

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Ομάδα εργασίας 1^{ης} έκδοσης

Συντονιστής: Α. Σκουτέλης

Ομάδα Εργασίας: Ν. Βιτωράτος

Δ. Βώρος

Σ. Καλαντερίδου

Δ. Καλογήρου

Ε. Κουσκούνη

Γ. Μακρυδήμας

Β. Παπαρίζος

Β. Παπασταμόπουλος

Θ. Πέππας

Α. Τόσκας

Ν. Τσόγκας

Ε. Φραγκούλη

Ομάδα εργασίας αναθεωρημένης έκδοσης

Συντονιστής: Α. Σκουτέλης

Ομάδα εργασίας: Β. Κοντέ

Η. Νικολαΐδου

Β. Παπασταμόπουλος

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) είναι γνωστά από την αρχαιότητα και αποτελούν ένα διαχρονικά σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1950, ήταν γνωστά μόνο πέντε: η σύφιλη, η γονόρροια (βλεννόρροια), το μαλακό έλκος, το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα και το βουβωνικό κοκκίωμα. Η σύγχρονη περίοδος για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, αρχίζει αφ' ότου έγινε κατορθωτό η κλινική διάγνωση τους να επιβεβαιώνεται και εργαστηριακά. Ο όρος Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις είναι ο πλέον δόκιμος ώστε να συμπεριληφθούν και οι ασυμπτωματικές μορφές. Σήμερα είναι γνωστά πάνω από 30 νοσήματα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή (Πίνακες 1 και 2).

Πίνακας 1. Νοσήματα μεταδιδόμενα στους ενήλικες κυρίως με τη σεξουαλική επαφή.

Βακτήρια	Ιοί	Πρωτόζωα, Μύκητες, Παράσιτα
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	HIV 1, 2	<i>Trichomonas vaginalis</i>
<i>Chlamydia trachomatis</i>	HTLV I	<i>Phthirus pubis</i>
<i>Treponema pallidum</i>	Herpes Simplex Virus 2	
<i>Haemophilus ducreyi</i>	HPV (Human Papillomavirus)	
<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	HBV (Hepatitis B Virus)*	
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	MCV (Molluscum Contagiosum Virus)	
<i>Ureaplasma parvum</i>		

* Ανάμεσα σε ασθενείς στις ΗΠΑ για τους οποίους έχουν προσδιοριστεί οι παράγοντες κινδύνου οι περισσότερες λοιμώξεις από HBV μεταδίδονται με σεξουαλική επαφή ή χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.

Holmes et al. 4th edition, Mac Craw Hill.

Πίνακας 2. Νοσήματα στα οποία σεξουαλική μετάδοση αναφέρεται αλλά δεν ορίζεται σαφώς ή δεν είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης.

Βακτήρια	Ιοί	Πρωτόζωα, Μύκητες, Παράσιτα
<i>Mycoplasma hominis</i>	CMV (CytoMegalovirus)	<i>Candida albicans</i>
<i>Mycoplasma genitalium</i>	<i>Sarcoptes scabiei</i>	
HTLV II	HCV (Hepatitis C, D Viruses)	
<i>Gardnerella vaginalis</i> και άλλα βακτήρια του κόλπου	Herpes Simplex Virus 1	
Group B <i>Streptococcus</i>	Epstein-Barr virus	
<i>Mobiluncus</i> spp.	HHV 8 (Human Herpes Virus type 8)	
<i>Helicobacter cinaedi</i>		
<i>Helicobacter fennelliae</i>		
<i>Salmonella</i> spp.		

Holmes et al. 4th edition, Mac Craw Hill.

1. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Οι Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις εκδηλώνονται συνήθως ως εξής:

1.1. Γεννητικά, πρωκτικά και περιπρωκτικά έλκη

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η κύρια αιτία γεννητικών, πρωκτικών και περιπρωκτικών ελκών είναι ο γεννητικός έρπητας και η σύφιλη. Τα έλκη μπορεί να προέρχονται από περισσότερα του ενός λοιμογόνου αίτια. Λιγότερο συχνά αίτια είναι το μαλακό έλκος και το βουβωνικό κοκκίωμα.

Διαγνωστικός έλεγχος

Όλοι οι ασθενείς που έχουν πρωκτογεννητικά έλκη θα πρέπει να υποβάλλονται σε ορολογικό έλεγχο για σύφιλη (μετά την πάροδο 15 ημερών από την εμφάνιση του έλκους) και διαγνωστικό έλεγχο για έρπητα των γεννητικών οργάνων. Οι ειδικές εξετάσεις περιλαμβάνουν:

1. Ορολογικό έλεγχο για σύφιλη και μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου σε υλικό που λαμβάνεται από βλάβες των βλεννογόνων των πασχόντων
2. Καλλιέργεια ή άμεσο ανοσοφθορισμό ή PCR για ανίχνευση ερπητοϊών (HSV-1 και HSV-2) και
3. Ορολογικό έλεγχο για ειδικά HSV-1 και HSV-2 αντισώματα. Σε περιβάλλον όπου υπάρχει υψηλός επιπολασμός μαλακού έλκους θα πρέπει να γίνεται έλεγχος για *Haemophilus ducreyi*. Ακόμα και μετά πλήρη διαγνωστικό έλεγχο τουλάχιστον 25% των ασθενών δεν θα έχουν εργαστηριακά επιβεβαιωμένη διάγνωση. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να δίδεται

θεραπεία για την πιο πιθανή διάγνωση βάσει της κλινικής εικόνας και των επιδημιολογικών δεδομένων όπως υψηλή συχνότητα συγκεκριμένων λοιμώξεων σε συγκεκριμένους πληθυσμούς ή κοινότητες.

1.2. Ουρηθρικό έκκριμα

- Η ουρηθρίτιδα μπορεί να οφείλεται σε λοιμογόνους και μη λοιμογόνους παράγοντες. Επί παρουσίας ουρηθρικού εκκρίματος σε άνδρες, συνιστάται έλεγχος με άμεση Gram χρώση του εκκρίματος. Παρουσία >5 ΠΜΠ/1.000x υποδηλώνει ουρηθρίτιδα. Ταυτόχρονα, διενεργείται και αναζήτηση του γονόκοκκου, ο οποίος ανευρίσκεται ως Gram(-) ενδοκυττάριος διπλόκοκκος.
- Εναλλακτικά, εξετάζονται τα πρώτα πρωινά ούρα στην αρχή της ούρησης. Παρουσία >10 ΠΜΠ/1.000x υποδηλώνει ουρηθρίτιδα. Αναζήτηση γονόκοκκου.
- Η μικροσκόπηση έχει καλή ευαισθησία (≥95%) και ειδικότητα σε άνδρες που εμφανίζουν ουρηθρικό έκκριμα, ενώ η ευαισθησία είναι χαμηλή (≤55%) όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα.
- Μετά τη μικροσκόπηση, σε κάθε ουρηθρίτιδα θα πρέπει να πραγματοποιείται περαιτέρω διαγνωστικός έλεγχος για γονοκοκκική και χλαμυδιακή λοίμωξη, ώστε να δοθεί η κατάλληλη αγωγή στον ασθενή και τους σεξουαλικούς του συντρόφους.
- Για τον γονόκοκκο ο περαιτέρω διαγνωστικός έλεγχος περιλαμβάνει καλλιέργεια ουρηθρικού εκκρίματος, ανοσοφθορισμό ή μοριακή δοκιμασία (Nucleic Acid Amplification Tests, NAATs). Ο περαιτέρω διαγνωστικός έλεγχος για *C. trachomatis* γίνεται, επίσης, με NAATs. Η καλλιέργεια του γονόκοκκου επιτρέπει και τον έλεγχο ευαισθησίας στα αντιβιοτικά.
- Οι μοριακές δοκιμασίες (NAAT), θεωρούνται μέθοδος εκλογής για τον έλεγχο ασυμπτωματικών ατόμων και μπορούν να ανιχνεύσουν ταυτόχρονα γονοκοκκική και χλαμυδιακή λοίμωξη. Δείχνουν υψηλή ευαισθησία (>96%) σε συμπτωματικές και ασυμπτωματικές λοιμώξεις, και συγκρίσιμη ευαισθησία σε ουρηθρικά και δείγματα ούρων σε άνδρες.
- Έλεγχος επιπλοκών-άλλων διαγνώσεων: Επιδιδυμίτιδα, προστατίτιδα, σύνδρομο αρθρίτιδας-δερματίτιδας, Reiter (ιστορικό-εξέταση).
- Διαγνωστικός έλεγχος για άλλα παθογόνα πραγματοποιείται μόνο όταν υπάρχει ισχυρή υποψία ή μη ανταπόκριση στην αγωγή.
- Διαφορική διάγνωση ουρηθρίτιδας από λοίμωξη του ουροποιητικού όταν τα συμπτώματα δεν είναι χαρακτηριστικά.

1.3. Τραχηλίτιδα

Δύο κύρια διαγνωστικά σημεία χαρακτηρίζουν την τραχηλίτιδα:

1. Πυώδες ή βλενοπυώδες ενδοτραχηλικό έκκριμα και

2. Εμμένουσα ενδοτραχηλική αιμορραγία που εκδηλώνεται ως αιμορραγία στη μέση του κύκλου. Συχνά είναι ασυμπτωματική. Οφείλεται σε κυρίως σε λοίμωξη από *C. trachomatis* ή *N. gonorrhoeae*.

Η τραχηλίτιδα μπορεί επίσης να είναι αποτέλεσμα λοίμωξης από τριχομονάδες ή HSV (κυρίως πρωτολοίμωξη από HSV-2). Περιορισμένα δεδομένα υπάρχουν ότι λοίμωξη με *M. genitalium* και BV και συχνές κολπικές πλύσεις μπορεί να προκαλέσουν τραχηλίτιδα. Συχνά δεν απομονώνεται κανένας παθογόνος παράγοντας. Καθώς οι περισσότερες εμμένουσες περιπτώσεις τραχηλίτιδας δεν οφείλονται σε υποτροπή ή επαναλοίμωξη με *C. trachomatis* ή *N. gonorrhoeae*, άλλοι παράγοντες (π.χ. εμμένουσα ανωμαλία της κολπικής χλωρίδας, κολπικές πλύσεις ή άλλοι χημικοί παράγοντες) μπορεί να σχετίζονται.

