 83% σε δύσκολες περιπτώσεις υποτροπιαζόντων κονδυλωμάτων. Πρέπει όμως να λαμβάνεται πάντοτε υπ’ όψιν η τοξικότητα των ιντερφερονών και να παρακολουθούνται οι ασθενείς αναλόγως.

Ποδοφυλλίνη (διάλυμα 10-25%)

- ✓ Εφαρμογή του διαλύματος (μόνο σε εξωτερικά κονδυλώματα) 1-2 φορές την εβδομάδα μέχρι 4 εβδομάδες, από γιατρό. Πρέπει να ξεπλένεται η περιοχή 2-3 ώρες μετά.
- ✓ Συστηματική απορρόφηση με πιθανές παρενέργειες στο μυελό των οστών, το ήπαρ και το νευρικό σύστημα. Τοπικό άλγος και ερεθισμός στην περιοχή της εφαρμογής.
- ✓ Απαγορεύεται στην κύηση.
- ✓ Θεραπευτικά αποτελέσματα: 32-79%.

Τριγλωρο-οξυκό οξύ (85%)

- ✓ Εφαρμογή 1-2 φορές την εβδομάδα επί 4-8 εβδομάδες. Μπορεί να εφαρμοσθεί σε εξωτερικά κονδυλώματα και σε κονδυλώματα κόλπου (στον κόλπο πρέπει να χρησιμοποιείται διάλυμα 50%).
- ✓ Καμία συστηματική παρενέργεια. Τοπικός ερεθισμός, πιθανό έγκαυμα ή εξέλκωση με επακόλουθη λευκοδερμία.
- ✓ Επιτρέπεται στην κύηση.
- ✓ Θεραπευτικά αποτελέσματα: 70-81% (ιδιαίτερα επιτυχής θεραπεία σε μικρά κονδυλώματα, χωρίς κερατινοποίηση στην επιφάνεια).

Ποδοφυλοτοξίνη (σε μορφή υγρού ή gel 0,5%)

- ✓ Εφαρμογή (μόνο σε εξωτερικά κονδυλώματα) 2 φορές την ημέρα επί 3-4 εβδομάδες. Άλλο θεραπευτικό σχήμα: 3 συνεχείς μέρες εφαρμογής –διακοπή επί 5 μέρες – επανάληψη της θεραπείας άλλες 3 μέρες.
- ✓ Μικρή συστηματική απορρόφηση και τοξικότητα, τοπικός ερεθισμός μόνο.
- ✓ Απαγορεύεται στην κύηση.
- ✓ Θεραπευτικά αποτελέσματα 42-88% (υγρή μορφή), 37-68% (gel).

Imiquimod (κρέμα)

- ✓ Εφαρμογή – σε εξωτερικά κονδυλώματα μόνο – 3 φορές την εβδομάδα μέχρι και 16 εβδομάδες. Ένα λεπτό στρώμα κρέμας απλώνεται πάνω στις αλλοιώσεις και την περιοχή που τις περιβάλλει, το βράδυ πριν την κατάκλιση. Γίνεται ένα τοπικό μασάζ για καλύτερη απορρόφηση. Ακολουθεί έκπλυση της περιοχής, το πρωί (6-8 ώρες αργότερα).
- ✓ Τοπικός ερεθισμός μόνο (συστηματικές παρενέργειες, όπως κεφαλαλγία και μυαλγίες είναι σπάνιες).
- ✓ Σχετική αντένδειξη για την κύηση.

▼ Θεραπευτικά αποτελέσματα 50-72%

Από τις μεθόδους καταστροφής των κονδυλωμάτων η εξάχνωση με Laser

πλεονεκτεί σαφώς έναντι των άλλων αλλά είναι και η ακριβότερη. Συνίσταται μόνο για εκτεταμένες και πολλαπλές αλλοιώσεις.

Μονήρη μικρά κονδυλώματα μπορούν να αφαιρεθούν εύκολα με λαβίδα βιοψίας ή με μικρό ψαλίδι. Προηγείται εφαρμογή κρέμας EMLA, η ένεση με σύριγγα και βελόνη οδοντιατρικού τύπου. Μετά την αφαίρεση ακολουθεί εφαρμογή τοπικού αιμοστατικού (aluminum chloride) (Στρατηγός, 2004).

4.15 ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Οι περισσότερες λοιμώξεις από ιούς των θηλωμάτων συσχετίζονται με απόλυτα καλοήθεις όγκους, που συνήθως υποχωρούν αυτόματα ύστερα από μια περίοδο μηνών ή ετών. Ωστόσο, σε μερικές περιπτώσεις οι καλοήθεις λοιμώξεις από HPV μπορεί να εξελιχθούν σε νεοπλασία και καρκίνο. Η πιο χαρακτηριστική συσχέτιση του HPV με τον καρκίνο είναι αυτή των υψηλού κινδύνου HPV τύπων, όπως οι HPV 16,18,31,45 και 54, με τον καρκίνο του τραχήλου από πλακώδη κύτταρα. Παρόλο που αυτοί οι τύποι του ιού μπορούν να ανιχνευτούν στο γενικό πληθυσμό, η υποχώρηση της λανθάνουσας ή της υποκλινικής λοίμωξης συμβαίνει συχνά, και μόνο σε ένα μικρό αριθμό περιπτώσεων αυτές οι βλάβες είναι πρόδρομοι του καρκίνου του τραχήλου. Η χρόνια καθυστέρηση ανάμεσα στην αρχική λοίμωξη και στην δημιουργία σοβαρής νόσου είναι αρκετές δεκαετίες, δείχνοντας την ανάγκη για δευτερογενή μεταλλαξιογόνα γεγονότα συμπληρωματικά με την λοίμωξη από τον ιό. Στον καρκίνο του τραχήλου που σχετίζεται με HPV, το γονιδίωμα του ιού συχνά ενσωματώνεται στο χρωμόσωμα του ξενιστή και παρόλο που η ενσωμάτωση οδηγεί σε διάσπαση του γονιδιώματος του ιού, τα E6 και E7 ORF διατηρούνται και είναι μεταγραφικώς ενεργά και στις σειρές των κυττάρων του καρκίνου του τραχήλου και στα νεοπλάσματα που συσχετίζονται με HPV.

