

Α.Τ.Ε.Ι. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ
ΝΟΣΗΜΑΤΑ»**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

DR. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΣΑΒΒΑΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΓΡΗΒΕΛΗ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2008

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Πρόλογος

Στην πτυχιακή εργασία που ακολουθεί, θα ασχοληθούμε με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η αναφορά, πέραν των κλινικών χαρακτηριστικών των νοσημάτων, των νέων επιδημιολογικών στοιχείων, των νέων μεθόδων διάγνωσης, καθώς και των νέων φαρμακευτικών σχημάτων για τη θεραπεία των λοιμώξεων.

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Dr. Σάββα Θ. Παρασκευόπουλο για την καθοδήγηση και τις γνώσεις που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Τέλος ευχαριστώ την Dr. Μουρελλού-Τσάτσου Όλγα και το τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων του Νοσοκομείου "Αφροδίσιων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης" για την πολύτιμη βοήθεια τους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	3
Εισαγωγή.....	6
- Ορισμός.....	7
- Επιδημιολογία.....	7
- Παράγοντες που συντελούν στην αύξηση των ΣΜΝ.....	8
- Έλεγχος των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.....	9
- Ταξινόμηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.....	9
<u>Κεφάλαιο 1^ο</u> Βακτηριακές λοιμώξεις.....	11
1. Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.....	12
2. Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.....	20
- Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα από σχιζομύκητες ή σαπροφυτική ουρηθρίτιδα.....	22
- Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα από χλαμύδια.....	24
- Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα από μυκοπλάσματα.....	26
3. Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα.....	29
4. Σύφιλη.....	32
- Πρωτογόνος σύφιλη.....	35
- Δευτερογόνος σύφιλη.....	36
- Λανθάνουσα σύφιλη.....	38
- Τριτογόνος σύφιλη (όψιμη σύφιλη).....	38
- Συγγενής σύφιλη.....	38
5. Μαλακό έλκος.....	42
6. Αφροδίσιο ή βουβωνικό κοκκίωμα.....	44

<u>Κεφάλαιο 2^ο</u> Ιογενείς λοιμώξεις.....	47
1. Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).....	48
2. Γεννητικός έρπης.....	61
3. Οξυτενή κονδυλώματα.....	68
4. Μολυσματική τέρμινθος.....	75
5. Ηπατίτιδα Β.....	79
6. Κυτταρομεγαλΐωση.....	82
<u>Κεφάλαιο 3^ο</u> Πρωτοζωικές λοιμώξεις.....	84
1. Τριχομονάδωση.....	85
<u>Κεφάλαιο 4^ο</u> Μυκητιασικές λοιμώξεις.....	87
1. Μονιλίαση των γυναικών.....	88
2. Μονιλίαση των ανδρών.....	91
<u>Κεφάλαιο 5^ο</u> Παρασιτικές λοιμώξεις.....	93
1. Ψώρα.....	94
2. Φθειρίαση του εφηβαίου.....	98
Συμπέρασμα.....	101
Βιβλιογραφία.....	102
Ηλεκτρονικές πηγές.....	103

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ορισμός

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) αποτελούν ομάδα μεταδοτικών νοσημάτων που μεταδίδονται -σχεδόν αποκλειστικά- με τη σεξουαλική επαφή. Είναι τα πιο διαδεδομένα λοιμώδη νοσήματα σε άτομα ηλικίας 16-45 ετών.

Έως σήμερα έχουν αναγνωρισθεί περισσότεροι από 50 παθογόνοι μικροοργανισμοί ως αιτία των ΣΜΝ.

Επιδημιολογία

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα έχουν μία γραπτή ιστορία που χρονολογείται από την εποχή των Αρχαίων Αιγυπτίων και είναι πιο διαδεδομένα και σημαντικά σήμερα από ότι ήταν πάντοτε.

Η επιδημιολογία των ΣΜΝ παρουσίασε κατά τον 20ό αιώνα μία ενιαία ιστορική εξέλιξη. Στις αρχές του αιώνα, τα αφροδίσια νοσήματα αποτελούσαν μείζον ιατρο-κοινωνικό πρόβλημα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, 1 στους 4 στρατιώτες του 1^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου έπασχε από σύφιλη ή βλεννόρροια. Η ανακάλυψη όμως των αντιβιοτικών οδήγησε στη ραγδαία μείωση της επίπτωσης, της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των μικροβιακών ΣΜΝ στον αναπτυγμένο κόσμο.

Μετά από το 1960, στο προσκήνιο πέρασαν τα ιογενή ΣΜΝ. Η επικράτηση πιο ελευθέρων ηθών στα πλαίσια μίας αντίληψης περί εξαφάνισης των ΣΜΝ, σε συνδυασμό με την απουσία εύχρηστων διαγνωστικών μεθόδων και αποτελεσματικής θεραπείας οδήγησε σε αλματώδη αύξηση των ιογενών ΣΜΝ, όπως ο απλός έρπης και οι HPV λοιμώξεις, καθώς και της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας. Αποκορύφωμα ήταν η εμφάνιση ενός νέου ΣΜΝ, της HIV λοίμωξης, που από τη δεκαετία του 1980 πήρε τη μορφή επιδημίας ταράζοντας τα λιμνάζοντα ύδατα.

Ακολούθησε μία γιγαντιαία ιατρική και κοινωνική σταυροφορία, η οποία μέσα σε μία 20ετία απέδωσε σημαντικούς καρπούς με την ανακάλυψη αξιόπιστων διαγνωστικών εξετάσεων και την παρασκευή φαρμάκων που επιτυγχάνουν τη μακροχρόνια καταστολή της λοίμωξης.

Τα γενικά χαρακτηριστικά της σύγχρονης επιδημιολογίας των ΣΜΝ είναι:

- Η αύξηση της συχνότητας των ιογενών ΣΜΝ στις αναπτυγμένες χώρες, που όμως σήμερα εμφανίζει σταθεροποιητικές τάσεις.
- Η μεγάλη μείωση της συχνότητας των μικροβιακών ΣΜΝ, που μπορεί να διακόπτεται από παροδικές επιδημικές εξάρσεις.
- Η σταθερή, υπερενδημική παρουσία των ΣΜΝ στις αναπτυσσόμενες χώρες και στον Τρίτο Κόσμο.

Παράγοντες που συντελούν στην αύξηση των ΣΜΝ

Παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση των ΣΜΝ είναι οι πόλεμοι, οι κοινωνικές αναστατώσεις, η μετανάστευση, η φτώχεια, το επίπεδο του ηθικού πολιτισμού, οι συνθήκες υγιεινής, η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τα διαθέσιμα μέσα πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας.

Μεγάλη σημασία έχει η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου, που οδηγεί στον προσδιορισμό των ομάδων υψηλού κινδύνου και των λεγόμενων πυρήνων της λοίμωξης (core groups) μέσα σε μία κοινότητα.

Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά που μπορεί να αντιστοιχούν σε παράγοντες κινδύνου είναι η ηλικία, το φύλο, η φυλή, η εθνικότητα, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος διαμονής, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, οι συνήθειες (αλκοολισμός, χρήση απαγορευμένων ουσιών), η σεξουαλική συμπεριφορά (προτιμήσεις, αριθμός συντρόφων, είδος συντρόφων, πρακτικές, πορνεία), η πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής των γυναικών και η υγειονομική συνείδηση (μέτρα προστασίας, προσέλευση για έλεγχο, ενημέρωση συντρόφων, συμμόρφωση με τη θεραπεία). Έχει διαπιστωθεί ότι η νεαρή ηλικία, οι άνδρες, οι έγχρωμοι, οι μειονότητες, οι κάτοικοι

των πόλεων, οι κατώτερες κοινωνικές τάξεις, οι χρήστες ναρκωτικών, οι ομοφυλόφιλοι και τα άτομα με πολλαπλούς συντρόφους και ριψοκίνδυνη συμπεριφορά έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από ένα ή περισσότερα ΣΜΝ, μία ή περισσότερες φορές.

Έλεγχος των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων

Οι βασικές αρχές του ελέγχου των ΣΜΝ είναι οι εξής:

1. Πρόληψη νέων λοιμώξεων.
2. Επαρκής θεραπεία όσων έχουν συμπτώματα της λοίμωξης.
3. Μέσα ανεύρεσης και θεραπείας όσων δεν παρουσιάζουν συμπτώματα.
4. Εκστρατεία ευαισθητοποίησης σε θέματα υγείας των ατόμων που μπορεί να γνωρίζουν ότι έχουν προσβληθεί αλλά καθυστερούν ή αποφεύγουν να προσέλθουν για θεραπεία, π.χ. ιός ανθρώπινων θηλωμάτων, ή φοβούνται τη μόλυνση από HIV και να εξεταστούν γι' αυτήν, παρά το γεγονός ότι η θεραπεία καθυστερεί το θάνατο στις πλουσιότερες χώρες.

Ταξινόμηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ταξινομούνται σε ομάδες ανάλογα με τον αιτιολογικό παράγοντα που προκαλεί τη λοίμωξη. Έτσι διακρίνονται οι:

A. Βακτηριακές λοιμώξεις, που περιλαμβάνουν:

1. Την γονοκοκκική ουρηθρίτιδα,
2. Τις μη γονοκοκκικές ουρηθρίτιδες,
3. Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα,
4. Τη σύφιλη,

5. Το μαλακό έλκος,
6. Το βουβωνικό κοκκίωμα.

Β. Ιογενείς λοιμώξεις, που περιλαμβάνουν:

1. Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας,
2. Τον γεννητικό έρπητα,
3. Τα οξυτενή κονδυλώματα,
4. Τη μολυσματική τέρμινθο,
5. Την ηπατίτιδα Β,
6. Την κυτταρομεγαλΐωση.

Γ. Πρωτοζωϊκές λοιμώξεις, που περιλαμβάνουν:

1. Την τριχομονάδωση.

Δ. Μυκητιασικές λοιμώξεις, που περιλαμβάνουν:

1. Τη μονιλίαση των γυναικών,
2. Τη μονιλίαση των ανδρών.

Ε. Παρασιτικές λοιμώξεις, που περιλαμβάνουν:

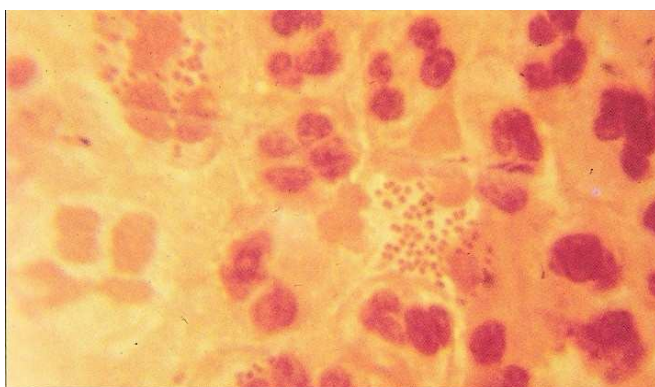
1. Τη ψώρα,
2. Τη φθειρίαση του εφηβαίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο :

Βακτηριακές λοιμώξεις

1. ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ (ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ)

Η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος, που



οφείλεται στο μικρόβιο του **γονόκοκκου**, γνωστό και ως **Neisseria gonorrhoeae**.

Ο γονόκοκκος είναι ένας Gram αρνητικός διπλόκοκκος που φυσιολογικά εμφανίζεται κατά ζεύγη, με τις γειτονικές πλευρές επιπεδοποιημένες.

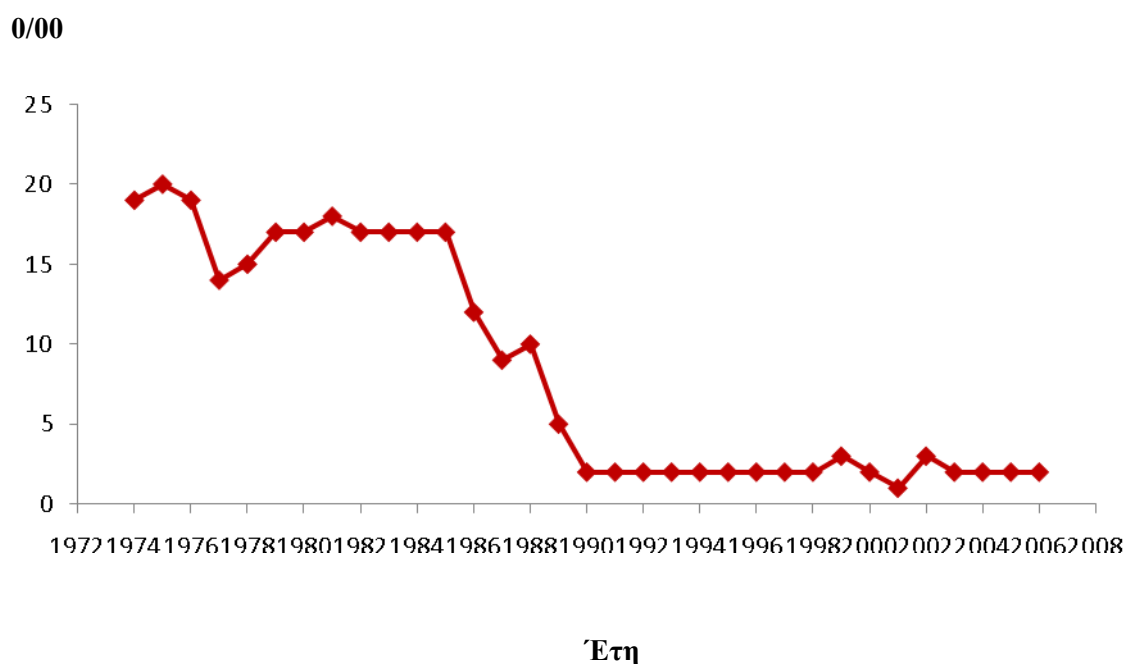
Παρασκευή με Gram αρνητικά μικρόβια *Neisseria gonorrhoeae*.

Επιδημιολογία

Υπολογίζεται ότι συμβαίνουν 70 με 200 εκατομμύρια κρούσματα της νόσου παγκοσμίως. Στις ΗΠΑ το διάστημα 1975-1997 η επίπτωση της γονόρροιας μειώθηκε κατά 74% παραμένοντας σταθερή μέχρι το 2005. Τη διετία 2006-2007 σημειώθηκε αύξηση της νόσου κατά 5,5%. Στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης το διάστημα 1985-1996 η επίπτωση της γονόρροιας μειώνεται ενώ το 1997 παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης της νόσου. Στη Γαλλία το διάστημα 1997-1998 οι διαγνώσεις αυξάνονται κατά 170% ενώ το διάστημα 1995-2000 στην Αγγλία και την Ουαλία η αύξηση φθάνει το 102% και στη Σουηδία το 154%. Έκτοτε καταγράφεται πτώση της νόσου.