Διαγνωστικός έλεγχος

- Παρουσία >10 ΠΜΠ/1.000x σε κολπικό δείγμα υποδηλώνει χλαμυδιακή ή γονοκοκκική τραχηλίτιδα. Η Gram χρώση για αναζήτηση γονοκόκκου έχει χαμηλή ευαισθησία 50% σε ενδοτραχηλικό δείγμα. Ο έλεγχος για *C. trachomatis* και *N. gonorrhoeae* με το πιο ειδικό και ευαίσθητο διαγνωστικό τεστ που είναι διαθέσιμο. Η μοριακή δοκιμασία με NAAT θεωρείται η πιο ευαίσθητη και ειδική μέθοδος.
- Οι γυναίκες με τραχηλίτιδα θα πρέπει επίσης να εκτιμώνται για την παρουσία BV και τριχομονάδων και εάν αυτοί οι οργανισμοί απομονωθούν να θεραπεύονται. Καθώς η μικροσκόπηση έχει χαμηλή ευαισθησία στην ανίχνευση τριχομονάδων (50%) οι γυναίκες με συμπτωματική τραχηλίτιδα θα πρέπει να υποβάλλονται σε καλλιέργεια. Αν και η HSV-2 λοίμωξη σχετίζεται με τραχηλίτιδα, η χρησιμότητα των ειδικών διαγνωστικών εξετάσεων στην περίπτωση αυτή είναι άγνωστη. Δεν υπάρχει ακόμα διαθέσιμο, παρά μόνο σε ειδικά εργαστήρια, διαγνωστικό τεστ για *M. genitalium*.
- Η τραχηλίτιδα μπορεί να είναι ένδειξη ενδομητρίτιδας. Κάθε γυναίκα θα πρέπει να ελέγχεται για σημεία χρόνιας φλεγμονώδους νόσου της πυέλου.

1.4. Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου

Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου (Φ.Ν.Π.) περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα φλεγμονωδών διαταραχών του ανωτέρου γυναικείου γεννητικού συστήματος όπως η ενδομητρίτιδα, η σαλπινγίτιδα, το σαλπινγο-ωθητικό απόστημα και η πυελική περιτονίτιδα. Στις περισσότερες περιπτώσεις εμπλέκονται σεξουαλικά μεταδιδόμενα παθογόνα, όπως *N. gonorrhoeae* και *C. trachomatis* και λιγότερο συχνά μικροοργανισμοί της φυσιολογικής κολπικής χλωρίδας (αναερόβια, *G. vaginalis*, *Haemophilus influenzae*). Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να οφείλεται σε κυτταρομεγαλοϊό (CMV), *M. hominis*, *U. urealyticum* και *M. genitalium*. Μετά τη διάγνωση της οξείας Φ.Ν.Π όλες οι γυναίκες θα πρέπει να ελέγχονται για *N. gonorrhoeae* και *C. trachomatis*, καθώς και HIV.

Η διάγνωση της οξείας Φ.Ν.Π. είναι πολλές φορές δύσκολη, εξαιτίας της ευρείας διακύμανσης των συμπτωμάτων και σημείων, από ήπια έως εικόνα οξείας κοιλίας, καθώς και του μη ειδικού χαρακτήρα τους. Θα πρέπει όμως να τίθεται γρήγορα με σκοπό την άμεση έναρξη θεραπειάς.

1.5. Επιδιδυμίτιδα

Η οξεία επιδιδυμίτιδα είναι κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από πόνο, διόγκωση και φλεγμονή της επιδιδυμίδας που διαρκεί <6 εβδομάδες. Η χρόνια επιδιδυμίτιδα χαρακτηρίζεται από ιστορικό συμπτωμάτων που διαρκούν ≥ 6 εβδομάδες, και περιλαμβάνει δυσφορία με ή χωρίς πόνο στο όσχεο, στον όρχι ή στην επιδιδυμίδα. Στις περισσότερες περιπτώσεις οξείας επιδιδυμίδας, οι όρχεις προσβάλλονται επίσης, κατάσταση που αναφέρεται ως επιδιδυμίτιδα-ορχίτιδα. Η χρόνια επιδιδυμίτιδα έχει υποκατηγορίες όπως φλεγμονώδης χρόνια επιδιδυμίτιδα, αποφρακτική χρόνια επιδιδυμίτιδα και χρόνια επιδιδυμάλγια.

Μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών ανδρών <35 ετών, η οξεία επιδιδυμίτιδα προκαλείται συχνότερα από *C. trachomatis* ή *N. gonorrhoeae*. Η οξεία επιδιδυμίτιδα που προκαλείται από σεξουαλικά μεταδιδόμενους εντερικούς μικροοργανισμούς (π.χ. *Escherichia coli* και *Pseudomonas* spp.) συμβαίνει σε άνδρες κατά τη διάρκεια ενεργητικής προωκτικής σεξουαλικής επαφής. Η σεξουαλικά μεταδιδόμενη οξεία επιδιδυμίτιδα συνήθως συνοδεύεται από ουρηθρίτιδα, συχνά ασυμπτωματική. Σε άνδρες >35 ετών η σεξουαλικά μεταδιδόμενη επιδιδυμίτιδα είναι ασυνήθιστη, ενώ είναι πιο συχνή η δευτερογενής βακτηριουρία μετά από αποφρακτική νόσο του ουροποιητικού (π.χ. καλοήγησ υπερπλασία του προστάτη). Σε μεγαλύτερες ηλικίες η επιδιδυμίτιδα που δεν οφείλεται σε σεξουαλική μετάδοση, σχετίζεται με χειρουργείο, συστηματική νόσο ή ανοσοκαταστολή.

Η χρόνια λοιμώδης επιδιδυμίτιδα απαντάται πιο συχνά σε καταστάσεις που σχετίζονται με κοκκιωματώδη αντίδραση, με το *Mycobacterium tuberculosis* (TB) να είναι το πιο συχνό αίτιο. Έως 25% των ασθενών μπορεί να έχουν αμφοτερόπλευρη νόσο και ο υπερηχογραφικός έλεγχος αποκαλύπτει διογκωμένη και υπεραϊμική επιδιδυμίδα, με πολλαπλές κύστες και ασβετώσεις. Υποψία φυματιώδους επιδιδυμίδας θα πρέπει να τίθεται σε όλους τους ασθενείς με πρόσφατη έκθεση σε TB, ή ασθενείς που επιδεινώνονται παρά την κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή.

1.6. Κολπίτιδες

Η φυσιολογική χλωρίδα του κόλπου δεν αποτελεί παθογόνο κολπίτιδας και αντιμικροβιακά σχήματα κατόπιν καλλιέργειας κολπικού υγρού έναντι των μικροβίων της φυσιολογικής χλωρίδας δεν έχουν καμία θέση. Φυσιολογική χλωρίδα κόλπου: Γαλακτοβάκิลλοι, *Staphylococcus epidermidis*, *Gardnerella vaginalis*, διφθεροειδή, πεπτοστρεπτόκοκκοι, *Bacteroides* sp., αερόβιοι

στρεπτόκοκκοι (όχι ομάδας A), *Escherichia coli*, *Proteus* sp., *Eubacterium* sp., *Veillonella* sp., *Fusobacterium*, *Clostridium* sp., *Candida* sp., *Torulopsis* sp. Άλλα αρνητικά κατά Gram βακτηρίδια, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus agalactiae*, εντερόκοκκοι (ιδιαίτερα στην κλιμακτήριο).

Οι περισσότερες γυναίκες θα εμφανίσουν κάποια στιγμή της ζωής τους κολπίτιδα, που χαρακτηρίζεται από κολπική υπερέκκριση, κνησμό και ιδιόζουσα οσμή. Τα κυριότερα αίτια κολπίτιδας είναι:

1. Η βακτηριακή κόλπωση που προκαλείται από αντικατάσταση της φυσιολογικής χλωρίδας του κόλπου από υπερανάπτυξη αναερόβιων βακτηρίων που περιλαμβάνουν τα *Prevotella* sp., *Mobiluncus* sp., *G. vaginalis*, *Ureaplasma*, *Mycoplasma*, κ.ά.)
2. Η τριχομοναδική κολπίτιδα (που προκαλείται από το πρωτόζωο *T. vaginalis*), και
3. Η μυκητιασική κολπίτιδα που προκαλείται από *Candida albicans*.

Αν και η μυκητιασική αιδιοκολπίτιδα δεν είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, συμπεριλαμβάνεται σε αυτή την ενότητα επειδή συχνά διαγιγνώσκεται σε γυναίκες που έχουν συμπτώματα κολπίτιδας ή ελέγχονται για Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Μερικές φορές η τραχηλίτιδα μπορεί να προκαλέσει κολπική έκκριση.