Η ενσωμάτωση συνήθως συμβαίνει στην E1/E2 περιοχή και έχει 2 συνέπειες. Η διάσπαση της έκφρασης του E2 ενεργοποιητή οδηγεί σε προς τα άνω ρύθμιση του αρχικού εκκινήτη του HPV και σε αυξημένη παραγωγή των πρωτεϊνών E6 και E7. Η ενσωμάτωση E1/E2 θέση εμποδίζει επίσης τις μεταγραφάσεις για τα E6 και E7 να τερματίσουν την αρχική

poly A θέση του ιού. Αυτές οι υβριδικές μεταγραφάσες περιέχουν το 3' άκρο που προέρχεται από τις κυτταρικές αλληλουχίες και συνεπώς λείπει το αποσταθεροποιητικό στοιχείο 3' του ιού που ρυθμίζει τα επίπεδα των αρχικών πρωτεϊνών στη φυσιολογική λοίμωξη. Η επακόλουθη υπερέκφραση του E7 οδηγεί σε απρογραμματίστη εξέλιξη του κυτταρικού κύκλου, ενώ η έκφραση του E6 αναστέλλει την απόπτωση δεσμεύοντας το p53. Οι μεταλλάξεις του p53 είναι πολύ συχνές στους καρκίνους του ανθρώπου, αλλά δεν βρίσκονται συνήθως στις HPV- θετικές κακοήθειες του τραχήλου, δείχνοντας ότι η διάσπαση του p53 με την μεσολάβηση του E6 μπορεί να υποκαθιστά την αδρανοποίησή του από μετάλλαξη. Η απώλεια της λειτουργίας του p53 στα κύτταρα που έχουν μεταμορφωθεί από τον HPV, είναι ένας προδιαθεσικός παράγοντας για κακοήγη εξέλιξη. Η αναστολή της ανάπτυξης με την μεσολάβηση του p53 σαν απάντηση σε παράγοντες που καταστρέφουν το DNA, που συμβαίνει στα φυσιολογικά κύτταρα, επηρεάζεται επιζήμια στα κύτταρα που εκφράζεται το E6 επιτρέποντας τη συσσώρευση δευτερογενών μεταλλάξεων, που συμβάλλουν στη δημιουργία του καρκίνου.

Από τους άλλους HPV που μολύνουν τους ανθρώπους, μια υποομάδα συσχετίζεται με κακοήθειες σε ασθενείς που υποφέρουν από τη σπάνια κληρονομούμενη νόσο, την ακροχορδονώδη επιδερμοδυσπλασία. Οι βλάβες της νόσου συσχετίζονται με διάφορους HPV τύπους, συμπεριλαμβανομένων των HPV 3 και 10 που προκαλούν επίπεδους ακροχόρδωνες στο γενικό πληθυσμό, όπως επίσης και με αριθμό EV τύπων που είναι σπάνιοι σε φυσιολογικά άτομα. Αυτοί περιλαμβάνουν τους HPV τύπους 5,8,9,12,14,15,17,19,20 και 25 που μπορούν ακόμα να βρεθούν σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα, όπως σε ασθενείς με νεφρικά μοσχεύματα. Οι ασθενείς με EV πιστεύεται ότι είναι ομόζυγοι για ένα σπάνιο αυτοσωμικό υπολειπόμενο γονίδιο το οποίο προκαλεί ανοσολογική ανεπάρκεια και αδυναμία να αντιμετωπισθεί η HPV λοίμωξη. Η νόσος ξεκινά στην πρώιμη παιδική ηλικία με την εμφάνιση επίπεδων ακροχορδώνων και ερυθρών – καφέ κηλιδωτών πλακών και οι τελευταίες μπορούν να αναπτυχθούν μέσα σε αργά – αναπτυσσόμενο καρκίνωμα *in situ* ή σε διηθητικό καρκίνο. Αντίθετα με τους καρκίνους που συνδέονται με τον HPV 16, το γονιδίωμα των EV τύπων γενικά δεν ενσωματώνεται, αλλά παραμένει σαν επίσωμα. Η εξέλιξη σε καρκίνο συνήθως συμβαίνει στις περιοχές που εκτίθενται στον ήλιο, και οι υπερϊώδης ακτινοβολία θεωρείται συμπαραγοντας για την ανάπτυξη κακοηθειών που συσχετίζονται με EV. Πραγματικά, η αναζήτηση εξωτερικών συμπαραγόντων θεωρείται σημαντική για την ανάπτυξη αρκετών κακοηθειών που συσχετίζονται με HPV. Για την εξέλιξη των βλαβών των γεννητικών οργάνων σε καρκίνο του τραχήλου ωστόσο, έχει προταθεί η χρήση των

αντισυλληπτικών δισκίων, το κάπνισμα, η παρουσία και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων παθήσεων και ειδικοί HLA τύποι (Κουρούνης, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΦΙΛΗ

Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις

Στο σχεδιασμό και την εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας για τον ασθενή, ο νοσηλευτής χρειάζεται να λάβει υπόψη την ηλικία, τον τρόπο ζωής, την πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς. Αν και κάθε ασθενής έχει εξατομικευμένες ανάγκες, οι νοσηλευτικές διαγνώσεις για τον ασθενή με σύφιλη θα είναι οι ίδιες όπως για κάθε ασθενή με σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη (Lemone & Burke, 2006).

Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση του ασθενούς που έχει εκδηλώσεις σύφιλης ξεκινά με ένα ιστορικό για να συλλεχθούν πληροφορίες για κάθε βλάβη ή εξάνθημα. Το ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει μία αξιολόγηση του κινδύνου και σεξουαλικό ιστορικό και αν έχει γίνει ποτέ προηγούμενος έλεγχος ή θεραπεία για σύφιλη ή άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ρωτάμε για αλλεργικές αντιδράσεις, ιδιαίτερα στην πενικιλίνη.