Στην Ελλάδα σημειώθηκε ραγδαία μείωση της νόσου μετά το 1988 εξαιτίας του φόβου για το AIDS. Σε έκθεση του Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Γονόκοκκου

(Ε.Κ.Α.Γ.) εκτιμήθηκε η επίπτωση της γονόρροιας για το έτος 2007 σε 1,65% για την Αθήνα και 0.79% για την Θεσσαλονίκη. Οι τιμές αυτές δεν απέκλιναν από τη τρέχουσα πορεία της νόσου, η οποία παρέμεινε σταθερή, στα χαμηλά επίπεδα που σημειώνονται στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαπενταετία (**Σχήμα 1**)



Σχήμα 1. Μακροσκοπική, διαχρονική απεικόνιση της επίπτωσης της γονόρροιας στην Ελλάδα με βάση τα περιστατικά που καταγράφηκαν στο Νοσ/μείο "Α.Συγγρός" από το 1974 έως το 2007

Μετάδοση

Η μετάδοση της βλεννόρροιας γίνεται σχεδόν αποκλειστικά με τη σεξουαλική επαφή ή κατά τη διάρκεια του τοκετού μετά από έκθεση του νεογνού στο κολπικό έκκριμα της μητέρας. Η μόλυνση από κοινόχρηστους χώρους (τουαλέτες, λουτρά κ.λπ.) είναι σπάνια.

Η συνουσία με πάσχοντα δεν είναι υποχρεωτικό να μεταδώσει τη νόσο. Η μετάδοση εξαρτάται, πιθανόν, από τη διάρκεια της συνουσίας, το μέγεθος της διέγερσης και την ποσότητα των (παθολογικών) εκκρίσεων.

Συχνότερα προσβάλλονται οι γυναίκες, οι διαβητικοί και άτομα ηλικίας 15-35 ετών.

Κλινική εικόνα

Γονοκοκκική λοίμωξη του άνδρα

Ο χρόνος επώασης είναι, συνήθως, από **2-5 ημέρες**. Σε ορισμένες περιπτώσεις τα συμπτώματα μπορεί να εμφανισθούν μέσα σε 12 ώρες από την επαφή ή ακόμα και μετά από 3 μήνες.

Η εκδήλωση της νόσου είναι ξαφνική, με αίσθημα καύσου ή πόνου κατά μήκος της ουρήθρας, που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της ούρησης ή της στύσης.

Σε λίγες ώρες δημιουργείται φλεγμονή και οίδημα του στομίου της ουρήθρας και η βάλανος γίνεται εξέρυθρη. Στη συνέχεια παρατηρείται αυτόματη **εκροή υγρού** από την ουρήθρα. Το έκκριμα είναι συνήθως άφθονο, αρχικά βλεννώδες ή βλεννοπυώδες και στη συνέχεια πυώδες.



Χαρακτηριστική έκκριση σε πάσχοντα από γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.

Αν αφηθεί χωρίς θεραπεία, η νόσος μεταπίπτει σε 2-6 εβδομάδες στη φάση της χρόνιας γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας. Οπότε, τα συμπτώματα γίνονται αμβληγρά ή λείπουν εντελώς, αλλά ταυτοχρόνως εμφανίζονται και οι εξής επιπλοκές :

1. Γονοκοκκική προστατίτιδα, η οποία εμφανίζεται ως οξεία συνδρομή με κύριο χαρακτηριστικό σύμπτωμα τον έντονο πόνο. Ο προστάτης ερεθίζεται και διογκώνεται, ενώ, προοδευτικά, εμφανίζονται φαινόμενα δυσουρίας. Κατά την δακτυλική εξέταση διαπιστώνεται σκληρότητα του αδένα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η μόλυνση του προστάτη μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία αποστήματος.

2. Γονοκοκκική επιδιδυμίτιδα, που αποτελεί την πιο σοβαρή επιπλοκή της γονόρροιας. Προσβάλλεται, συνήθως, η μία επιδιδυμίδα και σπανιότερα και οι δύο ταυτοχρόνως.

Η επιδιδυμίδα φλεγμαίνει και διογκώνεται, ενώ το όσχεο γίνεται ερυθρό και οίδηματώδες. Συγχρόνως, εμφανίζεται υψηλός πυρετός και έντονος πόνος στην περιοχή του οσχέου.

Στην περίπτωση που έχουν προσβληθεί από τον γονόκοκκο και οι δυο επιδιδυμίδες, ο ασθενής μένει στείριος.

3. Γονοκοκκική σπερματοδοχοκυστίτιδα, κατά την οποία παρατηρούνται τοπικά συμπτώματα, όπως πόνος και φλεγμονή. Το κύριο χαρακτηριστικό, όμως, είναι η εμφάνιση αίματος στο σπέρμα.

4. Λοιμώξεις των αδένων και των πόρων της περιοχής, όπως η λοίμωξη των παραουρηθραίων πόρων, των πόρων και των αδένων του Cowper, του Tyson, των Λιττρίων αδένων, της μέσης ραφής του πέους και των περιουρηθρικών πόρων.

Γονοκοκκική λοίμωξη της γυναίκας

Ο χρόνος επώασης στις γυναίκες είναι περίπου **2 εβδομάδες**. Ο γονόκοκκος προσβάλλει το επιθήλιο της ουρήθρας και του ενδοτραχήλου.

Περίπου 75% των μολυσμένων γυναικών δεν παρουσιάζουν συμπτώματα, ή τα συμπτώματα που εμφανίζουν δεν είναι ενοχλητικά, ώστε να τις οδηγήσουν στον γιατρό. Έτσι η νόσος γίνεται αντιληπτή μόνο όταν μεταδοθεί στον ερωτικό σύντροφο.

Αντικειμενικά παρατηρείται **πυώδης ουρηθρική έκκριση** και βλεννοπυώδης έκκριση από τον ενδοτράχηλο, ο οποίος είναι ερυθματώδης και οιδηματώδης .

Η ασθενής παραπονιέται για αυξημένη κοιλιακή έκκριση, αίσθημα κνησμού και καύσου, ιδιαίτερα κατά την ούρηση, πόνο, δυσουρία και αίσθημα βάρους στα γεννητικά όργανα.

Όπως και στον άνδρα, χωρίς θεραπεία η νόσος μεταπίπτει σε χρόνια μετά από 6-7 εβδομάδες και η συμπτωματολογία αμβλύνεται ή υποχωρεί, ενώ στη συνέχεια εμφανίζονται οι παρακάτω επιπλοκές :

1. Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα και κολπίτιδα, κατά την οποία τα εξωτερικά όργανα και τα τοιχώματα του κόλπου ερεθίζονται, γίνονται εξέρυθρα και πονούν, ενώ η συνουσία και η ούρηση είναι επώδυνες. Από τον κόλλο εκκρίνεται δύσοσμο, βλεννοπυώδες υγρό.

2. Γονοκοκκική βαρθολινίτιδα, κατά την οποία προσβάλλονται οι βαρθολίνεοι αδένες και χαρακτηρίζεται αρχικά από φλεγμονή των στομίων. Ο πόνος είναι έντονος και οι αδένες εμφανίζονται υπέρμετρα διογκωμένοι. Η λοίμωξη οδηγεί συχνά στην αποστηματοποίηση των αδένων, οπότε, μετά από πίεση, εκκρίνεται πυώδες υγρό.

3. Γονοκοκκική ενδομητρίτιδα, όπου ο γονόκοκκος προσβάλλει το ενδομήτριο. Η μήτρα φλεγμαίνει και διογκώνεται ελαφρά, ενώ η ασθενής αισθάνεται ένα διάχυτο πόνο στην κοιλιακή χώρα.

4. Γονοκοκκική σάλπιγγίτιδα και ωθηκίτιδα, κατά την οποία δημιουργείται επώδυνη, φλεγμονώδης διόγκωση της σάλπιγγας και της ωθήκης, με συνοδεία πυρετού. Σαν αποτέλεσμα είναι η απόφραξη της σάλπιγγας. Αν η λοίμωξη αφορά και τις δύο σάλπιγγες, τότε η ασθενής μένει στείρα.

5. Γονοκοκκική περιτονίτιδα. Ο γονόκοκκος μπορεί να περάσει από τις ωοθήκες στην περιτοναϊκή κοιλότητα και να προκαλέσει περιτονίτιδα, με έντονο διάχυτο πόνο στα κοιλιακά τοιχώματα και υψηλό πυρετό. Αν δεν γίνει έγκαιρη επέμβαση, η περιτονίτιδα μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο.

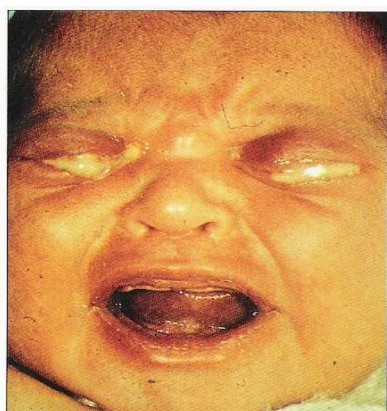
Εξωγεννητικές εντοπίσεις του γονόκοκκου

1. Γονοκοκκική πρωκτίτιδα, η οποία είναι συνηθέστερη σε ομοφυλόφιλους άνδρες και σε γυναίκες. Η μόλυνση γίνεται άμεσα λόγω πρωκτικής επαφής ή έμμεσα λόγω ροής παθολογικών υγρών από τον κόλπο προς των πρωκτό.

Τα συμπτώματα της ορθοπρωκτικής λοίμωξης είναι κνησμός, αίσθημα καύσου, τεινεσμός, βλεννοπυώδης ή πυώδης ρύση από τον πρωκτό και σπανιότερα αιμορραγία. Συχνά η νόσος είναι ασυμπτωματική.

2. Γονοκοκκική φαρυγγίτιδα. Η μόλυνση γίνεται με στοματογεννητική επαφή. Συνήθως, διαδράμει ασυμπτωματικά και συνιστά εστία συνεχούς μόλυνσης. Σπάνια υπάρχει φαρυγγίτιδα, αμυγδαλίτιδα ή τραχηλική λεμφαδενίτιδα.

3. Γονοκοκκική οφθαλμία και επιπεφυκίτιδα των νεογνών. Η μόλυνση του



Γονοκοκκική επιπεφυκίτιδα σε νεογνό.

βλεννογόνου των οφθαλμών γίνεται κατά τη διάρκεια του τοκετού από τις εκκρίσεις της μητέρας. Εκδηλώνεται 2-7 ημέρες αργότερα με τη μορφή πυώδους επιπεφυκίτιδας και μπορεί σε σύντομο χρονικό διάστημα να οδηγήσει σε τύφλωση. Προληπτικά, αμέσως μετά τη γέννηση, ενσταλάζονται στους οφθαλμούς 2-3 σταγόνες νιτρικού αργύρου 1%.

Στους ενήλικες, η νόσος είναι αποτέλεσμα άμεσης μεταφοράς του γονόκοκκου, συνήθως, με τα χέρια.

4. Γενικευμένη γονοκοκκική λοίμωξη. Η διασπορά της γονοκοκκικής λοίμωξης είναι σήμερα σπάνια. Η μόλυνση γίνεται όταν ο γονόκοκκος εισχωρήσει στην αιματική κυκλοφορία, από όπου μπορεί να προσβάλει διάφορα εσωτερικά όργανα, με συνέπεια να εμφανισθεί σηπτική αρθρίτιδα, οξεία μονοαρθρίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, περικαρδίτιδα, μηνιγγίτιδα κ.λπ.

Διάγνωση

Οι εργαστηριακές δοκιμασίες για τη διάγνωση της βλεννόρροιας περιλαμβάνουν την άμεση μικροσκοπική εξέταση, την καλλιέργεια, την αναζήτηση του νουκλεϊνικού οξέως, την αναζήτηση αντιγόνων, καθώς και την αναζήτηση αντισωμάτων (οροαντιδράσεις).

Εμβόλιο

Οι μέχρι σήμερα προσπάθειες για την παραγωγή εμβολίου έχουν αποδώσει ελάχιστα αποτελέσματα, λόγω της μεγάλης αντιγονικής ποικιλίας που παρατηρείται μεταξύ των διάφορων στελεχών του γονόκοκκου. Παρ' όλα αυτά οι έρευνες συνεχίζονται με την ελπίδα ενός καλύτερου αποτελέσματος στο μέλλον.

Θεραπεία

Λόγω της ανθεκτικότητας που έχουν αναπτύξει ορισμένα στελέχη του γονόκοκκου σε διάφορα αντιβιοτικά, η θεραπεία γίνεται κατά περίπτωση.

Η κυριότερη παράμετρος που πρέπει να έχει υπ' όψιν του ο γιατρός είναι η ύπαρξη ή μη ανθεκτικών στελεχών της *N. gonorrhoeae* στην περιοχή, όπου μολύνθηκε ο ασθενής.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Ε.Κ.Α.Γ. για το έτος 2007, παρατηρήθηκαν στελέχη γονόκοκκου με μειωμένη ευαισθησία στις νεώτερες κεφαλοσπορίνες και στελέχη με αυξημένη αντοχή στις νεώτερες κινολόνες σε ποσοστό 56,2% έναντι 43,7% το προηγούμενο έτος.

Για την αντιμετώπιση της βλεννόρροιας προτείνονται σήμερα από το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων τα ακόλουθα σχήματα:

- Cerfixime 400 mg από το στόμα εφ' άπαξ
- Ceftriaxone 125 mg IM εφ' άπαξ
- Spectinomycin 2 g IM εφ' άπαξ

Σε πρόσφατες έρευνες αναφέρεται, σε ποσοστό μεγαλύτερο του 20%, μικτή λοίμωξη από γονόκοκκο και χλαμύδια του τραχώματος. Για το λόγο αυτό συνιστάται η χορήγηση Doxycycline 100 mg από το στόμα 2 φορές την ημέρα για 7 ημέρες ή Azithromycin 1 g από το στόμα εφ' άπαξ, αμέσως μετά το θεραπευτικό σχήμα για τη βλεννόρροια.

Τέλος, σημαντικό για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι η ταυτόχρονη προληπτική θεραπεία του ή των ερωτικών συντρόφων του ασθενή.

2. ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΕΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΕΣ

(ΜΓΟ)

Μη γονοκοκκική ή μη ειδική ουρηθρίτιδα ονομάζεται η φλεγμονή της ουρήθρας, που οφείλεται σε διάφορους, πλην του γονόκοκκου, λοιμώδεις παράγοντες και σε μη λοιμώδεις παράγοντες.

1. Στους λοιμώδεις παράγοντες περιλαμβάνονται:

- Οι σχιζομύκητες
- Το χλαμύδιο trachomatis
- Τα μυκοπλάσματα
- Η τριχομονάδα vaginalis
- Ο αιμόφιλος vaginalis
- Η candida albicans (Μονίλια)
- Διάφοροι ιοί

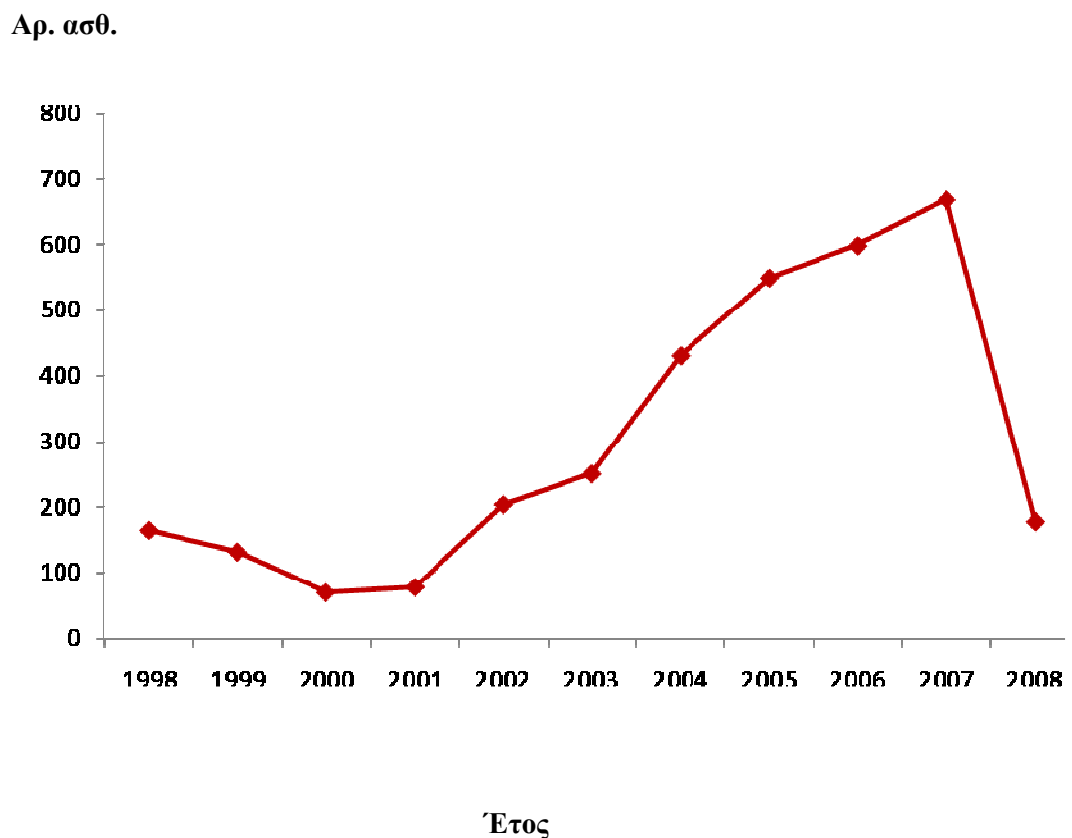
2. Στους μη λοιμώδεις παράγοντες περιλαμβάνονται:

- Η λήψη φαρμάκων, όπως είναι τα αντισυλληπτικά
- Η υπερευαισθησία αλλεργικής αιτιολογίας
- Η κρυσταλλουρία
- Ο τραυματισμός της ουρήθρας από διάφορες αιτίες (πλύσεις με αντισηπτικά, ιπασία, ποδηλασία κ.λπ.)

Η ΜΓΟ απασχολεί κυρίως τους άνδρες και εμφανίζεται με τη μορφή ουρηθρίτιδας. Στις γυναίκες εμφανίζεται σαν τραχηλίτιδα ή τραχηλοκολπίτιδα και σπανίως με συμπτώματα ουρηθρίτιδας.

Επιδημιολογία

Η ΜΓΟ αποτελεί τη συχνότερη σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο παγκοσμίως. Στη χώρας μας τα τελευταία χρόνια η επίπτωσή της έχει αυξηθεί σημαντικά. Όπως παρατηρείται στο παρακάτω γράφημα (σχήμα 1.) η αύξηση της νόσο είναι αλματώδης. Τα στοιχεία αφορούν την πορεία της νόσου στη Β. Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία μέχρι και το α' εξάμηνο του 2008 σύμφωνα με τα περιστατικά που κατεγράφησαν στο Νοσ/μείο "Αφροδίσιων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης".



Σχήμα 1. Απεικόνιση της επίπτωσης των ΜΓΟ σύμφωνα με τον αριθμό ασθενών που εισήχθησαν στο Νοσ/μείο "Α.Δ.Ν.Θ. " από το 1998 έως το α' εξάμηνο του 2008.

1. Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα από σχιζομύκητες ή σαπροφυτική ουρηθρίτιδα

Αιτιοπαθογένεια

Τα πιο συχνά από απόψεως εμφάνισης μικρόβια που προκαλούν ουρηθρίτιδα από σχιζομύκητες είναι:

- Ο παθογόνος και ο μη παθογόνος σταφυλόκοκκος
- Ο πρωτέας
- Το κολοβακτηρίδιο (Ess. coli)
- Το πυοκυανικό βακτηρίδιο
- Το ψευδοδιφθεριτικό βακτηρίδιο
- Ο σαπροφυτικός διπλόκοκκος
- Διάφορα αναερόβια μικρόβια

Κλινική εικόνα

Κλινική εικόνα στους άνδρες

Ο χρόνος επώασης της σαπροφυτικής ουρηθρίτιδας στους άνδρες είναι, συνήθως, 1-3 εβδομάδες.

Σε σπάνιες περιπτώσεις τα συμπτώματα είναι τα ίδια με της γονόρροιας, δηλαδή εκροή πυώδους υγρού από την ουρήθρα και πόνος κατά τη διάρκεια της

ούρησης. Συνήθως, όμως, τα συμπτώματα είναι ήπια και συνίστανται σε ελαφρά ή μέτρια έκκριση βλεννώδους ή βλεννοπυώδους υγρού από την ουρήθρα. Η ουρήθρα δεν εμφανίζει πόνο ή κάψιμο, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις ο ασθενής αισθάνεται ένα ελαφρό γαργαλητό.

Αν η λοίμωξη δεν θεραπευθεί έγκαιρα, μεταπίπτει στη χρόνια μορφή, οπότε, η εκροή υγρού μειώνεται σταδιακά και η παρουσία της νόσου υποδηλώνεται μόνο με την εμφάνιση μίας ορώδους ή οροπυώδους σταγόνας από την ουρήθρα, κάθε πρωί.

Επιπλοκές

1. Προστατίτιδα.
2. Επιδιδυμίτιδα.
3. Κυστίτιδα.
4. Σπερματοδοχοκυστίτιδα.

Κλινική εικόνα στις γυναίκες

Τα συμπτώματα στις γυναίκες είναι όμοια, σχεδόν, με αυτά της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας. Το έκκριμα, όμως, είναι λιγότερο πυκνό από της βλεννόρροιας και πιο λευκό.

Επιπλοκές

1. Τραχηλίτιδα.
2. Κυστίτιδα.
3. Σαλπινγίτιδα.

Διάγνωση-Θεραπεία

Πρέπει να γίνεται πάντοτε καλλιέργεια του εκκρίματος, ώστε να προσδιορισθεί ποιος από τους σχιζομύκητες ευθύνεται για την συγκεκριμένη περίπτωση.

Το αντιβιογράμμα προσδιορίζει, επίσης, το κατάλληλο αντιβιοτικό, το οποίο πρέπει να χορηγείται επί, τουλάχιστον, 10 ημέρες.

Αν υπάρχει υποψία παρουσίας χλαμυδίων, το φάρμακο εκλογής είναι η τετρακυκλίνη, η οποία χορηγείται σε δόση 1-2 g ημερησίως επί 3 εβδομάδες.

Τέλος, πρέπει να συνιστάται στους ασθενείς η αποφυγή οινοπνευματωδών και αεριούχων ποτών, καθώς και της σεξουαλικής επαφής.

2. Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα από χλαμύδια

Τα χλαμύδια είναι Gram αρνητικά βακτηρίδια με υποχρεωτική ενδοκυττάρια παρασιτική ανάπτυξη. Το είδος *chlamydia trachomatis* του γένους των χλαμυδίων, και ειδικότερα οι ορότυποι από D έως K, αποτελούν το συνηθέστερο αίτιο των ΜΓΟ.

Σε πρόσφατες μελέτες αναφέρεται ότι το χλαμύδιο του τραχώματος ευθύνεται σε ποσοστό 15% των περιπτώσεων, ενώ σύμφωνα με άλλους συγγραφείς το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 40%.

Η μετάδοση της νόσου γίνεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή. Συχνότερα προσβάλλονται άτομα νεαρής ηλικίας με έντονη σεξουαλική, ιδιαίτερα αμφιφυλική, δραστηριότητα.

Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης είναι **1-3 εβδομάδες**, διάστημα κατά το οποίο η νόσος είναι μεταδοτική. Στον άνδρα η ουρηθρίτιδα είναι συνήθως υποξεία με **έκκριμα ιξώδες και διαυγές**, ενώ σπάνια αναφέρονται αίσθημα καύσου και νυγμών, δυσουρία και έπειξη προς ούρηση.

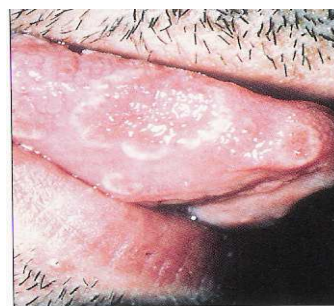
Στη γυναίκα η λοίμωξη εκδηλώνεται με μορφή τραχηλίτιδας.

Χωρίς αντιμετώπιση η γλαμυδιακής αιτιολογίας ουρηθρίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές. Η επιδιδυμίτιδα και η προστατίτιδα αποτελούν συνέπειες ανιούσας λοίμωξης. Σήμερα θεωρούνται σπάνιες επιπλοκές, ωστόσο το γλαμύδιο του τραχώματος μαζί με το γονόκοκκο θεωρούνται υπεύθυνα για το 50-75% των περιπτώσεων επιδιδυμίτιδας σε νεαρά άτομα. Σπανίως μπορεί να παρατηρηθεί περιουρηθρίτιδα και στένωση της ουρήθρας.

Στη γυναίκα σημαντικές επιπλοκές ανιούσας λοίμωξης είναι η ενδομητρίτιδα, η σαλπινγίτιδα και η φλεγμονώδης πυελική νόσος.

Στα νεογνά, κατόπιν άμεσης μετάδοσης της γλαμυδιακής λοίμωξης της μητέρας κατά τον τοκετό, μπορεί να εκδηλωθούν πνευμονία ή επιπεφυκίτιδα.

Τέλος, το σύνδρομο Reiter, αν και αυτοάνοση πάθηση, θεωρείται όψιμη επιπλοκή της γλαμυδιακής ουροποιογεννητικής λοίμωξης, αφού στο 80% περίπου των ατόμων με το σύνδρομο αυτό ανευρίσκονται γλαμύδια.



Έλκη της γλώσσας από το σύνδρομο Reiter.

Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται στην απομόνωση του χλαμυδίου σε κυτταρική καλλιέργεια (προτιμάται η κυτταροκαλλιέργεια McCoy).

Λόγω της μεγάλης σημασίας της χλαμυδιακής ΜΓΟ εφαρμόζονται, όλο και πιο συχνά, νεώτερες τεχνικές ανίχνευσης των χλαμυδίων, όπως η μέθοδος του ανοσοφθορισμού, η ELISA, αλλά και τεχνικές μοριακής βιολογίας, όπως PCR, LCR.

Θεραπεία

Θεραπεία εκλογής θεωρείται σήμερα η Azithromycin 1 g από το στόμα εφ' άπαξ. Κλασική και αποτελεσματική είναι η χορήγηση Doxycycline 100 mg 2 φορές την ημέρα για 7 ημέρες.

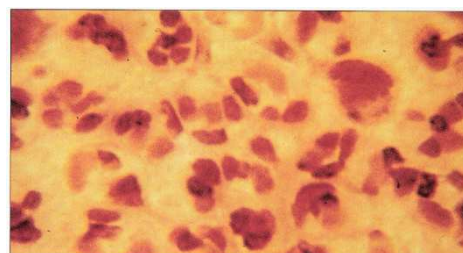
Σε ειδικές περιπτώσεις, όπως είναι η εγκυμοσύνη συνιστάται πάλι η θεραπεία με Azithromycin 1 g από το στόμα εφ' άπαξ και σαν εναλλακτική η Amoxicillin 500 mg από το στόμα 3 φορές την ημέρα για 7 ημέρες. Στα παιδιά συνιστάται Erythromycin base ή Ethylsuccinate 50 mg/kg από το στόμα διαιρούμενη σε 4 δόσεις την ημέρα για 14 ημέρες.

Απαραίτητος είναι ο έλεγχος και η θεραπεία των σεξουαλικών συντρόφων του πάσχοντος.

3. Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα από μυκοπλάσματα

Τα μυκοπλάσματα είναι οι μικρότεροι ανεξάρτητοι μικροοργανισμοί.

Συνηθέστερα, στις λοιμώξεις του ουροποιογεννητικού συστήματος απαντούν



Παρασκεύασμα με μυκόπλασμα
Ureaplasma urealyticum.

τα ακόλουθα μυκοπλάσματα:

α) Ureaplasma urealyticum. Ενοχοποιείται ως αιτιολογικός παράγοντας ΜΓΟ σε ποσοστό έως 20%.

β) Mycoplasma hominis. Ο ρόλος του στην παθογένεια των ΜΓΟ δεν θεωρείται σημαντικός, παρόλο που απομονώνεται αρκετά συχνά.