Διαγνωστικός έλεγχος

- Ο διαγνωστικός έλεγχος περιλαμβάνει εκτίμηση του pH των κολπικών εκκρίσεων, δοκιμασία υπεροξειδίου του καλίου (KOH) και μικροσκοπική εξέταση. Σε περιπτώσεις βακτηριακής κόλπωσης ή τριχομοναδικής κολπίτιδας διαπιστώνεται pH >4,5 και εκλύεται χαρακτηριστική οσμή μετά τη δοκιμασία. Η διάγνωση της τριχομοναδικής λοίμωξης μπορεί να πραγματοποιηθεί με μικροσκοπική εξέταση των εκκρίσεων με μια ευαισθησία 60-70% και με το μειονέκτημα ότι απαιτείται άμεση αξιολόγηση του υγρού παρασκευάσματος. Η εργαστηριακή διάγνωση με τη χρήση των τεστ OSOM ή Affirm VPIII έχει ευαισθησία >83% και ειδικότητα >97%. Η καλλιέργεια κολπικού υγρού είναι επίσης μια μέθοδος με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα και συστήνεται σε γυναίκες με ύποπτη συμπτωματολογία που δεν επιβεβαιώθηκε με τη μικροσκοπική εξέταση.
- Η υποψία μυκητιασικής κολπίτιδας τίθεται από την κλινική εικόνα, που χαρακτηρίζεται από δυσουρία, κνησμό, πόνο, οίδημα και ερυθρότητα. Επιπλέον, μπορεί να υπάρχουν σχισμές, εκδορές και παχύρρευστο, τυρώδες κολπικό έκκριμα. Η διάγνωση γίνεται είτε με μικροσκοπική εξέταση και ανεύρεση μυκήτων ή νηματίων, είτε με καλλιέργεια κολπικού υγρού. Το κολπικό pH στη μυκητιασική κολπίτιδα είναι φυσιολογικό (<4,5) και γι' αυτό δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστικό κριτήριο. Σε συμπτωματικές γυναίκες, στις όποιες δεν ανευρίσκονται μύκητες στο υγρό παρασκευάσμα, θα πρέπει να πραγματοποιείται καλλιέργεια κολπικού

εκκρίματος και όπου αυτό δεν είναι εφικτό, θα πρέπει να εκτιμάται η ανάγκη χορήγησης εμπειρικής θεραπείας. Αντίθετα, σε ασυμπτωματικές γυναίκες η ανεύρεση *Candida* στην καλλιέργεια δεν αποτελεί ένδειξη θεραπείας, καθώς περίπου στο 10-20% του πληθυσμού υπάρχει αποικισμός από *Candida* sp.

- Παρουσία λευκοκυττάρων χωρίς ένδειξη τριχομονάδων ή μυκήτων είναι ενδεικτικό τραχηλίτιδας.

1.7. Πρωκτίτιδα, πρωκτοκολίτιδα και εντερίτιδα

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα κλινικά σύνδρομα του γαστρεντερικού περιλαμβάνουν την πρωκτίτιδα, την πρωκτοκολίτιδα και την εντερίτιδα. Η αξιολόγηση των συνδρόμων αυτών πρέπει να περιλαμβάνει τις κατάλληλες διαγνωστικές εξετάσεις (π.χ. πρωκτοσκόπηση ή σιγμοειδοσκόπηση, εξέταση κοπράνων και καλλιέργεια).

Πρωκτίτιδα: *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* (συμπεριλαμβανομένων των ορότυπων LGV), *T. pallidum*, και HSV. Σε HIV ασθενείς, η ερπητική πρωκτίτιδα μπορεί να είναι πολύ βαριά. Παρατηρείται μετά από παθητική πρωκτική επαφή.

Πρωκτοκολίτιδα: *Campylobacter* sp., *Shigella* sp., *Entamoeba histolytica*, και LGV ορότυπους του *C. trachomatis*. Λοίμωξη από CMV ή άλλα ευκαιριακά παθογόνα μπορεί να ενοχοποιηθούν σε ανοσοκατασταλμένους HIV ασθενείς. Παρατηρείται μετά από παθητική πρωκτική επαφή ή στοματοπρωκτική επαφή ανάλογα με το παθογόνο.

Εντερίτιδα: Μετά στοματοπρωκτική επαφή. Σε υγιή άτομα, συχνότερα ενοχοποιείται η *Giardia lamblia*. Σε HIV ασθενείς, εντερίτιδα μπορεί να προκληθεί από διάφορα παθογόνα που μπορεί να μην μεταδίδονται σεξουαλικά όπως CMV, *Mycobacterium avium-intracellulare*, *Salmonella* sp., *Campylobacter* sp., *Shigella* sp., *Cryptosporidium*, *Microsporidium* και *Isospora*. Πολλαπλές εξετάσεις κοπράνων απαιτούνται για να διαγνωστεί η λοίμωξη από *Giardia lamblia* και ειδική προετοιμασία των κοπράνων απαιτείται για να διαγνωστεί η κρυπτοσπορίδωση και η μικροσπορίδωση. Επιπλέον, η εντερίτιδα μπορεί να σχετίζεται άμεσα με την HIV λοίμωξη.

1.8. Κονδυλώματα

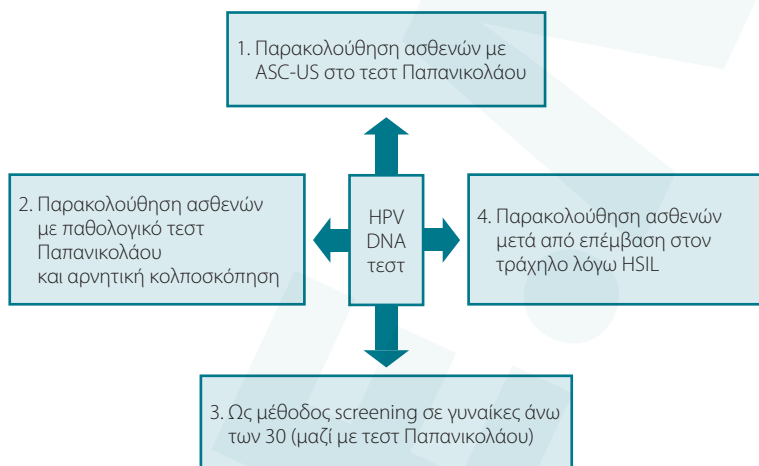
Προκαλούνται από τους Ιούς των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (Human Papillomavirus, HPV). Τα στελέχη που ευθύνονται για τα κονδυλώματα είναι κυρίως τα 6 και 11.

Διαγνωστικός έλεγχος

Η διάγνωση των κονδυλωμάτων τίθεται συνήθως με την κλινική εικόνα. Βιοψία συνήθως δεν απαιτείται για τη διάγνωση των κονδυλωμάτων. Ενδείξεις για λήψη βιοψίας αποτελούν οι μελαγχρωματικές βλάβες (για τη διαφορική διάγνωση από τη μπόβενοειδή βλατίδωση), οι άτυπες βλάβες, οι εξελκωμένες βλάβες και όσες δεν ανταποκρίνονται στη θεραπευτική αγωγή.

Οι ασθενείς με κονδυλώματα πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο και για άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ανίχνευση του DNA των HPV με *in situ* υβριδισμό ή με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) δεν υπάρχει λόγος να διενεργείται σε ασθενείς με κονδυλώματα.

1.8.1. Ενδείξεις για HPV τυποποίηση HPV DNA testing



1.8.2. HPV εμβόλια. Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών 2015

Στη χώρα μας διατίθενται τόσο το διδύναμο (HPV2) όσο και το τετραδύναμο (HPV4) εμβόλιο HPV, και τα δύο προστατεύουν έναντι της μόλυνσης από τους τύπους 16 και 18. Επιπλέον, το τετραδύναμο προσφέρει πρόσθετη προστασία έναντι των τύπων 6 και 11.

Σύμφωνα με το επικαιροποιημένο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕ) παιδιών και εφήβων (2015), το εμβόλιο HPV συστήνεται και αποζημιώνεται σε κορίτσια ηλικίας 11-18 ετών. Η μικρότερη ηλικία χορήγησης του εμβολίου είναι τα 9 έτη. Ο εμβολιασμός έναντι του HPV θα συνεχίσει να αποζημιώνεται πλήρως και για τις ηλικίες 19-26 ετών μέχρι τις 31/12/2016, σύμφωνα με τις συστάσεις του προηγούμενου ΕΠΕ-2011, προκειμένου να διευκολυνθεί η ολοκλήρωση ή η έναρξη εμβολιασμού των νεαρών γυναικών που δεν πρόλαβαν να συμμορφωθούν στις προηγούμενες συστάσεις.

- Ο εμβολιασμός έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων ενδείκνυται για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας καθώς και για την πρόληψη άλλων καρκίνων και καλοήθων νοσημάτων σχετιζόμενων με τον ιό. Η μέγιστη προστασία επιτυγχάνεται εφόσον ο εμβολιασμός ολοκληρωθεί πριν την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας.

- Τα εμβόλια HPV2 και HPV4 χορηγούνται σε 2 δόσεις με μεσοδιάστημα 6 μηνών (σχήμα 0, 6) σε κορίτσια ηλικίας 11 έως <15 ετών. Εφόσον η έναρξη του εμβολιασμού γίνει μετά τη συμπλήρωση του 15^{ου} έτους, χορηγούνται 3 δόσεις εμβολίου (σχήμα 0, 1-2, 6 μήνες). Σε περίπτωση που οι 2 δόσεις γίνουν σε μεσοδιάστημα μικρότερο των 6 μηνών απαιτείται και 3^η δόση μετά τους 6 μήνες.

Τα HPV εμβόλια δεν συνιστώνται σε έγκυες γυναίκες, ωστόσο δεν είναι απαραίτητο να γίνεται τεστ εγκυμοσύνης πριν τον εμβολιασμό. Σε περίπτωση έναρξης του εμβολιασμού και διαπίστωσης κύησης δεν συνιστάται διακοπή αλλά συμπλήρωση του εμβολιασμού μετά την ολοκλήρωση της κύησης.

Στις ειδικές ομάδες ατόμων με αυξημένο κίνδυνο περιλαμβάνεται η ομάδα των ανδρών που κάνουν σεξ με άνδρες –ομοφυλόφιλοι στους οποίους το HPV4 συστήνεται στις ηλικίες ≤26 ετών.

Η HIV λοίμωξη δεν αποτελεί αντένδειξη για εμβολιασμό στις ανωτέρω ομάδες πληθυσμού για τις οποίες υπάρχει σύσταση εμβολιασμού.