Γίνεται φυσική εξέταση περιλαμβάνοντας επισκόπηση και ψηλάφηση ώστε να γίνει αναγνώριση των εκδηλώσεων της σύφιλης. Φοράμε γάντια κατά την ψηλάφηση των βλαβών εξαιτίας της υψηλής μολυσματικότητας των κυκλοφορούντων τρεπονημάτων. Παρατηρούμε και καταγράφουμε τα εξανθήματα κάθε μορφής, εξαιτίας της πολυποίκιλης παρουσίας της δευτερογενούς σύφιλης.

Νοσηλευτική διαχείριση

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις βασίζονται στις πληροφορίες που λαμβάνονται κατά το ιστορικό και τη φυσική εξέταση. Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις για τους ασθενείς με σύφιλη καθώς και με άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι:

- Κίνδυνος τραυματισμού σχετιζόμενος με την εξέλιξη της νόσου
- Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση σχετιζόμενη με τον υψηλό βαθμό απειλής, φόβου, ενοχής ή θυμού
- Μη συμμόρφωση (θεραπεία και / ή παρακολούθηση του συντρόφου) σχετιζόμενη με το κόστος, τους οικείους, την πρόσβαση και την ευκολία στη φροντίδα
- Σεξουαλική δυσλειτουργία σχετιζόμενη με την εξέλιξη της νόσου και το φόβο μετάδοσης
- Διαταραχή της ακεραιότητας του δέρματος σχετιζόμενη με την παρουσία ελκών στα γεννητικά όργανα, μυρμηκίες ή εξάνθημα
- Αναποτελεσματική διατήρηση της υγείας, σχετιζόμενη με την έλλειψη πηγών και πληροφοριών για τον τρόπο μετάδοσης, την εξέλιξη της νόσου και την ανάγκη για θεραπεία
- Διαταραγμένη κοινωνική αλληλοεπίδραση σχετιζόμενη με την διαταραχή της αυτό-αντίληψης ή το κοινωνικό στίγμα
- Οξύς πόνος σχετιζόμενος με το φυσικό παράγοντα (διαδικασία λοίμωξης)
- Άγχος σχετιζόμενο με την απειλή για την κατάσταση της υγείας (δυσνητική στειρότητα) ως αποτέλεσμα της νόσησης με σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα
- Χρόνια / Περιστασιακή χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετιζόμενη με τη διαταραγμένη σωματική εικόνα ως αποτέλεσμα της νόσησης με σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα

Δίνουμε έμφαση στις παρεχόμενες πληροφορίες στον ασθενή σχετικά με την αιτία της λοίμωξης (σεξουαλική μετάδοση), τη θεραπεία, συμπεριλαμβάνοντας τις παρενέργειες, τις δυσνητικές επιπλοκές από τη μη θεραπευμένη ή ατελώς θεραπευμένη νόσο και την ανάγκη για συνεχόμενη φροντίδα. Όλοι οι σεξουαλικοί σύντροφοι πρέπει να αντιμετωπισθούν επαρκώς, όσο το δυνατόν συντομότερα. Συζητούμε με τον ασθενή τη σπουδαιότητα της ενημέρωσης

και της θεραπείας του συντρόφου, συμπεριλαμβάνοντας τον κίνδυνο για αναμόλυνση εάν ο σύντροφος δεν θεραπευθεί. Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι η νόσος πρέπει να αναφερθεί στην τοπική αρχή υγείας και ότι όλες οι πληροφορίες θα διατηρηθούν με αυστηρή εμπιστευτικότητα. Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να παρέχει ακριβείς πληροφορίες για την παρακολούθηση για να διασφαλισθεί ότι όλοι οι υψηλού κινδύνου σύντροφοι θεραπεύονται κατάλληλα. Παρέχουμε απομονωμένο χώρο και ενθαρρύνουμε την ανοιχτή συζήτηση.

Τονίζουμε στον ασθενή την ανάγκη να προσκολληθεί στη θεραπευτική αγωγή, συμπεριλαμβάνοντας επισκέψεις για μετέπειτα παρακολούθηση. Επίσης, τονίζουμε την ανάγκη για σεξουαλική αποχή έως ότου ολοκληρωθεί η θεραπεία.

Η συναισθηματική ανταπόκριση στη σύφιλη ποικίλλει και μπορεί να περιλαμβάνει αισθήματα φόβου, κατάθλιψης, ενοχής και άγχους. Οι ασθενείς μπορεί να βιώνουν ενοχή εάν έχουν μολύνει άλλους ή θυμό εάν έχουν μολυνθεί από ένα σύντροφο. Εάν απαιτούνται περαιτέρω ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συζητήσει αυτά τα συναισθήματα ή τον παραπέμπουμε σε άλλες πηγές, όπως σε ομάδες ψυχοθεραπείας, ομάδες υποστήριξης αυτοβοήθειας ή ιατρεία σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Ignatavicius & Workman, 2008).

Κίνδυνος για βλάβη

Εάν η σύφιλη δε διαγνωσθεί και αντιμετωπισθεί άμεσα και αποτελεσματικά, μπορεί να έχει καταστροφικά αποτελέσματα σε όλα τα συστήματα του σώματος, ειδικά στο κεντρικό νευρικό και καρδιαγγειακό σύστημα, οδηγώντας τελικά σε επώδυνο θάνατο. Ο ρόλος των νοσηλευτών-τριών είναι να:

- Διδάξουν τη σημασία της λήψης της συνιστώμενης από το στόμα φαρμακευτικής αγωγής. Η ολοκλήρωση της θεραπείας με αντιβιοτικά είναι σημαντική, για να εξασφαλισθεί η εκρίζωση του λοιμογόνου μικροοργανισμού.
- Ενθαρρύνουν την παραπομπή όλων των σεξουαλικών συντρόφων του ασθενούς για εξέταση και κάθε αναγκαία θεραπεία. Χωρίς θεραπεία και των δύο συντρόφων, μπορεί να παρατηρηθεί επαναμόλυνση ή η νόσος να μεταδοθεί σε άλλους ανθρώπους μέσω της σεξουαλικής δραστηριότητας.