γ) Mycoplasma genitalium. Με τις τεχνικές της μοριακής βιολογίας διαπιστώθηκε ότι αποτελεί το μοναδικό αίτιο ΜΓΟ σε ποσοστό περίπου 13%, ενώ αποτελεί συνυπεύθυνο αιτιολογικό παράγοντα μαζί με χλαμύδια και ουρεάπλασμα σε ένα πρόσθετο 15% των πασχόντων.

Ο ρόλος, όμως, των μυκοπλασμάτων στην αιτιοπαθογένεια των ΜΓΟ πρέπει να διευκρινισθεί περαιτέρω, αφού πολύ συχνά ανευρίσκονται στον ουρογεννητικό βλεννογόνο και ως σαπρόφυτα.

Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης είναι **10-20 ημέρες**. Τα συμπτώματα είναι ήπια, ενώ στο 1/3 των ασθενών μπορεί να λείπουν τελείως. Το **έκκριμα είναι λίγο και υδαρές**, ενώ συνυπάρχει μετρίου βαθμού δυσουρία.

Στη γυναίκα τα συμπτώματα από την ουρήθρα είναι σπάνια.

Τα μυκοπλάσματα έχουν ενοχοποιηθεί για χρόνια εμμένουσα ΜΓΟ, επιδιδυμίτιδα, προστατίτιδα και σπερματοδοχοκυστίτιδα.

Διάγνωση

Η διάγνωση τίθεται με την καλλιέργεια. Σημαντικός είναι ο ποσοτικός προσδιορισμός των μικροοργανισμών και η προέλευση του υλικού που εξετάζεται. Η

ευρύτερη χρησιμοποίηση της μεθόδου PCR βοήθησε στην ανίχνευση και την κατανόηση των μυκοπλασμάτων.

Θεραπεία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι ίδια με εκείνη για τα χλαμύδια. Σε ποσοστό περίπου 10% σημειώθηκε ανθεκτικότητα στις τετρακυκλίνες. Σε αυτές τις περιπτώσεις χορηγείται Erythromycin 500 mg, 4 φορές την ημέρα για 7 ημέρες.

3. ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ

Η νόσος είναι γνωστή και ως βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα, νόσος του Durand – Nicolas – Favre, κλιματικός βουβώνας.

Οφείλεται στο ενδοκυτταρικό βακτήριο Χλαμύδια Trachomatis και ειδικότερα στους ορότυπους L₁, L₂ και L₃, οι οποίοι διαφέρουν από άλλα παθογόνα χλαμύδια.

Εμφανίζεται σε τροπικές ή υποτροπικές χώρες (Αφρική, Ινδία, Μαλαισία, Βιετνάμ, Καραϊβική, Ν. Αμερική), ενώ στην Ευρώπη, την Β. Αμερική και την Αυστραλία σπανίως εμφανίζονται κρούσματα της νόσου.

Το έτος 2005, όμως, σημειώθηκαν 5 νέα κρούσματα στις Η.Π.Α. και 62 στην Ολλανδία, όταν ο μέσος όρος εμφάνισης της νόσου στη τελευταία χώρα τα προηγούμενα χρόνια ήταν λιγότερο από 5 κρούσματα, προκαλώντας ανησυχία στην παγκόσμια ιατρική κοινότητα, και ιδιαίτερα στην Ευρώπη.

Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα προσβάλλει με μεγαλύτερη συχνότητα τους άνδρες και μάλιστα τους ομοφυλόφιλους, παρά τις γυναίκες.

Άτομα που έχουν προσβληθεί από την νόσο, κινδυνεύουν να προσβληθούν από τον ιό HIV (AIDS).

Κλινική εικόνα

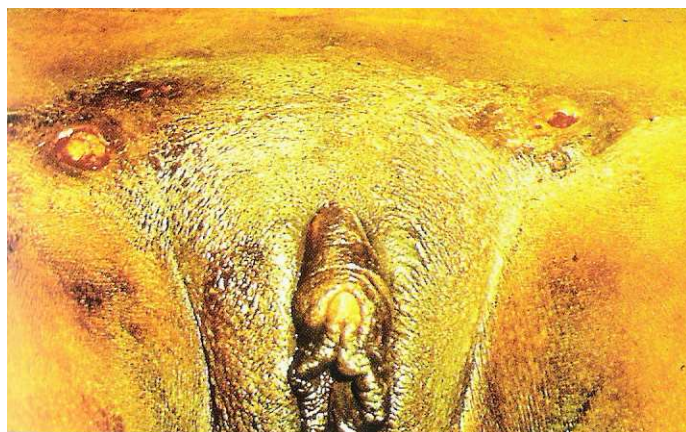
Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από **3 έως 40 ημέρες**.

Τα συμπτώματα παρουσιάζουν 3 στάδια :

1^ο στάδιο : Το πρώτο στάδιο ακολουθεί την περίοδο επώασης και εκδηλώνεται με μια μικρή βλατίδα ή φλύκταινα, η οποία σπάζει μέσα σε λίγες μέρες, δημιουργώντας μια ανώδυνη έλκωση, παρόμοια με αυτήν του απλού έρπητα των γεννητικών οργάνων.

Στους άνδρες οι βλάβες εντοπίζονται στη βαλανοποσθική αύλακα, στη βάλανο και την ακροποσθία και στις γυναίκες στο οπίσθιο τοίχωμα του αιδοίου, στον κόλπο ή τον τράχηλο της μήτρας. Οίδημα μπορεί να υπάρχει και στα δύο φύλα. Συνήθως, η βλάβη αυτή υποχωρεί μέσα σε μία εβδομάδα, ενώ συχνά δεν γίνεται αντιληπτή από τους πάσχοντες.

2^ο στάδιο : Περίπου ένα μήνα μετά, ακολουθεί το δεύτερο στάδιο, γνωστό και ως



Γυναίκα από την Καραϊβική που παρουσιάζει απέκκριση από τους βουβωνικούς αδένες.

βουβωνικό, με την εκδήλωση του κυρίαρχου συμπτώματος της νόσου, την **βουβωνική λεμφαδενίτιδα**.

Οι βουβωνικοί λεμφαδένες εμφανίζουν μονόπλευρη ή ετερόπλευρη διόγκωση, αρχικά ανώδυνη και αργότερα επώδυνη, η οποία συμφύεται ταχύτατα με τους

περιβάλλοντες ιστούς και το δέρμα και αυξάνεται σε μέγεθος.

Η μάζα, που δημιουργείται εξαιτίας της λεμφαδενίτιδας, αποστηματοποιείται, μαλακώνει, κλυδάζει και σε 1 – 2 εβδομάδες ανοίγει ένας πόρος, από τον οποίο εκρέει πύον στείρο μικροβίων.

Η φλεγμονή των αδένων συνοδεύεται από πυρετό, μυαλγίες, αρθραλγίες, ναυτίες και εμετούς, που μπορεί να διαρκέσουν εβδομάδες.

3^ο στάδιο : Οι εκδηλώσεις του τρίτου σταδίου περιλαμβάνουν γεννητικά ή πρωκτικά έλκη, συρίγγια βαλάνου, οσχέου και περινέου και κάποτε απόφραξη της ουρήθρας και στένωμα του ορθού.

Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται στον συνδυασμό κλινικών εκδηλώσεων και εργαστηριακών δεδομένων.

Η καλλιέργεια του Χλαμυδίου του τραχώματος είναι τεχνητά δύσκολη, ακριβή και όχι γρήγορη, ενώ το ποσοστό σε σχετικά ευρήματα δεν ξεπερνά το 30 % σε ειδικά εργαστήρια. Επίσης, ξεπερασμένη θεωρείται η μέθοδος δερμοαντίδρασης Frei, που χρησιμοποιούταν κατά το παρελθόν για την διάγνωση της νόσου.

Έτσι, πλέον, χρησιμοποιείται κυρίως η δοκιμασία καθίζησης του συμπληρώματος, βασιζόμενη στην ισχυρή ανοσολογική απόκριση του οργανισμού. Τίτλος μεγαλύτερος του 1 : 64, σε συνδυασμό με την κατάλληλη κλινική εικόνα, θεωρείται διαγνωστικός για το Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα.

Θεραπεία

Η διάνοιξη και παροχέτευση των προσβεβλημένων λεμφαδένων μπορεί να θεωρηθεί απαραίτητη, με σκοπό την πρόληψη δημιουργίας ελκών και συριγγίων.

Φάρμακο εκλογής είναι η δοξυκυκλίνη, σε δόση 100 mg 2 φορές ημερησίως για 21 ημέρες. Εναλλακτικό φάρμακο θεωρείται η ερυθρομυκίνη, σε δόση 500 mg 4 φορές ημερησίως, επίσης για 21 ημέρες.

Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι η αζιθρομυκίνη αποτελεί πλέον ένα από τα φάρμακα εκλογής για τη μόλυνση από χλαμύδια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αντικαθιστώντας την ερυθρομυκίνη.

4. ΣΥΦΙΛΗ

Η σύφιλη είναι χρόνια λοιμώδης μεταδοτικό νόσημα με μεγάλη ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων από όλα τα όργανα και τα συστήματα ανάλογα με το στάδιο εξέλιξης της νόσου.

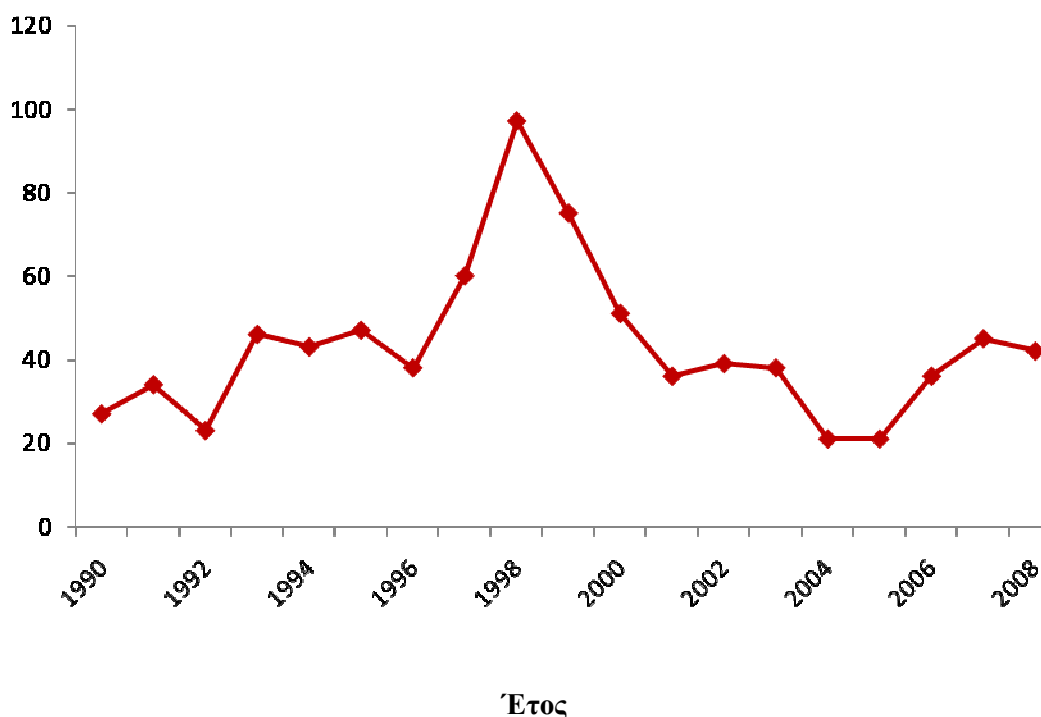
Επιδημιολογία

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 "Αφροδίσιων και Δερματικών 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 (**σχήμα 1.**).

Αρ. ασθ.



Σχήμα 1. Διαχρονική απεικόνιση της επίπτωσης της σύφιλης στη Β. Ελλάδα σύμφωνα με τα περιστατικά που κατεγράφησαν στο Νος/μείο "Α.Δ.Ν.Θ." από το 1990 έως το α' εξάμηνο του 2008.

Αίτιο

Αίτιο της σύφιλης είναι το ωχροό τρεπόννημα (*Treponema pallidum subspecies pallidum*). Είναι βακτήριο λεπτό, κινητό, σπειροειδές, μήκους 6-15 μm και πλάτους 0,2-0,3 μm , με 5-20 όμοιες και κανονικές σπείρες. Η ωχροά σπειροχαίτη δεν κατέστη δυνατό μέχρι σήμερα να καλλιεργηθεί *in vitro*. Είναι δυνατόν να υπάρχει σε όλες τις βλάβες, στην πράξη όμως ανευρίσκεται σε αφθονία στο συφιλιδικό έλκος και στους προσβεβλημένους λεμφαδένες (πρωτογόνος σύφιλη), στον ορό των συφιλιδικών πλακών (δευτερογόνος σύφιλη), καθώς και στον ορό των πομφολύγων και στο έκκριμα της συφιλιδικής ρινίτιδας (συγγενής σύφιλη).

Μετάδοση

- Οριζόντια μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο σχεδόν αποκλειστικά με σεξουαλική επαφή (πρόκληση επίκτητης σύφιλης).
- Κάθετη μετάδοση από την πάσχουσα μητέρα στο έμβρυο (πρόκληση συγγενούς σύφιλης)

Το φαινόμενο μετάδοσης με μετάγγιση έχει εκλείψει.

Η πιθανότητα μόλυνσης μετά από μία μόνο σεξουαλική επαφή ανέρχεται σε 30-35%.

Στάδια σύφιλης

Επαφή

↓ (10-90 ημέρες)

Πρωτογόνος σύφιλη

Πρώιμη ↓

Δευτερογόνος σύφιλη

↓

Πρώιμη λανθάνουσα

(< 1 έτος από την επαφή)

↓

Όψιμη λανθάνουσα

(> 1 έτος από την επαφή)

Όψιμη ↓

Τριτογόνος σύφιλη

Κλινική εικόνα

Πρωτογόνος σύφιλη

Ο χρόνος επώασης της κυμαίνεται από **10-90 ημέρες**, κατά μέσο όρο όμως ανέρχεται σε **21 ημέρες**.

Δύο είναι οι εκδηλώσεις της πρωτογόνου σύφιλης: **το συφιλιδικό έλκος** και η **σύστοιχη λεμφαδενίτιδα**.