2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΠΛΗΝ HIV ΚΑΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ

2.1. Βακτηριακές λοιμώξεις

2.1.1. *Neisseria gonorrhoeae*

Οι θεραπευτικές επιλογές για τη γονόρροια περιορίζονται συνεχώς εξαιτίας της ικανότητας της *Neisseria gonorrhoeae* να αναπτύσσει ανθεκτικότητα στα αντιμικροβιακά. Στελέχη ανθεκτικά στις κινολόνες, είναι πλέον ευρέως διαδεδομένα στις ΗΠΑ αλλά και παγκοσμίως, ενώ από τον Απρίλιο του 2007 οι κινολόνες σταμάτησαν να συμπεριλαμβάνονται στα προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα για τη γονόρροια. Ανθεκτικότητα στις κεφαλοσπορίνες ευρέος φάσματος έχει, επίσης, διαπιστωθεί τόσο στην Ευρώπη όσο και στις ΗΠΑ. Ως αποτέλεσμα, η κεφιζίμη δεν αποτελεί, πλέον, αγωγή πρώτης επιλογής για την αντιμετώπιση της νόσου και οι τελευταίες ευρωπαϊκές οδηγίες συνιστούν ένα νέο θεραπευτικό σχήμα με στόχο την επιβράδυνση της ανάπτυξης αντίστασης στα αντιμικροβιακά. Στον Πίνακα 3 φαίνονται τα εθνικά δεδομένα για την ευαισθησία του γονοκόκκου στα αντιβιοτικά το 2013, από το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς για τον Γονοκόκκο (Ε.Κ.Α.Γ.), *Εργαστήριο Βακτηριολογίας Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ*.

Πίνακας 3. Ευαισθησία στα αντιβιοτικά σε δείγμα 99 στελεχών *Neisseria gonorrhoeae* που συγκεντρώθηκαν στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Γονοκόκκου κατά το έτος 2013.¹

Αντιβιοτικό (n=αριθμός στελεχών που ελέγχθηκαν)	Κατάταξη σε κατηγορίες ευαισθησίας (Κριτήρια) ²	Αριθμός (%) στελεχών	Etest Τιμές MLC ³ (mg/L)
Πενικιλίνη G (PG) (n=99)	Πλασμιδιακή αντοχή (PPNG, παραγωγή πενικιλινάσης)	3 (3,0)	16->256
	Χρωμοσωματική αντοχή (MIC>1 mg/L)	47 (47,5)	1,5-12
	Ενδιάμεση ευαισθησία (0,094-1 mg/L)	48 (48,5)	0,125-1
Κεφτριαξόνη (TX) (n=98)	Ευαισθησία (MIC≤0,064 mg/L)	1 (1)	0,032
	Αντοχή (CDS, MIC>0,125 mg/L)	0	-
	Ευαισθησία (≤0,125) Οριακή Πλήρης (CMS)	21 (21,4) 77 (78,6)	0,094-0,125 ≤0,002-0,064
Κεφιξίμη (IX) (n=97)	Αντοχή (CDS, MIC>0,125 mg/L)	19 (19,6)	0,19-0,38
	Ευαισθησία (≤0,125) Οριακή Πλήρης (CMS)	14 (14,4) 64 (66,0)	0,094-0,125 ≤0,016-0,064
	Αντοχή (MIC>64 mg/L)	0	-
Σπεκτινομυκίνη (SCO) (n=99)	Ευαισθησία (MIC≤64 mg/L)	99 (100)	4-32
Τετρακυκλίνη (TC) (n=99)	Πλασμιδιακή αντοχή (TRNG, παρουσία tetM γονιδίου)	14 (14,1)	3->256
	Χρωμοσωματική αντοχή MIC>0,5 mg/L	66 (66,7)	0,75-4
	Ευαισθησία MIC≤0,5 mg/L	19 (19,2)	0,064-0,5
Αζιθρομυκίνη (AZ) (n=90)	Υψηλού επιπέδου αντοχή σε μακρολίδες (ERNG)	1 (1,1)	6
	Αντοχή (MIC>0,5 mg/L)	21 (23,3)	0,75-1,5
	Ενδιάμεση ευαισθησία (MIC 0,38-0,5 mg/L)	38 (42,2)	0,38-0,5
	Ευαισθησία (MIC≤0,25 mg/L)	30 (33,3)	0,023-0,25
Χλωραμφαινικόλη (CL) (n=89)	Αντοχή (MIC>1 mg/L)	66 (74,2)	1,5-16
	Ενδιάμεση ευαισθησία (0,38-0,5 mg/L)	23 (25,8)	0,38-1
	Ευαισθησία (MIC≤0,25 mg/L)	0	-
Σπιροφλοξασίνη (CI) (n=99)	Αντοχή (QRNG, MIC>0,064 mg/L)	70 (70,7)	1,5->32
	Ενδιάμεση ευαισθησία (QRNG, MIC 0,064 mg/L)	1 (1,0)	0,064
	Ευαισθησία (MIC≤0,032 mg/L)	28 (28,3)	0,003-0,023

¹ Από τα 99 στελέχη γονοκόκκου που ελέγχθηκαν στο Ε.Κ.Α.Γ. κατά το 2013, 88 απομονώθηκαν στο Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα, 7 στο Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας, Αθήνα και 4 εστάλησαν, ανά ένα, από τα νοσοκομεία «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, «Τζάνειο» Πειραιά, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας και Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης.

² Ο προσδιορισμός των MIC των αντιβιοτικών έγινε με τη μέθοδο Etest. Η κατάταξη των στελεχών σε κατηγορίες ευαισθησίας έγινε με κριτήρια EUCAST για όλα τα αντιβιοτικά, με εξαίρεση τη χλωραμφαινικόλη, για την οποία εφαρμόστηκαν κριτήρια από τη διεθνή βιβλιογραφία.

³ Για την υπαγωγή των τιμών Etest στα κριτήρια κατηγοριοποίησης, οι τιμές MIC που βρίζονται ανάμεσα σε δύο υποδιπλάσιες συγκεντρώσεις αντιβιοτικού στρογγυλεύονται προς τη μεγαλύτερη εκ των δύο.

Σε άτομα με γονοκοκκική λοίμωξη συχνά συνυπάρχει λοίμωξη από *Chlamydia trachomatis*, συνεπώς η αγωγή θα πρέπει να περιλαμβάνει και σχήμα για τη θεραπεία της χλαμυδιακής λοίμωξης.

Πίνακας 4. Προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα για την αντιμετώπιση της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας, τραχηλίτιδας και πρωκτίτιδας σε εφήβους και ενήλικες με βάση τις Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες.

Προτεινόμενο σχήμα	Κεφτριαξόνη 500 mg ενδομυϊκώς, εφάπαξ MAZI ME
Εάν δεν είναι διαθέσιμη η κεφτριαξόνη ή ο ασθενής αρνείται την παρεντερική θεραπεία	Αζιθρομικίνη 2 g από του στόματος, εφάπαξ
Εάν δεν είναι διαθέσιμη η κεφτριαξόνη ή ο ασθενής αρνείται την παρεντερική θεραπεία	Κεφιξίμη 400 mg από του στόματος, εφάπαξ MAZI ME
Σε ασθενείς με αλλεργία στις κεφαλοσπορίνες ή στην πενικιλίνη	Αζιθρομικίνη 2 g από του στόματος, εφάπαξ
Σε ασθενείς με αλλεργία στις κεφαλοσπορίνες ή στην πενικιλίνη	Σπεκτινομικίνη 2 g ενδομυϊκώς, εφάπαξ MAZI ME
Σχήματα που μπορούν να δοθούν μόνο αν έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά η ευαισθησία του γονόκοκκου σε αυτά	Αζιθρομικίνη 2 g από του στόματος, εφάπαξ
	Σιπροφλοξασίνη 500 mg από του στόματος, εφάπαξ
	ή
	Οφλοξασίνη 400 mg από του στόματος, εφάπαξ
	ή
	Αζιθρομικίνη 2 g από του στόματος, εφάπαξ
Σε εγκυμοσύνη	Κεφτριαξόνη 500 mg ενδομυϊκώς, εφάπαξ
	Εναλλακτικά
	Σπεκτινομικίνη 2 g ενδομυϊκώς, εφάπαξ

Πίνακας 5. Προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα για την αντιμετώπιση της γονοκοκκικής φαρυγγικής λοίμωξης σε εφήβους και ενήλικες με βάση τις Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες.

Προτεινόμενο σχήμα	Κεφτριαξόνη 500 mg ενδομυϊκώς, εφάπαξ MAZI ME
Σε ασθενείς με αλλεργία στις κεφαλοσπορίνες ή στην πενικιλίνη και εφόσον έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά η ευαισθησία του γονόκοκκου	Αζιθρομικίνη 2 g από του στόματος, εφάπαξ
	Σιπροφλοξασίνη 500 mg από του στόματος, εφάπαξ
	ή
	Οφλοξασίνη 400 mg από του στόματος, εφάπαξ
	ή
	Αζιθρομικίνη 2 g από του στόματος, εφάπαξ

Παρακολούθηση: Εργαστηριακός έλεγχος μετά τη θεραπεία συστήνεται σε όλους τους ασθενείς για να διαγνωστούν εμμένουσες λοιμώξεις και αναδυόμενη αντοχή. Συστήνεται καλλιέργεια 3-7 ημέρες μετά την ολοκλήρωση της αγωγής. Εναλλακτικά, σε συμπτωματικούς ασθενείς μπορεί να πραγματοποιηθεί NAAT δύο εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της αγωγής.

Για αποφυγή του κινδύνου επαναμόλυνσης, θα πρέπει να συστήνεται στους ασθενείς αποχή από τη σεξουαλική δραστηριότητα μέχρι να ολοκληρώσουν τη θεραπεία και οι εκάστοτε σεξουαλικοί σύντροφοι. Τέλος, πρέπει να προτείνεται στους ασθενείς έλεγχος και για άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως σύφιλη και HIV.

Σεξουαλικοί σύντροφοι: Αναζήτηση και έλεγχος συντρόφων έως 60 ημέρες πριν την έναρξη της συμπτωματολογίας.

HIV λοίμωξη: Ίδια θεραπεία.