- Διδάξουν αποχή από τη σεξουαλική δραστηριότητα μέχρις ότου ο ασθενής και οι σεξουαλικοί σύντροφοι θεραπευθούν, και τη χρήση προφυλακτικού ώστε να προληφθούν μελλοντικές λοιμώξεις. Η αποχή μέχρι να εκριζωθεί ο μικροοργανισμός προλαμβάνει την επιμόλυνση. Τα προφυλακτικά παρέχουν προστασία με τη μέθοδο του φραγμού, ελαττώνοντας τον κίνδυνο μόλυνσης κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.
- Τονίσουν την σημασία της επανεξέτασης σε μεσοδιαστήματα 3 και 6 μηνών για την πρωτογόνο σύφιλη και σε διαστήματα 6 και 12 μηνών για την όψιμη λανθάνουσα σύφιλη. Η τακτική παρακολούθηση επιβάλλεται για να διασφαλισθεί με σιγουριά η εκρίζωση της νόσου.
- Παρέχουν πληροφορίες για σημεία και συμπτώματα επαναλοίμωξης. Η επιτυχής θεραπεία της νόσου δεν προλαμβάνει ενδεχόμενες επακόλουθες λοιμώξεις.

Άγχος

Η διάγνωση της σύφιλης προκαλεί εύλογη ανησυχία στον ασθενή όχι μόνο για την προσωπική ευεξία, αλλά και για την ευεξία των συντρόφων και στην έγκυο γυναίκα για την ευεξία του εμβρύου της.

Ο ρόλος των νοσηλευτών-τριών είναι να:

- Τονίσουν ότι η σύφιλη μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά, προλαμβάνοντας τις σοβαρές επιπλοκές του τελικού σταδίου της νόσου. Αυτές οι πληροφορίες παρέχουν την αίσθηση του ελέγχου και βοηθούν να ελαττωθεί η ανησυχία.
- Διδάξουν την έγκυο ασθενή ότι η λήψη των φαρμάκων και η μηνιαία επανεξέταση θα συμβάλουν στην ευεξία του κυοφορούμενου εμβρύου. Η ανησυχία ελαττώνεται και η συμμόρφωση αυξάνεται, όταν γνωρίζει ότι η θεραπεία μειώνει τον κίνδυνο για το έμβρυο.

Χαμηλή αυτοεκτίμηση

Η οποιαδήποτε χρόνια νόσος μπορεί να έχει επίπτωση στην αυτοεκτίμηση ενός ατόμου. Όμως, ο ασθενής με σύφιλη ή οποιαδήποτε σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη χρειάζεται πρόσθετη υποστήριξη για να αντιμετωπίσει την κοινωνική κατακραυγή («στιγματισμός») αυτού του είδους λοίμωξης. Δυστυχώς, οι πληθυσμοί που προσβάλλονται

περισσότερο από σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη, συχνά στερούνται υποστήριξης από την οικογένεια και άλλους κοινωνικούς φορείς.

Ο ρόλος των νοσηλευτών-τριών είναι να:

- Δημιουργήσουν ένα περιβάλλον όπου ο ασθενής αισθάνεται σεβασμό και ασφάλεια, ώστε να συζητήσει ερωτήματα και ανησυχίες για τη νόσο και την επίδραση της στη γενική κατάσταση της υγείας και την ποιότητα της ζωής του. Η αντιμετώπιση με σεβασμό βοηθά στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης.
- Παρέχουν ιδιωτικότητα και εμπιστευτικότητα. Οι ασθενείς είναι συχνά αμήχανοι όταν συζητούν τις ιδιαιτερότητες της σεξουαλικής τους ζωής.
- Διαβεβαιώσουν τους ασθενείς να γνωρίζουν ότι ο νοσηλευτής-τρια και οι άλλοι επαγγελματίες παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας ενδιαφέρονται για αυτούς και για την επιτυχή θεραπεία της νόσου τους. Ενισχύεται η αυτοεκτίμηση εκείνου που αισθάνεται ότι τον εκτιμούν οι άλλοι.

Κατ' οίκον φροντίδα

Η διδασκαλία είναι ουσιαστικό τμήμα της νοσηλευτικής φροντίδας για τον ασθενή με οποιαδήποτε σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη, χωρίς η σύφιλη να αποτελεί εξαίρεση. Ο νοσηλευτής-τρια δίνει έμφαση στο ότι η σύφιλη είναι μία χρόνια νόσος που μπορεί να μεταδοθεί σε άλλους, ακόμα και αν δεν υπάρχουν έκδηλα συμπτώματα.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να ασχοληθεί με τα ακόλουθα θέματα:

- Λήψη όλων των συσταθέντων φαρμάκων
- Παραπομπή των σεξουαλικών συντρόφων για εξέταση και θεραπεία
- Αποχή από κάθε σεξουαλική επαφή για τουλάχιστον 1 μήνα μετά τη θεραπεία
- Χρήση προφυλακτικού για να αποφευχθεί η μετάδοση

Περιοδικός έλεγχος (σε 3 και 6 μήνες για ασθενείς με πρωτογόνο ή δευτερογόνο σύφιλη και σε 6 και 12 μήνες για αυτούς με όψιμη σύφιλη). Εάν οι ασθενείς είναι θετικοί για

HIV συνιστάται επανεξέταση σε 1, 2, 3, 6, 9 και 12 μήνες μετά τη θεραπεία (Lemone & Burke, 2006).

5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα για τον ασθενή με κονδυλώματα της γεννητικής περιοχής περιλαμβάνει εκπαίδευση προ της θεραπείας, θεραπεία των βλαβών, αγωγή υγείας για ατομική φροντίδα και προαγωγή υγείας (Lemone & Burke, 2006).

Νοσηλευτική διαχείριση

Η νοσηλευτική παρέμβαση επικεντρώνεται στη διδασκαλία του ασθενούς για τον τρόπο μετάδοσης, την περίοδο επώασης, τη θεραπεία και τις επιπλοκές, ιδιαίτερα τη συσχέτιση με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Επισημαίνουμε τις οδηγίες για την τοπική φροντίδα των βλαβών στην εφαρμόσιμη από τον ασθενή θεραπεία. Ενημερώνουμε τους ασθενείς ότι μετά από τη θεραπεία με κρυοθεραπεία, ποδοφυλλίνη ή τριχλωρικό οξύ (TCA) μπορεί να αισθανθούν δυσχέρεια, αιμορραγία ή εκκρίσεις από το σημείο ή σχηματισμό εσχάρας σε τμήματα μυρμηκίας. Εκπαιδεύουμε τους ασθενείς να διατηρούν την περιοχή καθαρή (με λουτρό ή μπάνιο) και στεγνή και να είναι σε εγρήγορση για σημεία και συμπτώματα λοίμωξης ή παρενεργειών της θεραπείας.