Το συφιλιδικό έλκος εντοπίζεται στο σημείο ενοφθαλμισμού και έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: Είναι ανώδυνο, σκληρό (επικάθεται σε σκληρή βάση), στρογγυλό ή ωοειδές, διαμέτρου 1-2 cm, με σαφή, καλώς περιγεγραμμένα όρια, με ομαλά χείλη και πυθμένα καθαρό, λείο, στιλπνό, ερυθρό (ως από μυϊκής σαρκός) που ορορροεί εύκολα. Είναι μονήρες (σπάνια παρατηρούνται περισσότερα από ένα έλκη) και στην τυπική του μορφή είναι διάβρωση ή επιπολής έλκωση.

Εντοπίζεται κυρίως στα γεννητικά όργανα. Στον άνδρα εντοπίζεται συνήθως στη βάλανο, την πόσθη, τη βαλανοποσθική αύλακα και στη γυναίκα στα μεγάλα και τα μικρά χείλη του αιδοίου, την είσοδο του κόλπου αλλά κυρίως στον τράχηλο της μήτρας. Άλλες θέσεις εντόπισης είναι τα χείλη και η στοματική κοιλότητα, καθώς και η περιοχή του πρωκτού.

Το συφιλιδικό έλκος υποχωρεί μετά από 4-6 εβδομάδες, ακόμη και χωρίς θεραπεία.

Η σύστοιχη λεμφαδενίτιδα παρατηρείται 4-5 ημέρες μετά την εμφάνιση του συφιλιδικού έλκους και παραμένει επί μήνες μετά την επούλωσή του. Είναι μονόπλευρη και επί γεννητικής εντόπισης αφορά τους βουβωνικούς αδένες. Οι αδένες είναι διογκωμένοι, σκληροί, ανώδυνοι και ευκίνητοι.

Δευτερογόνος σύφιλη

Εμφανίζεται **2-6 μήνες** μετά τη μόλυνση και **2-10 εβδομάδες** μετά την εμφάνιση του συφιλιδικού έλκους. Το στάδιο αυτό μπορεί να συνοδεύεται από γενικά φαινόμενα όπως: κακουχία, ανορεξία, ελαφρός πυρετός, μυαλγίες, αρθραλγίες, καταβολή δυνάμεων. Οι εκδηλώσεις της δευτερογόνου σύφιλης χωρίζονται σε αυτές που εμφανίζονται στο δέρμα και τους βλεννογόνους και στις συστηματικές εκδηλώσεις από τα σπλάχνα.



Δευτερογόνος σύφιλη με κονδυλώματα.

Οι δερματοβλεννογόνιες αλλοιώσεις εμφανίζονται στο 80-95% των περιπτώσεων. Είναι πολύμορφες, εμφανίζονται με διαδοχικές εκθύσεις, είναι ανώδυνες, δεν έχουν κατά κανόνα κνησμό και υποχωρούν μέσα σε 2-10 εβδομάδες χωρίς σχηματισμό ουλής.

Οι εκδηλώσεις από το δέρμα και τους βλεννογόνους είναι οι εξής:

1. Κηλιδώδες εξάνθημα (συφιλιδική ροδάνθη).

Πρόκειται για ερυθρορόδινες κηλίδες που εντοπίζονται στα πλάγια του κορμού.

2. Βλατιδώδη εξανθήματα.

Χαρακτηρίζονται από μεγάλο βαθμού πολυμορφία. Είναι σκληρά, χρώματος ερυθρού ή χάλκινου και διατάσσονται διάσπαρτα ή σχηματίζουν τόξα και κύκλους. Διακρίνονται σε βλατιδολεπιδώδη, βλατιδοεφελκιδώδη, βλατιδοελκωτικά, λειηνοειδή, θυλακικά.

Από πλευράς μεγέθους διακρίνονται σε μικρο- και μεγαλοβλατιδώδη.

3. Συφιλιδικές πλάκες (πλατέα κονδυλώματα).

Εντοπίζονται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και της περιπρωκτικής χώρας, αλλά και στις γωνίες των χειλέων και σε πτυχές (μηρογεννητικές, υπομαζικές, μεσοδακτυλικές). Είναι ελαφρώς διαβρωμένες και πλούσιες σε σπειροχαίτες.

Υπόλευκες αβαθείς ωοειδείς πλάκες που περιβάλλονται από ερυθριματώδη άλω εντοπίζονται στα χείλη, στη γλώσσα, στις παρειές, στις αμυγδαλές, στο φάρυγγα και στο βλεννογόνο της μύτης.

4. Λευκομελανοδερμία.

Πρόκειται για μελαγχρωματικές ή υπόχρωμες κηλίδες που καταλείπουν κατά την αποδρομή τους τα κηλιδώδη και βλατιδώδη εξανθήματα. Από τις πλέον συνήθεις είναι αυτή που εντοπίζεται στον αυχένα και τα πλάγια του τραχήλου και λέγεται "περιδέραιο της Αφροδίτης".

5. Αλωπεκία.

Χαρακτηρίζεται από πολλαπλές μικρές αποψιλωτικές πλάκες ή από διάχυτη πτώση των τριχών. Χαρακτηριστική είναι η μερική αλωπεκία των οφρύων.

6. Ονυχία – Παρονυχία.

Οι συστηματικές εκδηλώσεις είναι κατά κανόνα παροδικές και ανατάξιμες. Αυτές περιλαμβάνουν:

- Πολυαδενίτιδα και ήπια σπληνομεγαλία
- Ηπατίτιδα
- Σπειραματονεφρίτιδα, σπάνια χρόνια νεφρωσικό σύνδρομο
- Περιοστίτιδα
- Αρθρίτιδα, ορογονίτιδα
- Ιριδοκυκλίτιδα, χοριοαμφιβληστροειδίτιδα
- Παρωτίτιδα
- Βαρηκοΐα
- Αλλοιώσεις του ΕΝΥ

Λανθάνουσα σύφιλη

Πρόκειται για στάδιο ασυμπτωματικής σύφιλης κατά το οποίο η μόνη απόδειξη της νόσου είναι οι θετικές οροαντιδράσεις. Το λανθάνον στάδιο μπορεί να διαδράμει επ' αόριστον ή να διακοπεί από υποτροπή δευτερογόνου σύφιλης ή να μεταπέσει σε τριτογόνο σύφιλη. Διαχωριστικό όριο ανάμεσα στην πρώιμη και την όψιμη λανθάνουσα σύφιλη είναι ένας χρόνος από τη μόλυνση.

Τριτογόνος σύφιλη (Όψιμη σύφιλη)

Μετά τη λανθάνουσα περίοδο το 35% περίπου των ασθενών θα μεταπέσει στην τριτογόνο σύφιλη. Στο στάδιο αυτό ταξινομούνται: **οι δερματοβλεννογόνιες αλλοιώσεις, η σύφιλη των οστών, η καρδιαγγειακή σύφιλη και η νευροσύφιλη** (πρωιούσα γενική παράλυση, νωτιάδα φθίση).

Οι βλάβες του δέρματος και των βλεννογόνων διακρίνονται στα **φυματοοζώδη και φυματοελκωτικά εξανθήματα και κομμώματα**.

Η τριτογόνος σύφιλη σήμερα είναι ιδιαίτερα σπάνια γιατί οι ασθενείς συνήθως λαμβάνουν θεραπεία σε πρώιμα στάδια της νόσου.

Συγγενής σύφιλη

Η μόλυνση του εμβρύου γίνεται μέσω του πλακούντα. Μόλυνση μέσω ωαρίου ή σπερματοζωαρίου δεν είναι εφικτή. Πρόσφατες μελέτες με PCR επιβεβαιώνουν τη μετάδοση πριν την 20ή εβδομάδα κύησης, πριν την έναρξη δηλαδή της πλακουντιακής κυκλοφορίας.

Εάν η μητέρα πάσχει από πρώιμη σύφιλη το παιδί θα γεννηθεί πρόωρα ή θα αποβληθεί, ή θα πεθάνει νωρίς περιγεννητικά (50%) ή θα εκδηλώσει συγγενή σύφιλη (50%). Έτσι, συγγενής σύφιλη θα εκδηλωθεί αν η μητέρα πάσχει από πρώιμη νόσο σε ποσοστό 70%, αν πάσχει από όψιμη νόσο σε ποσοστό 20%, ενώ ο κίνδυνος ελαχιστοποιείται αν η μητέρα υποβληθεί σε θεραπεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η συγγενής σύφιλη διακρίνεται σε **πρώιμη και όψιμη**.

Οι εκδηλώσεις της πρώιμης συγγενούς σύφιλης είναι μολυσματικές, εμφανίζονται στα πρώτα δύο χρόνια της ζωής και είναι ανάλογες με εκείνες της επίκτητης δευτερογόνου νόσου.

Συμμετοχή του δέρματος παρατηρείται στο 50% των ασθενών (σύμφωνα με άλλους συγγραφείς το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 80%). Οι συνηθέστερες εκδηλώσεις είναι **ερυθηματοβλατιδώδη εξανθήματα** και **βλεννώδεις πλάκες**. Σπανιότερη, αλλά πολύ χαρακτηριστική είναι η **συφιλιδική πέμφιγα** που είναι ιδιαίτερα μεταδοτική και εμφανίζει πομφόλυγες με εντόπιση κυρίως στα άκρα και ιδιαίτερα στις παλάμες και τα πέλματα.

Η όψιμη συγγενής σύφιλη παρατηρείται μετά το δεύτερο χρόνο της ζωής (συνήθως 5-15 χρόνια μετά τη γέννηση), οι εκδηλώσεις της δεν είναι μολυσματικές και είναι ανάλογες με εκείνες της τριτογόνου σύφιλης. Στο δέρμα οι εκδηλώσεις είναι **φυματώδεις** και **κομμωματώδεις**.

Στην όψιμη συγγενής σύφιλη συμπεριλαμβάνονται τα **συφιλιδικά στίγματα** που οφείλονται σε ενδομήτρια μόλυνση για μεγάλο, αλλά απροσδιόριστο, χρονικό διάστημα. Τα συνηθέστερα στίγματα αποτελούν την **τριάδα του Hutchinson**: **βαρελοειδείς κοπήρες οδόντες, μέση πυώδης ωτίτιδα** (κώφωση), **διάμεσος κερατίτιδα**.

Διάγνωση

Αναζήτηση Tr. pallidum

Η ωχρά σπειροχαίτη θα αναζητηθεί μικροσκοπικά σε υλικό που λαμβάνεται από υγρές βλάβες του δέρματος ή των βλεννογόνων ή από παρακέντηση διηθημένου λεμφαδένα. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η μικροσκόπηση σε σκοτεινό οπτικό πεδίο, που είναι η γρηγορότερη και απλούστερη, και η δοκιμασία του άμεσου ανοσοφθορισμού.

Αναζήτηση αντισωμάτων

Οι ορολογικές αντιδράσεις με τις οποίες ανιχνεύονται τα αντισώματα εναντίον της ωχράς σπειροχαίτης διακρίνονται, ανάλογα με το είδος των αντισωμάτων, σε μη

τρεπονημικές (μη ειδικές) και σε τρεπονημικές (ειδικές). Ελέγχεται ο ορός του αίματος και το ENY.

Μη τρεπονημικές αντιδράσεις

Στην καθημερινή πράξη εφαρμόζονται διεθνώς η VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) και η RPR (Rapid Plasma Reagin). Ανιχνεύουν μη ειδικά αντισώματα, τις αντιδρασίνες, και χρησιμοποιούν ως αντιγόνο το σύμπλεγμα καρδιολιπίνης-λεκιθίνης-χοληστερόλης. Τιτλοποιούνται εύκολα και με ακρίβεια. Ο τίτλος τους παρουσιάζει διακυμάνσεις ανάλογα με τη θεραπεία και το στάδιο της νόσου και έτσι βοηθούν στην παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου και της θεραπείας. Θετικοποιούνται 4-6 εβδομάδες μετά τη μόλυνση. Χωρίς θεραπεία ο τίτλος τους συνεχώς αυξάνεται και στο τέλος του δεύτερου σταδίου κυμαίνεται από 1/32 έως 1/512. Στο πρώιμο λανθάνον στάδιο παραμένουν θετικές, σε χαμηλούς όμως τίτλους, ενώ στο όψιμο λανθάνον και τρίτο στάδιο της νόσου είναι θετικές σε ποσοστό 70%. Η ευαισθησία των μη ειδικών αντιδράσεων στην όψιμη σύφιλη είναι μειωμένη συγκριτικά με τις ειδικές τρεπονημικές αντιδράσεις.

Αν ο ασθενής αντιμετωπισθεί κατά τη διάρκεια της πρωτογόνου σύφιλης, οι οροαντιδράσεις θα αρνητικοποιηθούν σε ένα χρόνο από τη μόλυνση. Αν η θεραπεία γίνει στο δεύτερο στάδιο θα αρνητικοποιηθούν σε 2 χρόνια, ενώ θα χρειασθούν 2-5 χρόνια αν η θεραπεία καθυστερήσει μέχρι το πρώιμο λανθάνον στάδιο.

Ο ασθενής δεν θα γίνει οροθετικός αν η θεραπεία αρχίσει στο προορολογικό στάδιο, τις πρώτες δηλαδή 4-6 εβδομάδες από τη μόλυνση.

Σε ποσοστό 1-2% οι μη τρεπονημικές αντιδράσεις είναι θετικές (ψευδώς θετικές) χωρίς να υπάρχει συφιλιδική λοίμωξη. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να παρατηρηθεί σε αυτοάνοσα νοσήματα, σε λοιμώξεις από βακτήρια και ιούς, στον αλκοολισμό, στην εγκυμοσύνη και σε ένα ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων.

Τρεπονημικές αντιδράσεις

Σήμερα εφαρμόζονται η FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption) και η TRHA (Treponema pallidum Haemagglutination Assay) που τείνει να αντικατασταθεί από την MHA-TP (Micro Haemagglutination Assay). Ανιχνεύουν ειδικά τρεπονημικά αντισώματα και παραμένουν θετικές ανεξάρτητα από τη

δραστηριότητα της νόσου. Η FTA-Abs θετικοποιείται 3-4 εβδομάδες μετά από τη μόλυνση και η TRHA στο τέλος του πρώτου σταδίου. Εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθησία, ιδιαίτερα στην όψιμη σύφιλη, από τις μη ειδικές αντιδράσεις.

Θεραπεία

Η πενικιλίνη χρησιμοποιείται για την αποτελεσματική θεραπεία της σύφιλης περισσότερο από 50 χρόνια. Η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου οφείλεται στη τρεπονηματοκτόνο και τρεπονηματοστατική του δράση και αυξάνεται όταν η θεραπεία γίνεται κατά το στάδιο του πολλαπλασιασμού του μικροβίου.