2.1.2. *Chlamydia trachomatis*

Η αγωγή θα πρέπει να δίνεται αμέσως μετά τη λήψη των δειγμάτων για εργαστηριακό έλεγχο και εν αναμονή των αποτελεσμάτων. Η αζιθρομικίνη και η δοξυκυκλίνη εμφανίζουν υψηλή αποτελεσματικότητα έναντι της χλαμυδιακής λοίμωξης, αν και σποραδικές περιπτώσεις αποτυχίας της αγωγής έχουν αναφερθεί με τις τετρακυκλίνες. Τα σχήματα μίας δόσης έχουν το πλεονέκτημα καλύτερης συμμόρφωσης του ασθενούς. Για μείωση της πιθανότητας μετάδοσης, σε ασθενείς που θεραπεύονται για χλαμυδιακή λοίμωξη, θα πρέπει να συστήνεται να απέχουν από σεξουαλικές επαφές για 7 ημέρες μετά από θεραπεία μιας δόσης ή έως την ολοκλήρωση του 7ήμερου σχήματος θεραπείας, δεδομένου βέβαια ότι τα συμπτώματα έχουν υποχωρήσει. Για αποφυγή του κινδύνου επαναμόλυνσης, θα πρέπει επίσης να συστήνεται αποχή από τη σεξουαλική τους δραστηριότητα μέχρι να ολοκληρώσουν τη θεραπεία και οι εκάστοτε σεξουαλικοί σύντροφοι. Τέλος, πρέπει να προτείνεται στους ασθενείς έλεγχος και για άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως σύφιλη και HIV.

Προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα για την αντιμετώπιση της χλαμυδιακής λοίμωξης	
Αζιθρομικίνη	1 g από του στόματος, εφάπαξ
Δοξυκυκλίνη	100 mg από του στόματος, 2 φορές ημερησίως για 7 ημέρες
Εναλλακτικά σχήματα	
Ερυθρομικίνη ή Οφλοξασίνη	500 mg από του στόματος, 2 φορές την ημέρα, για 7 ημέρες
	200 mg από του στόματος, 2 φορές την ημέρα ή 400 mg άπαξ ημερησίως, για 7 ημέρες
Εγκυμοσύνη	
Αζιθρομικίνη	1 g από του στόματος, εφάπαξ
ή Αμοξικιλίνη	500 mg από του στόματος 3 φορές την ημέρα για 7 ημέρες

Τρεις εβδομάδες μετά την αγωγή, οι ασθενείς πρέπει να επανεξεταστούν για την επιβεβαίωση της εκρίζωσης της λοίμωξης.

2.1.3. Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα (*Chlamydia trachomatis*, serovars L1, L2, L3)

Προτιμώμενη θεραπεία: Δοξυκυκλίνη 100 mg x 2 PO x 21 ημέρες.

Εναλλακτικά: Ερυθρομυκίνη 500 mg x 4 PO 21 ημέρες ή αζιθρομυκίνη 1 g μία φορά την εβδομάδα PO επί 3 εβδομάδες.

Παρακολούθηση: Κλινική, μέχρις αποδρομής των συμπτωμάτων.

Σεξουαλικοί σύντροφοι: Αναζήτηση και έλεγχος συντρόφων έως 30 ημέρες πριν την έναρξη της συμπτωματολογίας.

HIV λοίμωξη: Ίδια θεραπεία.

2.1.4. *Treponema pallidum* (σύφιλη)

Η πενικιλίνη G, χορηγούμενη παρεντερικά, αποτελεί την προτεινόμενη θεραπεία για όλα τα στάδια της σύφιλης, καθώς έχει αποδειχθεί αποτελεσματική μετά από σχεδόν 50 χρόνια χρήσης της στην καθημερινή κλινική πράξη. Οι έγκυες ασθενείς αντιμετωπίζονται με το αντίστοιχο για το στάδιο σχήμα πενικιλίνης. Έγκυες αλλεργικές στην πενικιλίνη θα πρέπει να απευαισθητοποιούνται και να αντιμετωπίζονται με πενικιλίνη.

Θεραπεία πρώιμης σύφιλης

Τα συνιστώμενα σχήματα για την αντιμετώπιση της πρώιμης σύφιλης (πρωτόγону, δευτερογόνου και πρώιμης λανθάνουσας) συνοψίζονται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6. Προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα πρώιμης σύφιλης.

Σε ενήλικες	1 ^{ης} γραμμής επιλογή: Βενζαθινική πενικιλίνη G, 2,4 εκατ. μονάδες ενδομυϊκώς εφάπαξ ή 2 ^{ης} γραμμής επιλογή: Προκαϊνική πενικιλίνη, 600.000 μονάδες ενδομυϊκώς καθημερινά για 10-14 ημέρες εάν η BPG δεν είναι διαθέσιμη
Σε αλλεργικούς στην πενικιλίνη (πλην εγκύων)	Δοξυκυκλίνη 100 mg από του στόματος, 2 φορές την ημέρα για 14 ημέρες ή 200 mg άπαξ ημερησίως για 14 ημέρες ή Αζιθρομυκίνη 2 g από του στόματος άπαξ
Σε βρέφη και παιδιά	Βενζαθινική πενικιλίνη G, 50.000 μονάδες/kg β.σ. ενδομυϊκώς, μέχρι τη δόση των ενηλίκων των 2,4 εκατ. μονάδων, εφάπαξ

Παρακολούθηση: Κλινικά και ορολογικά 6 και 12 μήνες μετά τη θεραπεία. Κριτήριο επιτυχίας ο υποτετραπλασιασμός του τίτλου της VDRL (δύο αραιώσεις).

HIV λοίμωξη: Ίδια θεραπεία. **Είναι σκόπιμη η ΟΝΠ σε κάθε HIV ασθενή με σύφιλη.**

Θεραπεία τριτογόνου (πλην νευροσύφιλης) και της όψιμης λανθάνουσας σύφιλης

Τα συνιστώμενα σχήματα για την αντιμετώπιση της τριτογόνου (πλην νευροσύφιλης) και της όψιμης λανθάνουσας σύφιλης συνοψίζονται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7. Προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα τριτογόνου (πλην νευροσύφιλης) και όψιμης λανθάνουσας σύφιλης

Σε ενήλικες	Βενζαθινική πενικιλίνη G, 2,4 εκατ. μονάδες ενδομυϊκώς, 1 φορά κάθε εβδομάδα, για 3 συνολικά εβδομάδες
Σε αλλεργικούς στην πενικιλίνη (πλην εγκύων)	Απευαισθητοποίηση. Μερικοί ειδικοί προτείνουν απευαισθητοποίηση, καθώς δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα άλλων σχημάτων πλην αυτών της πενικιλίνης Δοξυκυκλίνη 100 mg από του στόματος, 2 φορές την ημέρα, για 21- 28 ημέρες ή Τετρακυκλίνη 500 mg από του στόματος, 4 φορές την ημέρα, για 28 ημέρες ή Ερυθρομυκίνη 500 mg από του στόματος, 4 φορές την ημέρα, για 28 ημέρες
Σε παιδιά	Σε όψιμη λανθάνουσα ή αγνώστου διαρκείας: Βενζαθινική πενικιλίνη G, 50.000 μονάδες/kg β.σ. ενδομυϊκώς, μέχρι τη δόση του ενηλίκου των 2,4 εκατομμυρίων μονάδων, 1 φορά κάθε εβδομάδα, για 3 εβδομάδες (συνολικά 150.000 μονάδες/kg β.σ., μέχρι τη δόση των ενηλίκων των 7,2 εκατομμυρίων μονάδων)

Παρακολούθηση: Κλινική και ορολογική 6, 12 και 24 μήνες μετά τη θεραπεία. Κριτήριο επιτυχίας: αν ο αρχικός τίτλος VDRL είναι >1/32, μείωση τίτλου ≥4 φορές. Αν ο αρχικός τίτλος VDRL είναι <1/32, μη αύξηση του τίτλου.

HIV λοίμωξη: Ίδια θεραπεία. **Είναι σκόπιμη η ΟΝΠ σε κάθε HIV ασθενή με σύφιλη.**

Θεραπεία νευροσύφιλης

Πίνακας 8. Προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα για τη νευροσύφιλη.

Σε ενήλικες	Κρυσταλλική πενικιλίνη G, 12 έως 24 εκατ. μονάδες την ημέρα ενδοφλεβίως, σε δόσεις των 3 έως 4 εκατ. μονάδων κάθε 4 ώρες για 10-21 ημέρες ή Κρυσταλλική πενικιλίνη G, 0,15 εκατ. μονάδες/kg β.σ. την ημέρα ενδοφλεβίως, σε 6 δόσεις για 10-14 ημέρες ή Προκαϊνική πενικιλίνη 1,2 έως 2,4 εκατ. μονάδες ενδομυϊκώς καθημερινά MAZI ME Προβενεσιδη 500 mg από του στόματος, 4 φορές την ημέρα, για 10-17 ημέρες
Σε αλλεργικούς στην πενικιλίνη (πλην εγκύων)	Δοξυκυκλίνη 200 mg από του στόματος, 2 φορές την ημέρα για 28 ημέρες Μερικοί ειδικοί προτείνουν απευαισθητοποίηση, καθώς δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα άλλων σχημάτων πλην αυτών της πενικιλίνης

Επειδή η διάρκεια των θεραπειών της νευροσύφιλης είναι μικρότερη από τη διάρκεια αυτών της όψιμης λοίμωξης (χωρίς νευρολογική συμμετοχή), μπορεί, μετά από τα παραπάνω θεραπευτικά σχήματα, να συνεχιστεί η χορήγηση βενζαθινικής πενικιλίνης, 2,4 εκατομμύρια μονάδων ενδομυϊκώς, μία φορά την εβδομάδα έως 3 εβδομάδες.

Παρακολούθηση: Κλινικά και με ΟΝΠ ανά 6 μήνες. Κριτήριο επιτυχίας: φυσιολογικά κύτταρα ENY εντός 6 μηνών, φυσιολογική πρωτεΐνη και VDRL ENY εντός 2 ετών.