Τα προφυλακτικά συστήνονται για να βοηθήσουν τη μείωση της μετάδοσης. Ενημερώνουμε τους ασθενείς ότι είναι πιθανή η υποτροπή και μπορεί να χρειάζονται επαναλαμβανόμενες θεραπείες. Διδάσκουμε τις γυναίκες που είχαν οξυτενή κονδυλώματα να κάνουν ετησίως το τεστ Παπανικολάου (test Pap). Όπως και με τα άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, παρέχουμε συναισθηματική υποστήριξη και παραπέμπουμε εάν χρειάζεται για συμβουλευτική (Ignatavicius & Workman, 2008).

Νοσηλευτικές ευθύνες

- Καθορισμός των βασικών δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων της πνευματικής κατάστασης, των ζωτικών σημείων και του βάρους

- Καταγραφή και αναφορά όλων των υπάρχουσων βλαβών (γεννητικές, πρωκτικές, στοματικές)
- Κάλυψη του ιστού που περιβάλλει τα κονδυλώματα με παραφίνη ή φύραμα από σόδα και νερό για να προστατευθεί από το καυστικό θεραπευτικό διάλυμα.

Εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειάς του

- Σχολαστικός καθαρισμός της πάσχουσας περιοχής εντός 1 έως 4 ωρών μετά την πρώτη εφαρμογή. Σταδιακή αύξηση της περιόδου στις 6 έως 8 ώρες μετά τη δεύτερη και τις επόμενες εφαρμογές
- Τακτική θεραπεία μέχρι να εξαφανιστούν τα κονδυλώματα
- Παραπομπή των σεξουαλικών συντρόφων για εξέταση και όποια απαραίτητη θεραπεία
- Αναφορά ανεπιθύμητων ενεργειών (ναυτία, διάρροια, τοπικό ερεθισμό, λήθαργο, μουδιάσματα)
- Αποφυγή σεξουαλικής δραστηριότητας μέχρι οι ίδιοι και οι σύντροφοι τους να είναι ελεύθεροι από τη νόσο για 1 μήνα
- Χρήση προφυλακτικού ώστε να αποφύγουν μελλοντικές λοιμώξεις
- Ετήσιο τεστ Παπανικολάου (test Pap)

Έλλειμμα γνώσεων

Ο HPV μεταδίδεται μέσω επαφής με μολυσματικές βλάβες ή εκκρίσεις με το 70% των κονδυλωμάτων να μεταδίδονται από ανθρώπους που δεν γνωρίζουν ότι είναι μολυσμένοι. Αν και δεν υπάρχει αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας, είναι ουσιώδεις να προσλαμβάνονται οι δευτεροπαθείς λοιμώξεις.

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας είναι να:

- Συζητήσει την ανάγκη για άμεση αντιμετώπιση και αποχή από σεξουαλικές δραστηριότητες μέχρι να επουλωθούν οι βλάβες. Αυτό μειώνει τον κίνδυνο επαναμόλυνσης και περαιτέρω μετάδοσης της νόσου.
- Συζητήσει τον αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου και την αναγκαιότητα ενός ετησίου τεστ Παπανικολάου (test Pap). Κατανοώντας τον κίνδυνο, η ασθενής θα έχει ισχυρότερο κίνητρο για να προβαίνει σε ετήσιο έλεγχο.
- Τονίζει τη σπουδαιότητα του σχολαστικού πλύσιματος των χεριών. Το πλύσιμο των χεριών είναι ουσιώδες για την πρόληψη του ενοφθαλμισμού του ιού από το χέρι στον οφθαλμό, η οποία είναι η πιο συχνή αιτία βλάβης του κερατοειδούς και επακόλουθης τύφλωσης.

Φόβος

Η επέμβαση προκαλεί κάποιο φόβο στους περισσότερους ασθενείς: φόβος της ίδιας της επέμβασης, του πόνου και των επιπλοκών. Η χειρουργική ή η κρυοθεραπεία στη γεννητική περιοχή συνεπάγονται όλους αυτούς τους φόβους συν το φόβο για ενδεχόμενη έκπτωση της σεξουαλικής λειτουργίας.

Ο ρόλος του νοσηλεύτη-τριας είναι να:

- Ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει συγκεκριμένους φόβους και συναισθήματα για την επέμβαση. Εξηγεί τη διαδικασία, το χρόνο ανάρρωσης κατά προσέγγιση, τις πιθανές επιπλοκές και τους τρόπους που μπορούν να αποφευχθούν, καθώς και μεθόδους αντιμετώπισης των επιπλοκών. Η επίγνωση των συνεπειών μειώνει το φόβο του ασθενούς και τον βοηθά να έχει εντονότερη αίσθηση του ελέγχου.
- Εξηγήσει ότι η επέμβαση διενεργείται με τοπική αναισθησία. Το να διατηρεί ο ασθενής τις αισθήσεις του στη διάρκεια της επέμβασης παρέχει σε αυτόν εντονότερη αίσθηση συμμετοχής στη θεραπευτική διαδικασία.

Κατ' οίκον φροντίδα

Η αγωγή υγείας επικεντρώνεται στην αναγκαιότητα για τον ασθενή και τους μολυσμένους συντρόφους να επιστρέφουν για τακτική θεραπεία μέχρι να υποχωρήσουν οι βλάβες και να χρησιμοποιούν προφυλακτικά για να εμποδίζουν την επαναμόλυνση. Λόγω του αυξημένου κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, το ετήσιο τεστ Παπανικολάου (test Pap) είναι ουσιώδες για τις ασθενείς (Lemone & Burke, 2006).