Η δοσολογία χορήγησης για ενήλικες είναι 2,4 εκατομμύρια μονάδες βενζαθενικής πενικιλίνης G IM σε μία δόση και για τα παιδιά 50.000 μονάδες/kg που μπορεί να φθάσει μέχρι τη δοσολογία των ενηλίκων 2,4 εκατομμύρια μονάδες βενζαθενικής πενικιλίνης G IM σε μία δόση.

Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι αλλεργικός στην πενικιλίνη εφαρμόζεται θεραπεία με άλλα αντιβιοτικά όπως η αζιθρομυκίνη, η δοξυκυκλίνη, οι κεφαλοσπορίνες, κ.ά.

Μετά τη θεραπεία είναι απαραίτητο να γίνεται έλεγχος του τίτλου αντισωμάτων των ειδικών οροαντιδράσεων, μετά από 3, 6, 12 και 24 μήνες.

Όταν ο ασθενής βρίσκεται στο τρίτο στάδιο της νόσου ή έχει νευροσύφιλη ο ορολογικός έλεγχος συνεχίζεται επί 3, τουλάχιστον, χρόνια μετά τη θεραπεία.

5. ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ

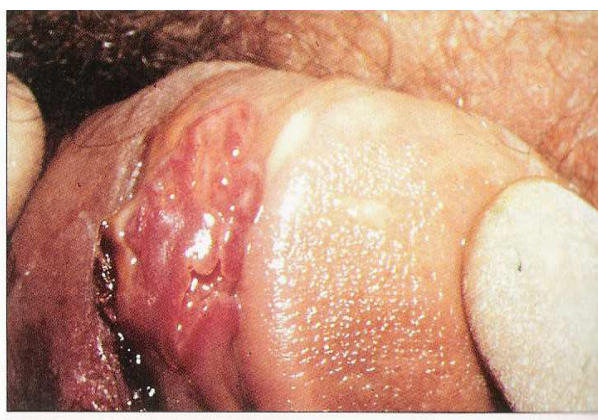
Πρόκειται για οξεία ελκωτική, μολυσματική νόσο, η οποία εντοπίζεται στην πρωκτογεννητική περιοχή και συχνά συνοδεύεται από βουβωνική αδενίτιδα. Οφείλεται στον στρεπτοβάκιλλο *Ducreyi* (*Haemophilus Ducreyi*).

Το μαλακό έλκος ενδημεί σε θερμές, υγρές χώρες και ιδιαίτερα στην Αφρική, την Ν. Αμερική και την Ασία. Στην Ελλάδα και τις άλλες αναπτυγμένες χώρες είναι σπάνιο και παρατηρείται μόνο σε ναυτικούς.

Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες, καθώς εκείνες φαίνεται να είναι λιγότερο ευπαθείς στις καταστρεπτικές ιδιότητες του βακίλου.

Κλινική εικόνα

Στους άνδρες ο χρόνος επώασης φθάνει το πολύ στις 7 ημέρες, ενώ στις γυναίκες μπορεί να είναι μεγαλύτερος.



Άνδρας 5 ημέρες μετά τη μόλυνση.

Αρχικά εμφανίζεται στο σημείο ενοφθαλμισμού μία μικρή φλεγμονώδης βλατίδα, η οποία εξελίσσεται ταχύτατα σε έλκωση, σαφώς ορισμένη και αρκετά επώδυνη. Συνήθως, υπάρχουν δύο ή περισσότερες βλάβες, λόγω της ιδιότητας του στρεπτοβάκιλλου να αυτοενοφθαλμίζεται.

Τα **έλκη**, που δημιουργούνται, περιβάλλονται από ερυθματώδη άλω και έχουν χείλη ανώμαλα και υποσκαμμένα. Ο κρατήρας τους είναι ρυπαρός, με κοκκιωματώδη υφή και αιμορραγεί εύκολα. Οι βλάβες εντοπίζονται κυρίως στα έξω γεννητικά όργανα και ορισμένες φορές στον τράχηλο της μήτρας, στον ορθό, στο φάρυγγα και σε άλλες εξωγεννητικές περιοχές.

Βουβωνική αδενίτιδα συνοδεύει περίπου το 40 % των περιπτώσεων. Εμφανίζεται 7 ημέρες μετά το έλκος και είναι επώδυνη, ενώ οι αδένες είναι μαλακοί στην ψηλάφηση.

Αν ο ασθενής μείνει χωρίς θεραπεία, οι αδένες παροδικά αποστηματοποιούνται και στη συνέχεια εξελκώνονται, σχηματίζοντας επιφανειακά συρίγγια.

Εξέλιξη – Πρόγνωση

Η νόσος έχει γενικά καλή πρόγνωση. Αν, όμως, δεν θεραπευθεί, εξελίσσεται σε έκταση και βάθος και μπορεί να προκαλέσει γάγγραινα ή μόνιμη παραμόρφωση των γεννητικών οργάνων.

Διάγνωση

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την κλινική εικόνα και την καλλιέργεια του Αιμόφιλου Duceyγι από το έλκος, πριν καθαριστεί με φυσιολογικό ορό.

Θεραπεία

Τα περισσότερα αντιβιοτικά ενδείκνυνται για την θεραπεία της νόσου, δίνοντας αρκετά καλά αποτελέσματα. Αναφορικά, ορισμένα από αυτά είναι η αζιθρομυκίνη, η ερυθρομυκίνη, η σιπροφλοξασίνη και η τριμφενικόλη.

6. ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ Ή ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ

Πρόκειται για χρόνια, αργά εξελισσόμενη, κοκκιωματώδης, ελκωτική νόσο της βουβωνικής και πρωκτογεννητικής περιοχής με μικρή τάση προς ίαση και πιθανή προδιάθεση προς ανάπτυξη κακοήθειας.

Η νόσος οφείλεται στο μικροοργανισμό *Calymmatobacterium granulomatis*, ο οποίος κατατάσσεται στην ομάδα των Βρουκελλών και πρόκειται για gram (-) βακτήριο.

Εντοπίζεται σε τροπικές και υποτροπικές χώρες, όπως η Δυτική Νέα Γουινέα, Νότιο-Ανατολική Ινδία, Ν. Αμερική, Ν. Αφρική κ.ά. Το νόσημα είναι εξαιρετικά σπάνιο στην Ευρώπη και τη Β. Αμερική.

Εμφανίζεται κυρίως σε άτομα ηλικίας 20-40 ετών και ιδιαίτερα στους άνδρες. Αφορά κατ' εξοχήν άτομα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης.

Η νόσος είναι μετρίως μεταδιδόμενη.

Κλινική εικόνα

Μετά από χρόνο επώασης **8 ημερών έως 3 μήνες** (μέσος χρόνος **2 εβδομάδες**), στη θέση του ενοφθαλμισμού αναπτύσσονται μονήρη ή πολλαπλά



Ανώδυνο έλκος του αιδοίου.

υποδερμικά οζίδια ή βλατίδες, τα οποία είναι ακίνδυνα.

Οι βλάβες μεγεθύνονται και δημιουργούν ελκώσεις με καθαρό πυθμένα, αποστρογγυλεμένο όχθο, ανυψωμένα όρια, χρώμα κόκκινο και κοκκιωματώδη ιστό, ο οποίος

αιμορραγεί εύκολα ή βγάζει δύσσομο, λευκοκίτρινο υγρό και δεν παρουσιάζει τάση επούλωσης. Εντοπίζονται κυρίως στα γεννητικά όργανα, το περίνεο, το εφηβαίο, τον πρωκτό, τον κόλπο και τον τράχηλο της μήτρας.

Με την πάροδο του χρόνου, οι βλάβες προχωρούν σε βάθος και σε έκταση, σχηματίζοντας συρίγγια, ή καταστρέφοντας το πέος, τον κόλπο, τον ορθό, κ.λπ.

Μετά την ίαση της νόσου, παρατηρείται σημαντική ίνωση, η οποία προκαλεί στένωση ουρήθρας, αιδοίου, αλλά και πρωκτού.



Κοκκιοματώδης μάζα χαρακτηριστική της νόσου.

Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εικόνα και την ανεύρεση των σωματίων του Donovan σε επιχρίσματα από την περιφέρεια των ελκώσεων, μετά από χρώση Wright ή Giemsa.

Θεραπεία

Υπάρχουν δύο θεραπείες πρώτης γραμμής :

- 1) Τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη, 2 δισκία ημερησίως και Δοξυκυκλίνη 100 mg, επίσης 2 φορές ημερησίως για 3 εβδομάδες.
- 2) Σιπροφλοξασίνη 750 mg 2 φορές την ημέρα.
- 3) Ερυθρομυκίνη 500 mg 4 φορές την ημέρα για 3 εβδομάδες και
- 4) Αζιθρομυκίνη 1 g 1 φορά την εβδομάδα για 3 εβδομάδες.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνιστάται η θεραπεία με ερυθρομυκίνη ή αζιθρομυκίνη.

Η τετρακυκλίνη δεν συνιστάται πλέον, μια και πολλά στελέχη του *Donovan* έχουν αναπτύξει αντίσταση.

Ακόμα και με αποτελεσματική αγωγή η νόσος μπορεί να υποτροπιάσει μέσα σε 6 με 18 μήνες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο :

Ιογενείς λοιμώξεις

1. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS)

Το AIDS είναι επιδημική νόσος που οφείλεται στο ρετροϊό HIV (Human Immunodeficiency Virus), ή HTLV-III (Human Tcell Lymphotropic Virus-III), ο οποίος προκαλεί βλάβες στον αμυντικό μηχανισμό του ανθρώπινου οργανισμού.

Ιστορική ανασκόπηση

Το έτος 1981 μία νέα θανατηφόρα ασθένεια αναγνωρίζεται και περιγράφεται σε προηγουμένως υγιείς ομοφυλόφιλους στις ΗΠΑ. Η αυξημένη επίπτωση δύο σπανίων μέχρι τότε νόσων, της πνευμονίας από *pneumocystis carinii* (PCP) και του σαρκώματος του Καρσι (K.S.) σε νεαρούς ομοφυλόφιλους, οδήγησε σε αναδρομικές μελέτες που απέδειξαν την εμφάνιση της νόσου σε νεαρά ομοφυλόφιλα άτομα της Νέας Υόρκης από το 1978. Η ασθένεια αρχικά ονομάστηκε "gay syndrome".

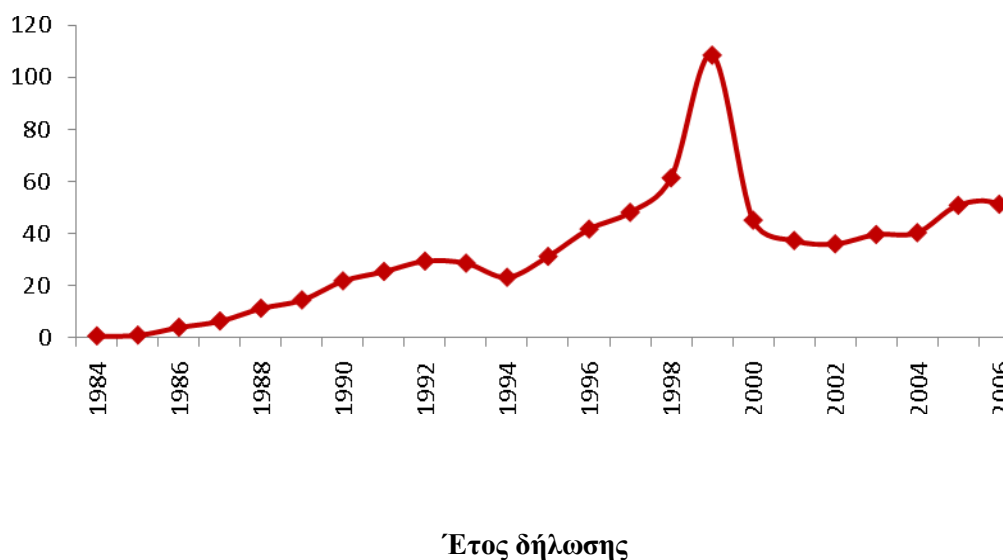
Με την πάροδο του χρόνου άρχισαν να αναφέρονται όλο και νεότερα κρούσματα σε τοξικομανείς, αιμορροφιλικούς και άτομα που κατάγονταν από την Καραϊβική και την Αφρική. Έτσι καθιερώθηκε η διεθνής ονομασία AIDS από τα αρχικά των αντίστοιχων λέξεων Acquired Immune Deficiency Syndrome.

Επιδημιολογία

Παρά τις τεράστιες προσπάθειες που γίνονται σε παγκόσμιο επίπεδο, η επιδημία του AIDS συνεχίζεται να εξαπλώνεται. Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του UNAIDS, ο αριθμός των ατόμων που ζουν με AIDS παγκοσμίως υπολογίζεται

ότι έχει φθάσει τα 40 εκατομμύρια άτομα, ενώ περίπου 50.000 νέες HIV μολύνσεις έχουν καταγραφεί εντός του 2006, με τις μισές να αφορούν άτομα ηλικίας 15-24 ετών.

Διαχρονικά η τάση της επιδημίας και στη χώρα μας παρουσιάζεται αυξητική (σχήμα 1.). Η ετήσια αυτή καταγραφή περιλαμβάνει στοιχεία που δηλώθηκαν στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ) έως την 31^η Οκτωβρίου 2007. Σύμφωνα με το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, τα δεδομένα που προέκυψαν από την έρευνα, θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, καθώς δεν αντανακλούν πλήρως την επίπτωση της HIV λοίμωξης και επηρεάζονται από το χρόνο της εξέτασης και από τις καθυστερήσεις στη δήλωση.



Σχήμα 1. Αριθμός δηλωθέντων HIV οροθετικών ατόμων ανά εκατομμύριο πληθυσμού από το 1984 έως το 2007

Ο ιός HIV

Είναι ρετροϊός μεγάλου μοριακού βάρους που έχει την ικανότητα να πολλαπλασιάζεται με τη μεταφορά γενετικών πληροφοριών από το RNA στο DNA με

τη μεσολάβηση της ανάστροφης τρανσκριπτάσης. Έτσι μπορεί να ενσωματώνεται στο γενετικό υλικό του κυττάρου στόχου και να το καταστρέφει.

Ο HIV είναι μολυσματικός εάν παραμείνει σε ξερή επιφάνεια για 3 ημέρες σε θερμοκρασία δωματίου (23-27 °C). Σε υγρό περιβάλλον μπορεί να επιζήσει σε θερμοκρασία δωματίου πάνω από 15 ημέρες, ενώ σε θερμοκρασία 36-37 °C για 11 ημέρες. Αδρανοποιείται σε υγρή θέρμανση στους 56 °C επί 30 λεπτά της ώρας.