HIV λοίμωξη: Ίδια θεραπεία.

Χειρισμός των συντρόφων

Η μετάδοση μέσω της σεξουαλικής επαφής του *T. pallidum* πιστεύεται ότι συμβαίνει μόνο όταν υπάρχουν εμφανείς βλεννογονοδερματικές σφιλιδικές βλάβες. Αν και τέτοιες εκδηλώσεις είναι ασυνήθεις μετά τον πρώτο χρόνο της λοίμωξης, άτομα που διατηρούν σεξουαλικές σχέσεις με ασθενείς με σύφιλη σε οποιοδήποτε στάδιο, θα πρέπει να εκτιμώνται κλινικά και ορολογικά και να θεραπεύονται με το κατάλληλο, σε κάθε περίπτωση, θεραπευτικό σχήμα.

Οι σύντροφοι ασθενών με ενεργό λοίμωξη θα πρέπει να θεωρούνται σε κίνδυνο και να θεραπεύονται, αν είχαν σεξουαλική επαφή με τον ασθενή:

- Κατά τους προηγούμενους 3 μήνες συν τη διάρκεια των συμπτωμάτων, από τη διάγνωση πρωτογόνου σύφιλης
- Κατά τους προηγούμενους 6 μήνες συν τη διάρκεια των συμπτωμάτων, από τη διάγνωση δευτερογόνου σύφιλης
- Κατά τον προηγούμενο 1 χρόνο από τη διάγνωση πρώιμης λανθάνουσας σύφιλης.

2.1.5. *Haemophilus ducreyi* - μαλακό έλκος

Προτιμώμενη θεραπεία: Αζιθρομυκίνη 1 g PO εφάπαξ ή κεφτριαξόνη 250 mg IM εφάπαξ ή σιπροφλοξασίνη 500 mg x 2 PO επί 3 ημέρες ή ερυθρομυκίνη 500 mg x 3 PO επί 7 ημέρες.

Παρακολούθηση: Κλινική, 3-7 ημέρες από την έναρξη της θεραπείας, οπότε αναμένεται αποδρομή των συμπτωμάτων.

Σεξουαλικοί σύντροφοι: Αναζήτηση και θεραπεία συντρόφων έως 10 ημέρες πριν την έναρξη της συμπτωματολογίας.

HIV λοίμωξη: Δεν υπάρχουν μελέτες. Ίδια θεραπεία, στενή παρακολούθηση.

2.1.6. *Calymatobacterium granulomatis* - βουβωνικό κοκκίωμα

Προτιμώμενη θεραπεία: Δοξυκυκλίνη 100 mg x 2 PO επί 21 ημέρες ή τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη (800/160 mg) x 2 PO επί 21 ημέρες.

Εναλλακτικά: Σιπροφλοξασίνη 750 mg x 2 PO επί 21 ημέρες ή ερυθρομυκίνη 500 mg x 4 PO επί 21 ημέρες ή αζιθρομυκίνη 1 g μία φορά την εβδομάδα PO επί 3 εβδομάδες.

Παρακολούθηση: Κλινική, μέχρις αποδρομής των συμπτωμάτων.

Σεξουαλικοί σύντροφοι: Αναζήτηση και θεραπεία συντρόφων έως 60 ημέρες πριν την έναρξη της συμπτωματολογίας.

HIV λοίμωξη: Ίδια θεραπεία.

2.1.7. Βακτηριακή κόλπωση (Bacterial vaginosis)

Δύσοσμη κολπική υπερέκκριση, pH>4,5.

Μετρονιδαζόλη 500 mg x 2 x 7 ημέρες. Εναλλακτικά, κολπικά γέλη μετρονιδαζόλης x 7 ημέρες.

2.2. Λοιμώξεις από πρωτόζωα

2.2.1. Θεραπεία τριχομοναδικής κολπίτιδας

Αφρώδης υπερέκκριση, pH>4,5.

Μετρονιδαζόλη 2.000 mg εφάπαξ ή 500 mg x 2 x 7 ημέρες.

Εναλλακτικά, τινιδαζόλη 2,0 g εφάπαξ.

Άνδρες σεξουαλικοί σύντροφοι 2.000 mg εφάπαξ.

2.3. Λοιμώξεις από μύκητες

2.3.1. Μυκητιασική κολπίτιδα

Κνησμός, παχειά τυρώδης έκκριση, pH<4,5.

Αζόλες PO: Φλουκοναζόλη 150 mg εφάπαξ ή ιτρακοναζόλη 200 mg x 2 x 1 ημέρα. Εναλλακτικά, αζόλες τοπικά (διάρκεια 1-14 ημέρες) κολπικά δισκία νυστατίνης επί 14 ημέρες.

2.4. Παρασιτικές λοιμώξεις

2.4.1. Ψώρα (*Sarcoptes scabiei*)

Προτιμώμενη θεραπεία: Benzyl benzoate 25% τοπική χρήση.

Εναλλακτικά: Sulfur precipitate 5-6% τοπική χρήση.

Σεξουαλικοί σύντροφοι: Αναζήτηση και θεραπεία συντρόφων έως 30 ημέρες πριν την έναρξη της συμπτωματολογίας. Θεραπεία και των οικείων του ασθενούς.

Κύηση: Προτιμάται η αγωγή με Sulfur precipitate. Η ασφάλεια του Benzyl benzoate για το έμβρυο δεν έχει τεκμηριωθεί.

HIV λοίμωξη: Ίδια θεραπεία.

2.4.2. Φθειρίαση εφηβαίου (*Phthirus pubis*)

Προτιμώμενη θεραπεία: Benzyl benzoate 25% (emulsion) τοπικά ή malathion (lotion+shampoo) τοπικά ή permethrin + malathion + piperonyl butoxide (spray) τοπικά ή phenothrin (lotion, shampoo, gel) τοπικά.

Εναλλακτικά: Sulfur precipitate 5-6% τοπικά.

Σεξουαλικοί σύντροφοι: Αναζήτηση και έλεγχος συντρόφων έως 10 ημέρες πριν την έναρξη της συμπτωματολογίας. Όχι προληπτική θεραπεία.

Κύηση: Ίδια θεραπεία. Η ασφάλεια του Benzyl benzoate για το έμβρυο δεν έχει τεκμηριωθεί.

HIV λοίμωξη: Ίδια θεραπεία.

2.5. Λοιμώξεις από ιούς

2.5.1. Έρπης γεννητικών οργάνων HSV-1 & HSV-2

Θεραπεία - Πρώτο επεισόδιο

Έναρξη θεραπείας μέσα σε 5 μέρες από την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Η αντι-ϊική θεραπεία δεν τροποποιεί τη φυσική ιστορία της νόσου.

Ο συνδυασμός τοπικής θεραπείας με συστηματική θεραπεία δεν προσφέρει επιπλέον όφελος.

Όλα τα διαθέσιμα φάρμακα μειώνουν την ένταση και τη διάρκεια των συμπτωμάτων.

Ασυκλοβίρη PO 400 mg x 3 x 5 ημέρες, ή φαμισκλοβίρη p.o. 250 mg x 3 για 5 ημέρες, ή βαλασικλοβίρη PO 500 mg x 2 x 5 ημέρες. Η αγωγή συνεχίζεται μετά τις 5 ημέρες σε ασθενείς με επιπλεγμένη νόσο ή συνεχούς εμφάνισης νέων βλαβών.

Σε σοβαρές νευρολογικές επιπλοκές χορηγείται ασικλοβίρη IV 10 mg/kg ΒΣ ανά 8ωρο.

Συμπτωματικές υποτροπές

- Τα συμπτώματα είναι ηπιότερα από το πρώτο επεισόδιο και τείνουν να αυτοπεριορίζονται.
- Η απόφαση για την αντιμετώπιση πρέπει να λαμβάνεται σε συνεργασία με τον ασθενή.
- Η στρατηγική της αντιμετώπισης μπορεί να περιλαμβάνει:
 - i. Μόνο υποστηρικτική θεραπεία ή
 - ii. Θεραπεία με φάρμακα κατά επεισόδιο ή
 - iii. Κατασταλτική θεραπεία
- Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξατομικεύεται.

Θεραπεία επεισοδίου (υποτροπής)

Έναρξη θεραπείας μέσα σε 24 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Ο συνδυασμός τοπικής θεραπείας με συστηματική θεραπεία δεν προσφέρει επιπλέον όφελος.

Ασικλοβίρη PO 200 mg x 5 x 5 ημέρες, ή φαμισκλοβίρη PO 125 mg x 2 x 5 ημέρες, ή βαλασικλοβίρη PO 500 mg x 2 για 5 ημέρες.

Σύντομα σχήματα: Ασικλοβίρη PO 800 mg x 3 x 2 ημέρες, ή φαμισκλοβίρη PO 1 g x 2 x 1 ημέρα, ή βαλασικλοβίρη PO 500 mg x 2 για 3 ημέρες.

Η αγωγή μπορεί να ξεκινήσει από τον ιατρό ή από τον ασθενή. Δεν απαιτείται θεραπεία για όλες τις υποτροπές.

Καταστολή των υποτροπών

Ασικλοβίρη PO 200 mg x 4 ή 400 mg x 2

Φαμισκλοβίρη PO 250 mg x 2 ή

Βαλασικλοβίρη PO 500 mg x 1.

Διάρκεια θεραπείας: 6-12 μήνες, με στόχο τη μείωση του αριθμού των υποτροπών.

Έρπης γεννητικών οργάνων (ΕΓΟ) και κύηση

Γυναίκες με πρώτο επεισόδιο ΕΓΟ στη διάρκεια της κύησης θα πρέπει να θεραπεύονται με αντι-ϊικά.

Καισαρική τομή θα πρέπει να εκτελείται σε γυναίκες με πρώτο επεισόδιο ή υποτροπιάζοντα ΕΓΟ όταν έχουν ενεργείς βλάβες κατά τον τοκετό.