5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΙΩΝ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΥΦΙΛΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ

Ο νοσηλευτής σαν μέλος της υγειονομικής ομάδας, σκοπεύει κατά κύριο λόγο στην πρόληψη με τη διδασκαλία και τη διαφώτιση, συμβάλλει στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ασθενών, ώστε να μπορέσουν να κατανοήσουν και να αποδεχτούν τη νόσο, ακόμα, διδάσκοντας στα μέλη της κοινότητας πώς να επισημάνουν εγκαίρως ανησυχητικά σημεία, παρέχοντας την ανάλογη ενημέρωση για να περιορίσει την εξάπλωση.

Το αντικείμενο φροντίδας του νοσηλευτή μπορεί να περιλαμβάνει το άτομο, την οικογένεια, αλλά και κάθε κοινωνική ομάδα. Αξιολογεί και αντιμετωπίζει όχι μόνο τις ανάγκες του ατόμου με το συγκεκριμένο πρόβλημα, αλλά συγχρόνως και τις ανάγκες, την επάρκεια και προσαρμογή όλων των μελών που απαρτίζουν την οικογένεια και το περιβάλλον του.

Αυτός είναι και ο βασικός λόγος που πρέπει να ενθαρρύνεται ο πληθυσμός στο να υποβάλλεται συχνά σε έλεγχο. Η πρόληψη περιλαμβάνει την αποφυγή παραγόντων κινδύνου, τον εμβολιασμό και τις διαγνωστικές μεθόδους, όπως το Τεστ Παπανικολάου (Παναουδάκη, 2006).

Η πρόληψη της σύφιλης αναφέρεται κυρίως στο γεγονός ότι αποτελεί σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα και περιλαμβάνει:

- Εκπαιδευτικά προγράμματα σε εφήβους για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Ενημέρωση του πληθυσμού με έμφαση στους εφήβους
- Έλεγχο των εγκύων, όπως επίσης είναι σημαντικό για τις γυναίκες που προγραμματίζουν να μείνουν έγκυες να υποβάλλονται σε έλεγχο

- Έγκαιρη διάγνωση
- Προσεκτικό χειρισμό κατά τις μεταγγίσεις αίματος (<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%8D%CF%86%CE%B9%CE%BB%CE%B7#.CE.A0.CE.81.CE.8C.CE.BB.CE.B7.CE.88.CE.B7>)

- Χρήση προφυλακτικού από latex για τη γεννητική και πρωκτική επαφή

Χρήση γαντιών από latex για την επαφή του δακτύλου ή του χεριού με τον κόλπο ή το ορθό (Ignatavicius & Workman, 2008).

Η πρόληψη της λοίμωξης από ιό HPV περιλαμβάνει επίσης:

- Εκπαιδευτικά προγράμματα σε εφήβους, όπου θα τονίζεται η ισχυρή συσχέτιση του HPV ως σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος με την ανάπτυξη καρκίνου.
- Η ενθάρρυνση καθυστερημένης έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας.
- Η σύσταση χρήσης προφυλακτικού που θα συντελέσει στη μείωση της συχνότητας μετάδοσης του ιού HPV.
- Η σωστή υγιεινή για την πρόληψη χρόνιων κολποτραχηλικών φλεγμονών.
- Η διακοπή καπνίσματος
- Σωστές διατροφικές συνήθειες για την καλή διατήρηση του ανοσολογικού συστήματος
- Επιλογή του σεξουαλικού συντρόφου και όχι εναλλαγή των σεξουαλικών συντρόφων (Παναουδάκη, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

Ιστορικό ασθενούς

Ο νεαρός άντρας Ε.Κ. ετών 22 ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου «Σισμανόγλειο» στις 22/8/2012. Κατά τη διάρκεια λήψης του νοσηλευτικού ιστορικού ο ασθενής αναφέρει ότι το τελευταίο έτος συγκατοικεί με την Μ.Π., η οποία εδώ και 5 μήνες κυοφορεί το παιδί του. Ταυτόχρονα όμως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της Μ.Π. συνεχίζει μία προηγούμενη σχέση με έντονη σεξουαλική δραστηριότητα με μία άλλη γυναίκα. Πρόσφατα ο Ε.Κ. παρατήρησε οίδημα στη βουβωνική χώρα και μία πληγή στο πέος του. Παρουσίαζε ΑΠ – 120/70mmHg, σφίξεις 75/min, θερμοκρασία 36,3 °C, αναπνοές 13/min. Όσο αφορά το ιστορικό υγείας, δεν αναφέρει κάποιο άλλο πρόβλημα. Οι εξετάσεις επιβεβαιώνουν τη διάγνωση της σύφιλης στο αρχικό της στάδιο (πρωτογόνος σύφιλη).

Ανάγκες- Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
1. Άγχος σχετιζόμενο με την ενδεχόμενη επίδραση της λοίμωξης στο κυοφορούμενο έμβρυο και θλίψη από τη διάγνωση της νόσου.	*Καθησυχασμός του ασθενούς και προτροπή προς ψύχραιμη αντιμετώπιση της κατάστασή του.	*Να αφήσουμε τον ασθενή να ηρεμήσει. *Να πραγματοποιηθεί συζήτηση κατά την οποία να παρέχεται στον ασθενή πλήρης ενημέρωση της κατάστασής του. * Καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης να προσπαθούμε να κάνουμε τον ασθενή να νιώσει εμπιστοσύνη και ασφάλεια.	*Ο ασθενής αφήνεται να ηρεμήσει. *Πραγματοποιείται συζήτηση κατά την οποία παρέχεται στον ασθενή πλήρης ενημέρωση σχετικά με την κατάστασή του. *Καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης προσπαθήσαμε να κάνουμε την ασθενή να νιώσει εμπιστοσύνη και ασφάλεια.	*Ο ασθενής ηρεμεί *Δείχνει εμπιστοσύνη στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

Ανάγκες- Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
2.Οίδημα στη βουβωνική χώρα και συφιλιδικό έλκος στο πέος.	*Αντιμετώπιση του οιδήματος και του συφιλιδικού έλκους.	* Καταγραφή των υπαρχουσών βλαβών της βουβωνικής και της γεννητικής περιοχής. *Τήρηση άσηπτης τεχνικής. *Χορήγηση αντιβιοτικού βενζαθινικής πενικιλίνης G	*Έγινε η καταγραφή των βλαβών της βουβωνικής και της γεννητικής περιοχής. *Τηρήθηκε η άσηπτη τεχνική *Έγινε χορήγηση της βενζαθινικής πενικιλίνης G 2,4 εκατομμύρια μονάδες άπαξ ενδομυϊκά.	* Με την χορήγηση των αντιβιοτικών και τη χρήση άσηπτης τεχνικής υπήρξε σταδιακή επαναφορά της βουβωνικής και της γεννητικής περιοχής στην αρχική τους κατάσταση.