Τα χημικά απολυμαντικά, όπως η αιθυλική αλκοόλη 70%, το υποχλωριώδες νάτριο 0,5% (το 1/10 της κοινής χλωρίνης), η β-προπιονολακτόνη 0,25% κ.ά. αδρανοποιούν τον ιό σε 1 λεπτό της ώρας, ενώ τα κοινά απολυμαντικά, όπως η αιθυλική αλκοόλη, η γλουταραλδεϋδη 1% κ.ά. είναι κατάλληλα για την απολύμανση των ιατρικών οργάνων. Ο ιός είναι ανθεκτικός στην ακτινοβολία γ και στην υπεριώδη ακτινοβολία.

Ανίχνευση του HIV

Ο HIV ανιχνεύεται κυρίως στα λεμφοκύτταρα του περιφερικού αίματος, αλλά και στο μυελό των οστών, το σάλιο, τα δάκρυα, το σπέρμα, τον ιδρώτα, το σπερματικό και κολπικό υγρό των φορέων ή των ασθενών με AIDS.

Οι μέθοδοι που εφαρμόζονται για την ανίχνευση του ιού διαίρονται σε δύο κατηγορίες και είναι οι εξής:

α. Μέθοδοι ανίχνευσης του ιού και των ιϊκών αντιγόνων.

1. Καλλιέργεια σε πρωτογενή λεμφοκύτταρα ή σε ειδικές Τα λεμφοκυτταρικές σειρές.
2. Ανίχνευση πυρηνικών οξέων (DNA ή RNA) με υβριδισμό.
3. Ενοφθαλμισμός σε πειραματόζωα (χιμπατζήδες).

β. Ορολογικές μέθοδοι ανίχνευσης αντισωμάτων.

1. Ανοσοενζυμική μέθοδος (ELISA).
2. Επιβεβαιωτική δοκιμασία (ELISA).
3. Μέθοδος RIPA (Radio-Immune Precipitation Assay).
4. Μέθοδος Western Blot.
5. Ανίχνευση εξουδετερωτικών αντισωμάτων.
6. Έμμεσος ανοσοφθορισμός.

Παθοφυσιολογία

Ο ιός HTLV-III έχει την ικανότητα να προσεγγίζει και να καταστρέφει τα T4 λεμφοκύτταρα, τα οποία παράγονται στον θύμο αδένα και έχουν κεντρικό ρόλο στη ρύθμιση του ανοσολογικού συστήματος, το οποίο λειτουργεί ως εξής:

Όταν κάποιο αντιγόνο εισχωρήσει στον ανθρώπινο οργανισμό, το ανοσολογικό σύστημα αντιδρά με δύο διαφορετικούς τύπους ανοσολογικής απάντησης. Ο πρώτος χαρακτηρίζεται από τη σύνθεση και απελευθέρωση στο αίμα πρωτεϊνικών μορίων, των ανοσοσφαιρινών (**χημική ανοσία**, που συντελείται από τα B-λεμφοκύτταρα). Ο δεύτερος χαρακτηρίζεται από την παραγωγή ευαισθητοποιημένων λεμφοκυττάρων (**κυτταρική ανοσία**), που συντελείται από τα T-λεμφοκύτταρα.

Για να πραγματοποιηθεί η ανοσολογική απόκριση συνεργάζονται τα ανοσοαρμόδια λεμφοκύτταρα και τα φαγοκύτταρα, τα οποία έχουν σκοπό να επεξεργάζονται και να τροποποιούν το αντιγόνο για να το παρουσιάσουν στα ανοσοαρμόδια λεμφοκύτταρα.

Τα ανοσοαρμόδια λεμφοκύτταρα αναγνωρίζουν τα αντιγόνα και κάτω από την επίδραση τους πολλαπλασιάζονται έντονα. Ανάλογα με το είδος του αντιγόνου παράγουν αντισώματα ή και προκαλούν αντιδράσεις κυτταρικής ανοσίας.

Τα Τ-λεμφοκύτταρα είναι υπεύθυνα, όπως ήδη αναφέρθηκε, για τις αντιδράσεις κυτταρικής ανοσίας που περιλαμβάνει μηχανισμούς απόρριψης μεταμοσχευθέντων οργάνων, καταστροφή κακοήθων κυττάρων, κυτταροτοξικές αντιδράσεις, αντιδράσεις επιβραδυνόμενης υπερευαισθησίας και αμυντικές λειτουργίες προς λοιμογόνους παράγοντες (ιούς, μύκητες, βακτηρίδια, παράσιτα).

Έτσι, η εισχώρηση του HTLV-III στα Τ4 λεμφοκύτταρα έχει σαν συνέπεια να διασπάται και να αποσυντονίζεται η ανοσολογική απάντηση του οργανισμού.

Η μείωση ή εξαφάνιση των Τ-λεμφοκυττάρων αντανακλά σε όλη την άνοση απάντηση. Η κυτταροτοξική λειτουργία παρεμποδίζεται και τα Β-λεμφοκύτταρα εκκρίνουν μεγάλες ποσότητες ανοσοσφαιρινών, οι οποίες όμως δεν είναι ειδικές και ως εκ τούτου δεν έχουν τη δυνατότητα να πάρουν το κατάλληλο "σήμα" για να σταματήσουν. Έτσι, αφ' ενός αποσυντονίζεται τελείως το σύστημα ανοσολογικής άμυνας του οργανισμού και αφ' ετέρου καταστρέφεται η λεγόμενη "ανοσολογική επαγρύπνηση". Τότε όμως μένουν χωρίς έλεγχο όλες οι δυνάμεις εκείνες που δίνουν γένεση στη ανάπτυξη νεοπλασίας στον ανθρώπινο οργανισμό, όσο και οι μικροοργανισμοί που ενδημούν στον ανθρώπινο οργανισμό, υπό την έννοια ευκαιριακών μικροοργανισμών (βακτηρίδια, μύκητες, πρωτόζωα κ.λπ.).

Μετάδοση

Η νόσος μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή ή με το αίμα. Στην πρώτη περίπτωση δεν είναι βέβαιο αν ο ιός μεταδίδεται με το σπερματικό υγρό ή αν ένα ασήμαντο τραύμα και η επακολουθούσα αιματο-αιματική ανάμιξη είναι υπεύθυνη για την μετάδοση. Υπέρ της αιματο-αιματικής μετάδοσης συνηγορεί το γεγονός ότι η επαφή μεταξύ των ομοφυλοφίλων, που είναι τραυματική, μεταδίδει τη νόσο ευκολότερα από την επαφή μεταξύ ετεροφυλόφιλων.

Επίσης, μεγάλη συμβολή στην μετάδοση της νόσου έχουν οι κοινές βελόνες που χρησιμοποιούνται από τους ναρκομανείς, καθώς και οι συχνές μεταγγίσεις αίματος.

Έτσι σύμφωνα με τα παραπάνω, τρεις κυρίως κοινωνικές ομάδες έχουν χαρακτηριστεί σαν ομάδες υψηλού κινδύνου.

1. **Οι ομοφυλόφιλοι**, λόγω της τραυματικής επαφής και των πολλών (και συνήθως υπόπτων) σεξουαλικών συντρόφων.
2. **Οι ναρκομανείς**, όταν χρησιμοποιούν κοινές βελόνες και σύριγγες.
3. **Οι πολυμεταγγιζόμενοι**, δηλαδή αυτοί που είναι υποχρεωμένοι να υποβάλλονται σε συχνές αιματικές μεταγγίσεις, λόγω κάποιας ασθένειας.

Η τελευταία ομάδα τείνει, πλέον, να εκλείπει λόγω των αυστηρών ελέγχων που γίνονται στο υπό μετάγγιση αίμα.

Κλινική εικόνα του AIDS

Ο χρόνος επώασης του AIDS είναι **3-5 χρόνια**. Στο διάστημα αυτό ο ασθενής είναι μολυσματικός και μεταδίδει τη νόσο, παρά το γεγονός ότι δεν έχουν ακόμη εμφανισθεί κλινικές εκδηλώσεις, είναι δηλαδή φορέας.

Ανάλογα με την κλινική εικόνα το AIDS διακρίνεται στις εξής τέσσερις ενότητες:

1. **Το βρεφικό AIDS.**
2. **Το σύνδρομο λεμφαδενοπάθειας.**

Συνιστάται από μία γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, πιθανώς ανατάξιμη, χωρίς άλλα συμπτώματα.

Τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την ομάδα είναι φορείς του ιού και έχουν θετικές δοκιμασίες για HIV.

3. **Το πρόδρομο AIDS ή ARC.**

Τα άτομα που ανήκουν σε αυτό εμφανίζουν την λεμφαδενοπάθεια, προοδευτική απώλεια βάρους και γαστρεντερικές διαταραχές. Οι δοκιμασίες για HIV είναι θετικές.

Το στάδιο αυτό διαρκεί περίπου ένα χρόνο.

4. Το πλήρες σύνδρομο (ολοκληρωμένο AIDS).

Οι ασθενείς που πάσχουν από πλήρες σύνδρομο δεν έχουν ειδική συμπτωματολογία αλλά τα συμπτώματά τους προέρχονται από τα διάφορα συστήματα.

Έτσι, είναι δυνατόν να εμφανισθούν δερματικά εξανθήματα, πνευμονία, γαστρεντερικές λοιμώξεις, λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, σάρκωμα Kaposi, καθώς και διάσπαρτες λοιμώξεις από βακτηρίδια, μύκητες, ιστοπλάσματα, πρωτόζωα, σαλμονέλες, κ.λπ.

Εκδηλώσεις του AIDS από το δέρμα

Οι πιο συχνές εκδηλώσεις από το δέρμα που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του ολοκληρωμένου AIDS είναι:

1. Έρπης που υποτροπιάζει συχνά.
2. Οξυτενή κονδυλώματα.
3. Μολυσματική τέρμινθος.
4. Μονιλίαση.
5. Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα.
6. Άτυπα εξανθήματα.
7. Προβλήματα θρέψεως.
8. Λέμφωμα Hodgkin.
9. Σάρκωμα του Kaposi ή AIDS Kaposi.

Εκδηλώσεις του AIDS από το στόμα

Ο στοματικός βλεννογόνος είναι πολύ καλό πεδίο για την εμφάνιση εκδηλώσεων που απαντούν στο ολοκληρωμένο AIDS.

Οι εκδηλώσεις αυτές αποτελούν ενδεικτικά κλινικά σημεία για ενδεχόμενη νόσηση ενός ατόμου από το AIDS και έτσι μπορεί να γίνει εύκολη και έγκαιρη διάγνωση του AIDS, όχι μόνο από ειδικούς γιατρούς αλλά και από οδοντιάτρους, αισθητικούς κ.ά.

Ταυτόχρονα, όμως, η στοματική κοιλότητα αποτελεί δυσμενές περιβάλλον για την ανάπτυξη του ιού.

Οι στοματικές βλάβες μετά από λοίμωξη από τον ιό του AIDS διακρίνονται σε:

1. Μυκητιάσεις.
2. Βακτηριακές λοιμώξεις.
3. Ιογενείς λοιμώξεις.
4. Νεοπλάσματα.
5. Διάφορες αταξινόμητες βλάβες.
6. Η τριχωτή λευκοπλακία. Η εμφάνισή της είναι παθογνωμική για το AIDS.

Κλινικός ορισμός του AIDS

Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η ακριβής διάγνωση των ευκαιριακών νοσησεων, τότε για να χαρακτηριστεί ο ασθενής ως πάσχον από AIDS πρέπει να πληρούνται τα ακόλουθα διαγνωστικά κριτήρια:

Για ενήλικες.

Παρουσία τουλάχιστον δύο από τις παρακάτω κύριες και μίας δευτερεύουσας εκδήλωσης, όταν δεν συνυπάρχει γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής (π.χ. καρκίνος, υποθρεψία κ.λπ.).

α. Κύριες εκδηλώσεις:

1. Απώλεια σωματικού βάρους πάνω από 20%.
2. Χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από ένα μήνα.
3. Πυρετός που επιμένει πάνω από ένα μήνα.

β. Δευτερεύουσες εκδηλώσεις:

1. Βήχας που επιμένει πάνω από ένα μήνα.
2. Γενικευμένη κνιδωτική δερματίτιδα.
3. Έρπης ζωστήρας που υποτροπιάζει.
4. Στοματοφαρυγγική καντιντίαση.
5. Χρόνιος έρπης που προοδευτικά επεκτείνεται.
6. Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.

Για παιδιά.

Για να χαρακτηριστεί μία περίπτωση ως AIDS στα παιδιά, απαιτείται η παρουσία δύο κύριων και δύο δευτερευουσών από τις παρακάτω εκδηλώσεις, εφ' όσον δεν υπάρχει γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής.

α. Κύριες εκδηλώσεις:

1. Απώλεια ή παθολογικά βραδεία αύξηση του σωματικού βάρους.
2. Χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από ένα μήνα.

3. Πυρετός που επιμένει πάνω από ένα μήνα.

β. Δευτερεύουσες εκδηλώσεις:

1. Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.
2. Στοματοφαρυγγική καντιντίαση.
3. Υποτροπιάζουσες κοινές λοιμώξεις (ωτίτιδα, φαρυγγίτιδα κ.λπ.)
4. Βήχας που επιμένει
5. Γενικευμένη δερματίτιδα.
6. Μητέρα θετική για αντισώματα προς HIV.

Εξέλιξη – Πρόγνωση του AIDS

Η πρόγνωση είναι πολύ κακή, δεδομένου ότι η ανοσοκαταστολή του ασθενούς είναι μόνιμη με συνέπεια να προσβάλλεται τελικά από μη θεραπεύσιμες, βαρείες λοιμώξεις. Ιδιαίτερα κακή είναι η πρόγνωση όταν οι ασθενείς εμφανίσουν σάρκωμα του Kaposi, οπότε το 80% από αυτούς καταλήγουν στο θάνατο μέσα σε δύο χρόνια από την κλινική εκδήλωση της νόσου.

Εμβόλιο κατά του HIV

Σε δοκιμαστικό στάδιο βρίσκεται τα τελευταία χρόνια ένα εμβόλιο που έχει σχεδιαστεί να δίνει στους ασθενείς με AIDS ένα παρατεταμένο διάλειμμα από την τακτική τους αγωγή, το οποίο ενδεχομένως θα απαλύνει σημαντικά τις παρενέργειες που σχετίζονται με τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της λοίμωξης.