2.6. Αντιμετώπιση HPV λοιμώξεων

2.6.1. Αντιμετώπιση των κονδυλωμάτων στη δερματολογία

Τα θεραπευτικά σχήματα για την αντιμετώπιση των κονδυλωμάτων διακρίνονται σε σχήματα που μπορούν να εφαρμοστούν στο σπίτι από τον ίδιο τον ασθενή και σε εκείνα που εφαρμόζονται στο ιατρείο από τον ιατρό. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της αγωγής είναι: το μέγεθος, ο αριθμός, η μορφολογία των κονδυλωμάτων, η ανατομική περιοχή που συναντώνται, η προτίμηση του ασθενούς, το κόστος της θεραπείας, οι παρενέργειες αυτής και η εμπειρία του ιατρού.

Προτεινόμενες κατ' οίκον αγωγές

Ποδοφυλλοτοξίνη (0,15% κρέμα ή 0,5% διάλυμα)

Χορηγείται τοπικά, 2 φορές ημερησίως για 3 ημέρες. Ακολουθεί 4ήμερη διακοπή. Η αγωγή διαρκεί, εάν χρειαστεί, μέχρι την ολοκλήρωση 4 συνολικά κύκλων. Τα ποσοστά εξάλειψης φτάνουν το 43-70% μετά από χρήση 4 εβδομάδων (κύκλων). Είναι ένας αντιιμιωτικός παράγοντας αρκετά ασφαλής, με παρενέργειες όπως τοπική ευαισθησία και αίσθημα καύσου, ερυθρή και ίσως διάβρωση του δέρματος. Έχει αναφερθεί 6-100% ποσοστό υποτροπής σε 8-21 εβδομάδες από τη θεραπεία. Αντενδείκνυται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Ιμικουϊμόδη (5% κρέμα)

Χορηγείται τοπικά πριν την κατάκλιση και να ξεπλένεται το επόμενο πρωί με σαπούνι και νερό, 3 φορές την εβδομάδα, έως το πολύ 16 εβδομάδες συνολικά. Κλινικές μελέτες αναφέρουν ποσοστά εξάλειψης 35-75% μετά την ολοκλήρωση 16 εβδομάδων αγωγής. Είναι ένας τοπικός ανοσοτροποποιητής που ενεργοποιεί την παραγωγή ιντερφερόνης και άλλων κυτοκινών που συμβάλλουν στην καταπολέμηση της λοίμωξης. Ως ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν αναφερθεί ερυθρή και σοβαρή τοπική φλεγμονή που επιβάλλει διακοπή της θεραπείας. Τα ποσοστά υποτροπής κυμαίνονται μεταξύ 6% και 26% μετά από κύκλο επιτυχούς θεραπείας. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την ασφάλεια της χρήσης της σε εγκύους, αν και σε μελέτες περιστατικών που έχουν δημοσιευθεί, δεν έχουν αναφερθεί προβλήματα στην κύηση ή ανωμαλίες του εμβρύου.

Σινεκατεχίνες (10% αλοιφή)

Χορηγείται τοπικά 3 φορές ημερησίως μέχρι την εξάλειψη των κονδυλωμάτων, χωρίς να υπερβαίνει τις 16 εβδομάδες η συνολική διάρκεια της θεραπείας. Πρόκειται για εκχύλισμα του πράσινου τσαγιού. Δεν χρειάζεται ξέπλυμα και θα πρέπει να αποφεύγεται η σεξουαλική επαφή όσο υπάρχουν υπολείμματα της αλοιφής στο δέρμα. Οι συχνότερες παρενέργειες είναι ερυθρήμα, κνησμός ή καύσος, άλγος τοπικά, εξέλκωση, οίδημα, εφελκιδοποίηση και φυσαλιδώδες εξάνθημα. Μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού ή του διαφράγματος ως αντισυλληπτική προστασία. Δεν ενδείκνυται για ασθενείς με HIV λοίμωξη, ανοσοκατασταλμένους ή ασθενείς με λοίμωξη από έρπητα των γεννητικών οργάνων γιατί δεν έχει εδραιωθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του σκευάσματος σε αυτές τις περιπτώσεις. Επίσης, δεν είναι γνωστό αν είναι ασφαλής κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Προτεινόμενες αγωγές στο ιατρείο**Κρυοθεραπεία**

Τα θετικά της κρυοθεραπείας είναι ότι είναι απλή, χαμηλού κόστους μέθοδος που σπάνια δημιουργεί ουλές ή αποχρωματισμό, ενώ είναι ασφαλής να πραγματοποιηθεί και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα ποσοστά εξάλειψης που έχουν αναφερθεί σε κλινικές μελέτες είναι 44-75% και τα ποσοστά υποτροπής 1-3 μήνες μετά την εξάλειψη των βλαβών είναι 21-42%.

Τριχλωροακετικό οξύ (TCA) (80-90% διάλυμα)

Εφαρμόζεται με προσοχή απευθείας στην επιφάνεια των κονδυλωμάτων με βαμβακοφόρο στυλέο, ανά εβδομάδα εάν είναι απαραίτητο. Είναι περισσότερο κατάλληλο για μικρά οξυτενή κονδυλώματα ή βλατιδώδεις αλλοιώσεις παρά για μεγαλύτερες, κερατινοποιημένες βλάβες. Είναι διαβρωτικό και η αλόγιστη χρήση του μπορεί να έχει σαν συνέπεια τη δημιουργία ουλών. Αν χρησιμοποιηθεί σωστά, καταλήγει στη δημιουργία ρηχού έλκους που επουλώνεται χωρίς να αφήσει ουλή. Έχουν αναφερθεί ποσοστά επιτυχίας 56-81% και ποσοστά υποτροπής της τάξεως του 36%. Είναι ασφαλές και στην περίοδο της εγκυμοσύνης.

Ηλεκτροχειρουργική/εκτομή με χειρουργικό ψαλίδι/απόξεση/laser

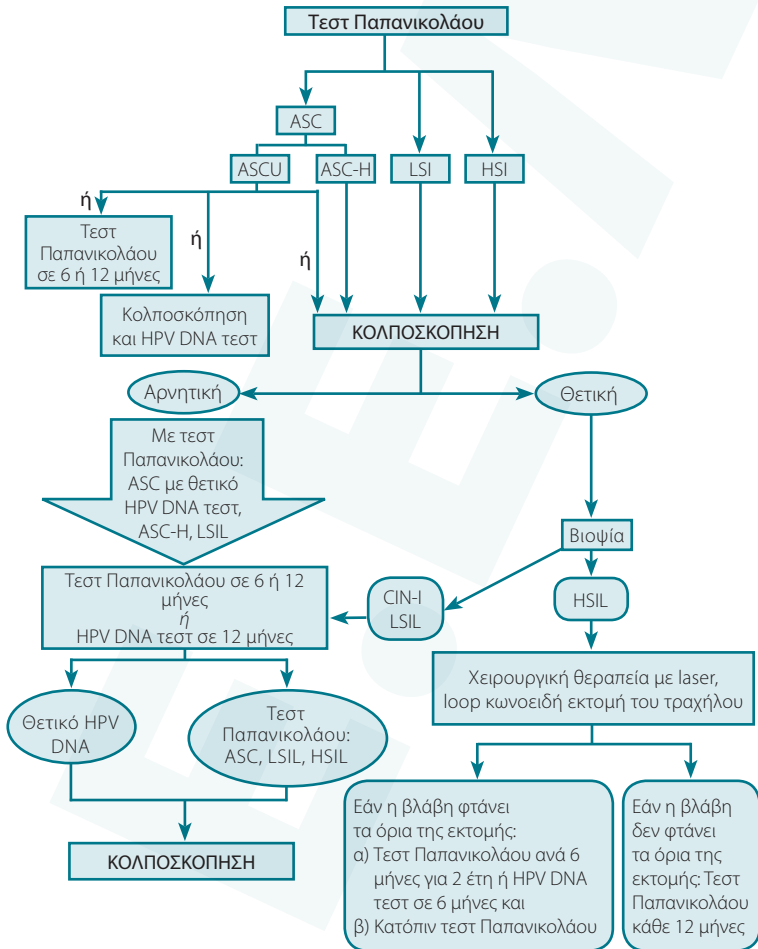
Η εκτομή με ψαλίδι είναι αποτελεσματική σε μικρό αριθμό βλαβών, σε συνδυασμό με διαθερμοπηξία για τον έλεγχο της αιμορραγίας και την καταστροφή τυχόν υπολειπόμενου ιστού μετά την εκτομή. Τόσο η ηλεκτροχειρουργική όσο και η εκτομή με ψαλίδι έχουν ποσοστά εξάλειψης των βλαβών 94-100% και 89-100% αντίστοιχα και ποσοστά υποτροπής 19-29%. Η απόξεση είναι απλή, αποτελεσματική τεχνική για μικρού αριθμού αλλοιώσεις. Η εξάχνωση των βλαβών με laser και η ηλεκτροχειρουργική αγωγή απαιτούν λήψη μέτρων προφύλαξης από το ιατρικό προσωπικό που τις εφαρμόζει (μάσκες χειρουργείου, εξαερισμός).

Χειρουργική αντιμετώπιση

Ογκώδη κονδυλώματα, πολύ εκτεταμένες βλάβες, περιπρωκτικά και ενδοπρωκτικά κονδυλώματα συνήθως απαιτούν κανονικό χειρουργείο υπό γενική αναισθησία

2.6.2. Αντιμετώπιση HPV λοιμώξεων στη γυναικολογία

Η αντιμετώπιση των αλλοιώσεων που προκαλεί ο HPV εξαρτάται από τα κυτταρολογικά, κολποσκοπικά και μοριακά ευρήματα.



Σημείωση: Στην εγκυμοσύνη δεν συνιστάται χειρουργική θεραπεία για CIN2/3. Η κολποσκόπηση σε κάθε τρίμηνο (και η ενδεχόμενη βιοψία) έχει σκοπό τον αποκλεισμό διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Επαναληπτικός έλεγχος με τεστ Παπανικολάου και κολποσκόπηση, θα πρέπει να γίνει 6-12 βδομάδες μετά τον τοκετό.