Ανάγκες- Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
3.Άρνηση αποχής από τις σεξουαλικές δραστηριότητες	*Αποδοχή της αποχής από τις σεξουαλικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της θεραπείας	* Να επιδιώξουμε μια δημιουργική, ενημερωτική και άκρως φιλική συζήτηση με τον ασθενή. *Να εξηγήσουμε στον ασθενή τους λόγους αποχής από τις σεξουαλικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της θεραπείας. *Να ενημερώσουμε για τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα από την αποχή των σεξουαλικών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια της θεραπείας.	*Πραγματοποιήθηκε η συζήτηση με τον ασθενή και ήταν επιτυχής *Έγινε επεξήγηση στον ασθενή για τους λόγους αποχής από τις σεξουαλικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της θεραπείας * Ενημερώθηκε για τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα από την αποχή των σεξουαλικών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια της θεραπείας.	*Αποδοχή για την αποχή από τις σεξουαλικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της θεραπείας. *Κατανόηση των μειονεκτημάτων και των πλεονεκτημάτων.

6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

Ιστορικό ασθενούς

Η κυρία Α.Κ. ετών 25 εισήλθε στη γυναικολογική κλινική του νοσοκομείου «Ελενα» στις 16/6/2012.

Εμφάνισε οξύ πόνο στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και στην αιδιοκολπική περιοχή. Παρουσίαζε ΑΠ – 125/75mmHg, σφίξεις 75/min, θερμοκρασία 36,5 °C, αναπνοές 12/min.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό τα στοιχεία του οποίου συγκεντρώθηκαν από την ίδια ήταν τα ακόλουθα: είναι άγαμη και το τελευταίο διάστημα δεν είχε μόνιμους σεξουαλικούς συντρόφους και δεν υπήρξε χρήση προφυλακτικού κατά τη συνεύρεση. Όσο αφορά το ιστορικό υγείας, δεν αναφέρει κάποιο άλλο πρόβλημα.

Κατά την πυελική εξέταση διαπιστώθηκαν διογκώσεις στον κόλπο και στον τράχηλο της μήτρας, ενώ κατά την επισκόπηση υπήρχαν κονδυλώματα στα έσω χείλη του αιδοίου. Επίσης, έγιναν καλλιέργειες (κολπικού υγρού), Τεστ Παπανικολάου.

Στις 16/6/2012 έγινε εισαγωγή στην γυναικολογική κλινική. Αποφασίστηκε να γίνει θεραπεία ποδοφυλλίνης.

Ανάγκες- Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
1.Εκνευρισμός. Εκδήλωση αρνητικής στάσης έναντι του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ύστερα από ενημέρωσή της για τη διάγνωση της λοίμωξής της .	*Καθησυχασμός της ασθενούς και προτροπή αυτής προς ψύχραιμη αντιμετώπιση της κατάστασή της.	*Να αφήσουμε την ασθενή να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της. *Πραγματοποιείται συζήτηση κατά την οποία παρέχεται στην ασθενή πλήρης ενημέρωση της κατάστασής της. Ενημερώνουμε για τη θεραπεία που θα επιλεγθεί και βεβαιώνουμε την ασθενή για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης προσπαθούμε να κάνουμε την ασθενή να νιώσει εμπιστοσύνη και ασφάλεια	*Η ασθενής αφήνεται να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της.. *Πραγματοποιείται συζήτηση κατά την οποία παρέχεται στην ασθενή πλήρης ενημέρωση σχετικά με την κατάστασή της. Επιλέχθηκε διάλυμα ποδοφυλλίνης (10- 25%). Δύο φορές την εβδομάδα για τέσσερις εβδομάδες. Καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης προσπαθήσαμε να κάνουμε την ασθενή να νιώσει εμπιστοσύνη και ασφάλεια.	*Η ασθενής ηρεμεί , εμφανίζεται ψυχραιμότερη και μοιάζει να εμπιστεύεται το ιατρικό- νοσηλευτικό προσωπικό. *Η ασθενής αποδέχτηκε και κατανόησε τη θεραπεία.

Ανάγκες- Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
2. Διαταραγμένη ακεραιότητα δέρματος και ιστών που σχετίζεται με την ύπαρξη του ιού.	Επαναφορά του δέρματος και των ιστών στην αρχική τους κατάσταση.	<p>*Καταγραφή των υπαρχουσών βλαβών της γεννητικής περιοχής.</p> <p>*Σχολαστικός καθαρισμός της πάσχουσας περιοχής</p> <p>*Τήρηση άσηπτης τεχνικής.</p> <p>*Ενημέρωση της ασθενούς για τη σωστή φροντίδα της περιοχής των γεννητικών οργάνων.</p>	<p>*Εγινε καταγραφή των υπαρχουσών βλαβών της γεννητικής περιοχής.</p> <p>*Εγινε σχολαστικός καθαρισμός της πάσχουσας περιοχής</p> <p>*Εγινε τήρηση άσηπτης τεχνικής.</p> <p>*Ενημερώθηκε η ασθενής για τη σωστή φροντίδα της περιοχής των γεννητικών οργάνων.</p>	*Με τη τήρηση της σωστής φροντίδας των γεννητικών οργάνων υπάρχει σταδιακή επαναφορά του δέρματος και των ιστών στην αρχική κατάσταση.