Επεξήγηση Πίνακα

ASC (*Atypical squamous cells*): Άτυπα πλακώδη κύτταρα.

ASC-H (*Atypical squamous cells - cannot exclude*): Άτυπα πλακώδη κύτταρα - Δεν μπορεί να αποκλειστεί υψηλόβαθμη τραχηλική βλάβη.

ASCU (*Atypical squamous cells of undetermined significance*): Άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιόριστης σημασίας.

CIN1 (*Cervical intraepithelial neoplasia 1*): Τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία χαμηλού βαθμού.

CIN2 (*Cervical intraepithelial neoplasia 2*): Τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία μετρίου βαθμού.

CIN3 (*Cervical intraepithelial neoplasia 3*): Τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία σοβαρού βαθμού *in situ*.

HSIL (*High grade squamous intraepithelial lesions*): Υψηλόβαθμες τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές βλάβες από πλακώδη κύτταρα.

LSIL (*Low grade squamous intraepithelial lesions*): Χαμηλόβαθμες τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές βλάβες από πλακώδη κύτταρα.

Σημ.: Η κατάταξη των τραχηλικών ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων είναι κατά το σύστημα Bethesda.

3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΘΥΜΑΤΩΝ ΒΙΑΣΜΟΥ

Αντιμετώπιση: Χειρουργική (τραύματα), ψυχοκοινωνική υποστήριξη, ιατροδικαστική εκτίμηση. Άμεσο και καλλιέργεια κολπικού, ορολογικός έλεγχος (HIV, HBV, HCV) και τεστ κύησης.

Χορήγηση: Κεφτριαξόνη 125 mg IM SD (μία και μόνη δόση) + μετρονιδαζόλη 2.000 mg SD + αζιθρομυκίνη 1 g PO SD.

Έναρξη πρωτοκόλλου μετά έκθεση προφύλαξης για HBV, HIV.

4. ΙΣΧΥΟΝ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ

Ενταγμένα στο σύστημα υποχρεωτικής δήλωσης πλην του HIV και των ηπατίτιδων είναι και η σύφιλη, η γονόρροια και οι χλαμυδιακές λοιμώξεις. Η δήλωση είναι υποχρεωτική για τη σύφιλη, τη γονόρροια, τη συγγενή σύφιλη και το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα από το 1950 (Β.Δ. 3/9.11.1950) και για τις χλαμυδιακές λοιμώξεις από το 2011 (Αρ. πρωτ. Υ1/Γ.Π.οικ 15269/8-2-2011) στα πλαίσια έναρμόνισης με τις ανάγκες επιτήρησης σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

5. ΛΟΙΠΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ**5.1. Τοποθέτηση και φροντίδα καθετήρων κύστεως (Foley)**

Ο καθετήρας τοποθετείται πάντα με *αποστειρωμένα γάντια* και ασηψία της περιοχής του έξω στομίου της ουρήθρας. Η σύνδεσή του γίνεται πάντα με αποστειρωμένο ουροσυλλέκτη κλειστού συστήματος. Δεν χρειάζεται χορήγηση αντιβιοτικών για προφύλαξη από ουρολοιμώξη, ούτε επί παραμονής του καθετήρα για πολλές μέρες.

5.2. Περιεγχειρητική (προφυλακτική) χορήγηση αντιβιοτικών στη γυναικολογία-μαιευτική

Ετοιμασία: Για τις διακολλικές επεμβάσεις, τον τοκετό και την καισαρική τομή δεν απαιτείται ξύρισμα των έξω γεννητικών οργάνων.

5.2.1. Είδος αντιβιοτικού

Κύστεις και όγκοι ωοθηκών. Δεν χρειάζεται προφύλαξη.

Κοιλιακή υστερεκτομή. Μία δόση κεφαλοσπορίνης β' γενεάς κατά την εισαγωγή στην αναισθησία. Προτίμηση αυτών που καλύπτουν και αναερόβια (π.χ. 2 g κεφοξιπίνης).

Κολπική υστερεκτομή. Το ίδιο με το παραπάνω.

Καισαρική τομή προγραμματισμένη (ακέραιο θυλάκιο). Δεν χρειάζεται προφύλαξη.

Καισαρική τομή επείγουσα (ερρηγγμένο θυλάκιο). Το ίδιο με την υστερεκτομή αλλά μετά την απολίνωση του ομφάλιου λώρου.

5.3. Θεραπευτική χορήγηση αντιβιοτικών στη γυναικολογία-μαιευτική

Διαπίωση εγχειρητικού τραύματος (λαπαροτομίας), όπως στη γενική χειρουργική. Συνεννόηση με το Μικροβιολογικό Εργαστήριο και την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.

5.3.1. Πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων 2^{ου}-3^{ου} τριμήνου της κύησης

Νοσηλεύομενη επασπειλούμενη χοριοαμνιονίτιδα – preterm or prelabor rupture of fetal membranes (pPROM): Αμινοπενικιλίνες IV/PO ή αζιθρομυκίνη ή πιπερασιλλίνη ή αμινοπενικιλίνη + αναστολέα β-λακταμασών για 7 ημέρες ή μέχρι τον τοκετό (IV/PO).

3.2. Χοριοαμνιονίτιδα - Ενδομητρίτιδα

- Καλλιέργεια – άμεσο παρασκεύασμα (ενδιαφέρουν τα κλωστηρίδια)
- Ενδεχόμενη διαστολή – παροχέτευση.

Αντιβιοτικά (επιλογές)

1. Κεφαλοσπορίνη γ' γενεάς (± γενταμικίνη) + κλινδαμυκίνη
2. Κεφοξιπίνη
3. β-λακτάμη/αναστολέας
4. Καρβαπενέμη
 - Όλα σε συνδυασμό με δοξκυκλίνη για το ενδεχόμενο μυκοπλάσματος ή χλαμυδίων.
 - Διάρκεια 7-10 ημέρες.

5.3.3. Εξαρτηματίτιδα - Πυελοπεριτονίτιδα

- Καλλιέργειες και άμεσο παρασκεύασμα (ενδιαφέρουν οι γονόκοκκοι και τα μυκοπλάσματα).
- Αντιβιοτικά όπως για ενδομητρίτιδα/χοριοαμνιονίτιδα.
- Διάρκεια: 10-15 ημέρες.

5.3.4. Εξαρτηματίτιδα ήπια σε εξωτερικούς ασθενείς

Οφλοξασίνη 400 mg PO x 2 ή λεβοφλοξασίνη 500 mg x 1 + μετρονιδαζόλη 500 mg x 2 PO για 14 ημέρες.

5.3.5. Πυελοφλεβίτιδα

Άμεση έναρξη και επαρκής σε δόση αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη, όσο διαρκεί η θεραπεία με αντιβιοτικά.

Αντιβιοτικά όπως επί πυελοπεριτονίτιδας/ενδομητρίτιδας.

5.3.6. Μαστίτιδα μετά τον τοκετό – επί θηλασμού

- Αντισταφυλοκοκκικά (δικλοξακιλλίνη ή κεφαλοσπορίνη α' ή β' γενεάς ή β-λακτάμη/αναστολέας).

- Διακοπή θηλασμού.

Ειδικά αντισταφυλοκοκκικά επί MRSA.

Διάνοιξη επί αποστήματος επί ενδείξεων.

5.3.7. Μαστίτιδα εκτός λοχείας – θηλασμού (non-puerperal mastitis)

Αντισταφυλοκοκκικά όπως παραπάνω και μετρονιδαζόλη.

5.4. Χρήση αντιμικροβιακών σε έγκυο

Πέντε κατηγορίες κατά FDA:

- A: Μελέτες σε εγκύους: Όχι κίνδυνος.
- B: Μελέτες σε ζώα: Όχι κίνδυνος, αλλά σε ανθρώπους ανεπαρκείς ή μελέτες σε ζώα: Τοξικότητα αλλά σε ανθρώπους: όχι κίνδυνος.
- C: Μελέτες σε ζώα: τοξικότητα, σε ανθρώπους: ανεπαρκείς αλλά όφελος >κίνδυνος.
- D: Τεκμηριωμένος κίνδυνος σε ανθρώπους αλλά χορήγηση εάν το όφελος προέχει.
- X: Εμβρυϊκές ανωμαλίες σε ανθρώπους, κίνδυνος >όφελος.

5.4.1. Αντιμικροβιακά σε κύηση

- Κατηγορία B: Όλες οι β-λακτάμες (β-λακταμικά ± αναστολέα β-λακταμασών, κεφαλοσπορίνες, αζτρεονάμη, μεροπενέμη, ερυθρομυκίνη, αζιθρομυκίνη, κλινδαμυκίνη, νιτροφουράνια, μετρονιδαζόλη).
- Κατηγορία C: Κινολόνες, κλαριτελιθρομυκίνη, χλωραμφαινικόλη, κοτριμοξαζόλη, βανκομυκίνη, ιμιπενέμη.
- Κατηγορία D: Τετρακυκλίνες, αμινογλυκοσίδες.

5.4.2. Αντι-ιικά/αντιμυκητιασικά σε κύηση

- Κατηγορία B: Ακυκλοβίρη, αντιγριπικά, τα περισσότερα (αλλά όχι όλα) αντιρετροϊκά, αμφοτερικίνη, ριφαμπουτίνη.
- Κατηγορία C: Αντιμυκητιασικές αζόλες, αντιγριπικό οσελταμιβίρη, ιντερφερόνες, πρωτεύοντα αντιTB (INH/RIF/PZA/EMB).
- Κατηγορία X: Ριμπαβιρίνη, κινίνη, θαλιδομίδη, μιλτεφοσίνη (αντιλείσμανιακό).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 <http://www.cdc.gov/std/treatment/>.
2. Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010: Oral Cephalosporins No Longer a Recommended Treatment for Gonococcal Infections. *MMWR* August 10, 2012/61(31);590-594.
3. IUSTI, Current European Guidelines. <http://www.iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.htm>.