Ανάγκες- Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
3. Φόβος για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.	*Απαλλαγή αισθήματος φόβου.	<p>* Να επιδιώξουμε μια δημιουργική, ενημερωτική και άκρως φιλική συζήτηση με την ασθενή.</p> <p>*Να εξηγήσουμε στην ασθενή τη φύση της θεραπείας.</p> <p>*Να ενημερώσουμε για τυχόν παρενέργειες της θεραπείας.</p> <p>*Να διαβεβαιώσουμε την ασθενή για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.</p>	<p>*Πραγματοποιήθηκε μια φιλική συζήτηση με την ασθενή.</p> <p>*Εξηγήσαμε τη φύση της θεραπείας</p> <p>*Ενημερώσαμε την ασθενή για τυχόν επιπλοκές της θεραπείας</p> <p>*Διαβεβαιώσαμε την ασθενή για τα αποτελέσματα της θεραπείας.</p>	<p>*Μείωση φόβου, εφησυχασμός της ασθενούς</p> <p>*Εξασφάλιση καλύτερης συνεργασίας με την ασθενή.</p> <p>*Αποδέχτηκε και κατάλαβε τη θεραπεία που θα πρέπει να ακολουθήσει.</p>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αντσακλής, Α. (2011). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Αντωνοπούλου, Μ. (2011). *Πώς να προλάβετε τα κονδυλώματα*, Π. *Vita*. τ. 168. σελ.38
- Αποστολάτου, Τ. (2009). *Να κάνω εμβόλιο HPV στην κόρη μου*, Π. *Vita*. τ. 143. σελ.65
- Αρσένη. Α. (1994). *Κλινική Μικροβιολογία και Εργαστηριακή Διάγνωση Λοιμώξεων*. Τόμος Β'. Αθήνα: ΒΗΤΑ
- Bannister B., Gillespie S. και Jones J. (2008). *Λοιμώδη Νοσήματα: Μικροβιολογία και Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Barrett J.T. (2002). *Βασικές Αρχές Μικροβιολογίας και Ανοσολογίας*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Δημητρακόπουλος Ο.Γ. (1987). *Εισαγωγή στην Κλινική Μικροβιολογία και τα Λοιμώδη Νοσήματα*. Αθήνα: Πασχαλίδη.
- Δημητρακόπουλος Ο.Γ. (1995). *Ιατρική Βακτηριολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδη.
- Goldman L. & Bennett C. (2002). *Νοσολογία: Φυσιοπαθολογία – Διάγνωση – Θεραπεία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Greenwood D., Slack R., Reutherer J., και Barer M. (2010). *Ιατρική Μικροβιολογία, Μικροβιακές Λοιμώξεις: Παθογένεια, Ανοσία, Εργαστηριακή Διάγνωση και Θεραπεία*. Τόμος Α'. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Gulanick M., Dradishar D. και Pujaz M.K. (2003). Αθήνα: Έλλην
- Hart T. και Shears P. (2000). *Έγχρωμος Άτλας Ιατρικής Μικροβιολογίας*. Αθήνα: Λίτσας.
- Ignatavicius & Workman. (2008). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη για Συνεργατική Φροντίδα*. Αθήνα: ΒΗΤΑ
- Καλκάνη – Μπουσιάκου Ε. (2001). *Γενική Μικροβιολογία*. Αθήνα: Έλλην
- Κανιτάκης, Κ. (1975). *Δερματολογία – Αφροδισιολογία*. Θεσσαλονίκη: Αφοί Σάκκουλα.
- Καραχάλιος, Γ. Ν. (Επιμ.). (2006). *Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Έλλην.

- Κουρούνης, Γ. Σ. (1991) *Παθολογία τραχήλου μήτρας – Κολποσκόπηση*. Αθήνα: Κουρούνης.
- Κουρούνης, Γ. Σ. (2004). *Παθολογία: Κατώτερου Γεννητικού Συστήματος – Κολποσκόπηση*. Αθήνα : Κουρούνης.
- Lemone P. & Burke K. (2006). *Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. Αθήνα: Λαγός.
- Μιχαλάς Σ.Π. (2000). *Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Μοντέζι, Μ. και Μανάρας, Κ. (Επιμ.). (1987). *Υγεία – Οδηγός Υγιεινής*. τόμος Α. Αθήνα: Δομική.
- Μπασιάρης, Χ. και Γώγος, Χ. (Επιμ.). (2008). *Λοιμώδη Νοσήματα: Μικροβιολογία και Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Παπαδάκης Ε. (2009). *Μοριακοί Μηχανισμοί Καρκινωμάτων Εξάλλαξης*. Τόμος Γ'. Τεύχος 4.
- Παπαδημητρίου Κ.Σ. (1988). *Γενική Παθολογία και Ανατομική*. Αθήνα: Λίτσας.
- Παπανικολάου Ν.Α. και Παπανικολάου Α.Ν. (1994). *Γυναικολογία*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Rappas A.B., Hollingsworth A.O. & Livingston J.C. (1999). *Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Έλλην.
- Πεκτασίδης, Γ., Αθανάσιος, Μ. και Δημόπουλος, Κ. (2001). *Γυναικολογική Ογκολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Σκανδαλάκης, Π. Ν. (Επιμ.). (2007). *Ανατομία*. τόμος Α. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Στρατηγός, Ι. Δ. (2004). *Αφροδισιολογία: Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις και Δερματοπάθειες των Γεννητικών Οργάνων*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Χρυσομμάλης, Φ. (2005). *Δερματολογία – Αφροδισιολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Πηγές από το Διαδίκτυο

Μορτάκης Α. Ε., (2011), “*Τυποποίηση HPV, HPV-Τεστ*” Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.mortakis.gr/Homepage>, την 20.11.2012

<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%8D%CF%86%CE%B9%CE%BB%CE%B7>

<http://www.e-rheumatology.gr/scientific-articles/aggeitides-syndeomenes-me-baktiridiakes-mykitiasikes-kai-parasitikes-loimokseis>

<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%8D%CF%86%CE%B9%CE%BB%CE%B7#.CE.E9C.CE.B5.CF.84.CE.AC.CE.B4.CE.BF.CF.83.CE.B7.CF.84.CE.B7.CF.82.CE.BD.CF.8C.CF.83.CE.BF.CF.85>

<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%8D%CF%86%CE%B9%CE%BB%CE%B7#.CE.A0.CE.81.CF.8C.CE.BB.CE.B7.CF.88.CE.B7>

<http://el.wikipedia.org/wiki/HPV>