Το εμβόλιο ενεργεί προκαλώντας αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος, σε αντίθεση με τα συνήθη φάρμακα του ιού που εμποδίζουν την αναπαραγωγή του.

Έχουν ήδη πραγματοποιηθεί δοκιμές του εμβολίου, κατά τις οποίες η πλειοψηφία των ασθενών μπορούσε να απόσχει από τη λήψη της αντιρετροϊκής

αγωγής για 31 μήνες κατά μέσο όρο. Κατά τη διάρκεια της χρονικής αυτής περιόδου, το επίπεδο των T4 λεμφοκυττάρων παρέμενε υψηλό, πάνω από το επίπεδο που βρισκόταν πριν αρχίσει η λήψη αντιρετροϊκής αγωγής.

Σε επανεξέταση, 44 μήνες μετά τη διακοπή της αγωγής, το 34% των ασθενών ακόμα δεν είχε επιστρέψει στην αγωγή. Ορισμένοι ασθενείς ήταν ακόμα εκτός αντιρετροϊκής αγωγής πέντε χρόνια μετά την ολοκλήρωση της αγωγής.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να ανακοινωθούν μέχρι το τέλος του έτους 2009.

Θεραπεία του AIDS

Συμπτωματική θεραπεία

Η συμπτωματική θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS είναι πολύπλοκη γιατί οι ασθενείς εμφανίζουν πολυσύνθετα προβλήματα. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων, όπως Δερματολόγων, Παθολόγων, Χειρουργών, Ανοσοβιολόγων, Ψυχιάτρων κ.ά.).

Η αντιμετώπιση των ασθενών είναι ανάλογη με την κλινική ομάδα στην οποία ανήκει ο καθένας. Έτσι διακρίνουμε τη θεραπεία της ομάδας:

α. Των ασυμπτωματικών φορέων.

Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει άτομα τα οποία είναι υγιή και εμφανίζουν μόνο οροθετικότητα.

Στους ασθενείς της ομάδας αυτής δεν εφαρμόζεται καμία θεραπευτική αγωγή, παρακολουθούνται όμως κάθε 6 μήνες για τον φόβο εμφάνισης κλινικών εκδηλώσεων της νόσου.

β. Των ασθενών με γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.

Για να εφαρμοσθεί θεραπεία σε αυτή την ομάδα πρέπει να υπάρχει παρουσία λεμφαδένων από 3μήνου τουλάχιστον, σε δύο εστίες εκτός από την βουβωνική χώρα και ιστολογικά να προκύπτει άτυπη αντιδραστική υπερπλασία, ώστε να εντοπισθούν και άλλα κακοήθη νοσήματα (π.χ. Kaposi) τα οποία πιθανόν να συνυπάρχουν.

γ. Των ασθενών με A.R.C.,

στους οποίους, αυτή τη στιγμή, μπορεί να προσφερθεί ουσιαστική βοήθεια.

δ. Των ασθενών με πλήρες AIDS,

στους οποίους πρέπει να συνυπάρχουν, εκτός των άλλων, είτε ευκαιριακή λοίμωξη, είτε σάρκωμα είτε λέμφωμα, κ.λπ.

Τελευταία εμφανίστηκε και μία νέα κλινική οντότητα που εκδηλώνεται σε νεαρά άτομα σαν ατροφική εγκεφαλίτιδα και εξελίσσεται σε άνοια χωρίς άλλη κλινική εκδήλωση. Η εγκεφαλίτιδα αυτή είναι από τις πιο σοβαρές κλινικές μορφές, για την οποία έως τώρα δεν έχει αναφερθεί ίαση.

Τα φάρμακα εκλογής για τη θεραπεία των ασθενών με πλήρες AIDS είναι ανάλογα με το εκάστοτε πρόβλημα. Έτσι στις ευκαιριακές λοιμώξεις χορηγούνται μεγάλες δόσεις αντιβιοτικών ή χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, τα οποία πολλές φορές χορηγούνται εφ' όρου ζωής.

Στις δερματολογικές εκδηλώσεις εφαρμόζονται ανάλογα τοπικά σκευάσματα ή διαθερμοπηξία όπου χρειάζεται (κονδυλώματα, μολυσματική τέρμινθος κ.λπ.).

Το σάρκωμα Kaposi αντιμετωπίζεται με χορήγηση ιντερφερόνης-α ή συνδυασμού ιντερφερόνης-α με μπλεομυκίνη ή ακτινομυκίνη-D. Η πνευμονία από P. carinii έχει σαν θεραπεία εκλογής τον συνδυασμό τριμεθοπρίμης-σουλφομεθοξαζόλης και την πενταμιδίνη.

Ειδική θεραπεία έναντι του ιού HIV

Ο ιός είναι γνωστό ότι προσβάλλει εκλεκτικά τα T4 λεμφοκύτταρα. Έτσι, αν δεσμευθεί ο υποδοχέας του ιού στην επιφάνεια των T4 λεμφοκυττάρων παρεμποδίζεται η είσοδος και ο πολλαπλασιασμός του στο κύτταρο.

Για το σκοπό αυτό δοκιμάστηκε η δέσμευση του υποδοχέα με μονοκλωνικά αντισώματα.

Εξ' άλλου δοκιμάστηκαν φάρμακα όπως η σουραμίνη και το βολφραμικό αντιμόνιο που αναστέλλουν τη δράση της ανάστροφης τρανσκριπτάσης του ιού και

επομένως τη μετατροπή του RNA σε DNA. Φάρμακο μεγάλης σημασίας είναι η ιντερφερόνη-α, η οποία δρα ανταγωνιστικά στον πολλαπλασιασμό του ιού μέσα στο κύτταρο.

Τα τελευταία χρόνια μικρό μήνυμα ελπίδας για την παράταση της ζωής των ασθενών με AIDS έδωσε η χρησιμοποίηση της Αζιδοθυμιδίνης ή AZT (Zidovudine). Μετά από τη συστηματική χορήγηση της AZT παρατηρείται αύξηση των T4 λεμφοκυττάρων, ενώ ο ιός εξαφανίζεται από το περιφερικό αίμα. Σήμερα θεωρείται ως το πιο αποτελεσματικό φάρμακο για την αντιμετώπιση του AIDS.

Ανοσοτροποποιητική θεραπεία

Η επαναδραστηριοποίηση του ανοσολογικού συστήματος μπορεί να γίνει:

- α. Με την αντικατάσταση των κυτταρικών στοιχείων, η οποία επιτυγχάνεται με μετάγγιση λεμφοκυττάρων από ιστοσυμβατούς αδελφούς ή μονοωογενή δίδυμο αδελφό σε ασθενή με AIDS, καθώς και με μεταμοσχεύσεις μυελού ή μετεμφύτευση θύμου αδένος.
- β. Με την ενίσχυση της ανοσίας, η οποία επιδιώκεται με δύο κυρίως παράγοντες, την ιντερφερόνη και την ιντερλευκίνη-2. Μικρής αποτελεσματικότητας είναι η χορήγηση της γ-σφαιρίνης, της θυμοσίνης-5, των πουρινών κ.ά.

2. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΡΠΗΣ

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων ή γεννητικός έρπης είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που απασχολεί μεγάλο αριθμό ατόμων τα τελευταία χρόνια. Ο γεννητικός έρπης αποτελεί μαζί με τους ιούς των θηλωμάτων του ανθρώπου (Human Papilloma Viruses – HPV) τα συχνότερα ιογενή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

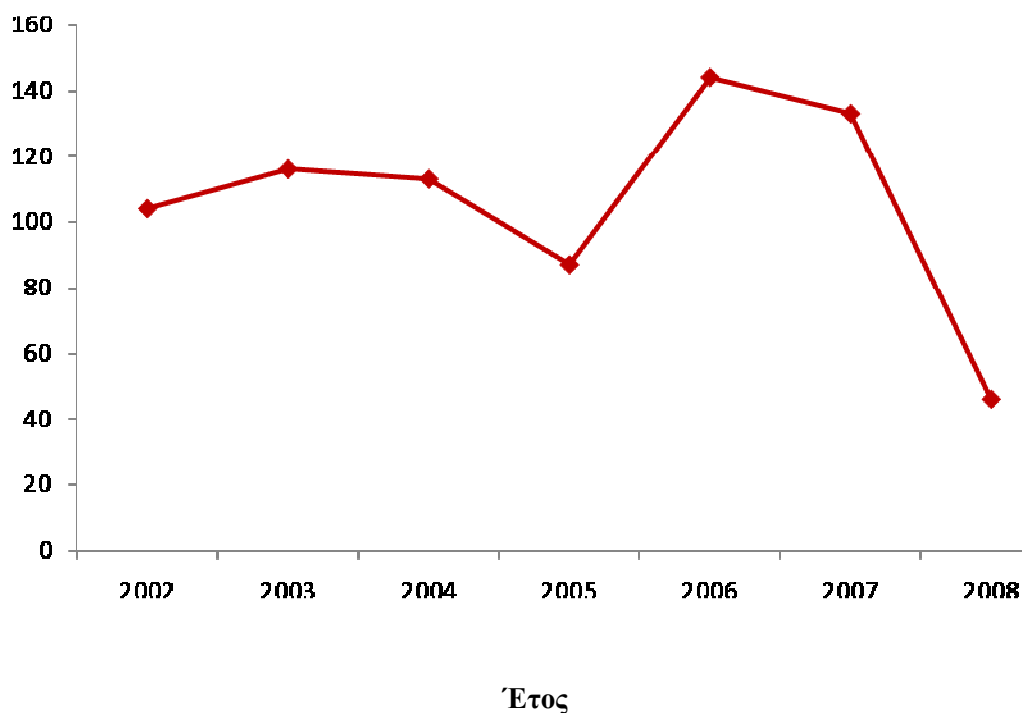
Αιτιολογία – Επιδημιολογία

Η λοίμωξη από έρπη των γεννητικών οργάνων οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα (Herpes Simplex Virus – HSV). Υπάρχουν 2 τύποι του ιού του απλού έρπητα (HSV), ο τύπος 1 (HSV-1) και ο τύπος 2 (HSV-2).

Συνήθως ο γεννητικός έρπης οφείλεται στον HSV-2, αν και τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση στις γεννητικές ερπητικές λοιμώξεις που οφείλονται στον HSV-1, ίσως λόγω των αλλαγών στις σεξουαλικές πρακτικές. Σήμερα ο HSV-1 φαίνεται να είναι υπεύθυνος στο 20-40% των περιπτώσεων γεννητικού έρπητα.

Η επίπτωση της νόσου στη χώρα μας συνεχώς αυξάνεται. Σύμφωνα με στοιχεία του νοσοκομείου "Αφροδίσιων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης" που αφορούν τη Βόρειο Ελλάδα, το 2002 εισήχθησαν στο νοσοκομείο 104 ασθενείς προσβεβλημένοι από τη νόσο έναντι 133 το 2007. Η επίπτωση της νόσου για το 2008 δεν είναι ολοκληρωμένη, καθώς η καταγραφή της είναι μέχρι το πρώτο εξάμηνο του έτους. (σχήμα 1.)

Αρ. ασθ.



Σχήμα 1. Σχηματική απεικόνιση της επίπτωσης του έρπητα των γεννητικών οργάνων σύμφωνα με τα περιστατικά που καταγράφηκαν στο Νοσ/μείο "Α.Δ.Ν.Θ." από το 2002 έως το α' εξάμηνο του 2008.

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση γεννητικού έρπητα

- Μεγάλος αριθμός σεξουαλικών συντρόφων
- Χαμηλό εισόδημα – χαμηλό μορφωτικό επίπεδο
- Ανδρική ομοφυλοφιλία
- Γυναικείο φύλο
- HIV λοίμωξη

Παθογένεση

Η αρχική μόλυνση συμβαίνει μέσα σε 2 εβδομάδες από την επαφή με ενεργό ερπητική βλάβη ή συνηθέστερα με κύτταρα του ιού που αποπίπτουν από ασυμπτωματική λοίμωξη (70% των περιπτώσεων). Μετά από τον ενοφθαλμισμό του ιού και μετά από ελάχιστο τοπικό πολλαπλασιασμό, ο ιός φθάνει στα κύτταρα των ιερών γαγγλιακών ριζών όπου είναι δυνατόν να πολλαπλασιασθεί και δια μέσου των αισθητικών νευρικών ινών να προκαλέσει τη δερματοβλεννογόνο πρωτομόλυνση, χωρίς όμως αυτό να είναι απαραίτητο. Οποσδήποτε όμως ο ιός μεταπίπτει σε λανθάνουσα κατάσταση και είναι δυνατόν να επανενεργοποιηθεί μετά από άλλο χρόνο από παράγοντες όπως η υπερϊώδης ακτινοβολία, ο πυρετός, οι σεξουαλικές υπερβολές, η κόπωση, η έμμηνος ρύση και το ψυχικό stress. Η επανενεργοποίηση είναι δυνατόν να προκαλέσει μη πρωτοπαθή πρώτη εκδήλωση (εφ' όσον δεν έχει υπάρξει πρωτομόλυνση) ή υποτροπή ή τέλος και ασυμπτωματική απόπτωση κυττάρων του ιού.

Κλινικές εκδηλώσεις

Η πρωτομόλυνση συνοδεύεται συνήθως από επώδυνη αιδοιοκολπίτιδα (στο 80% των περιπτώσεων συνυπάρχει και τραχηλίτιδα) στις γυναίκες και εντονότατη βαλανοποσθίτιδα και ουρηθρίτιδα στους άνδρες. Τα συμπτώματα διαρκούν 2-3 εβδομάδες και αποτελούνται από **αθροίσματα συρρεουσών φυσαλίδων** που σύντομα μετατρέπονται σε φλύκταινες και καταλήγουν σε επώδυνες ελκωτικές βλάβες οι οποίες επουλώνονται χωρίς να αφήσουν ουλή. Στις γυναίκες, ιδιαίτερος, ο γεννητικός έρπης μπορεί να εντοπισθεί στους γλουτούς, τους μηρούς ή το κάτω μέρος της ράχης, χωρίς απαραίτητη εντόπιση στη γεννητική περιοχή.



Γεννητικός έρπης στην βάλανο.

Οι υποτροπές του γεννητικού έρπητα εμφανίζονται στο 70%-80% των ασθενών μέσα στον πρώτο χρόνο από την πρωτομόλυνση και είναι σαφώς ηπιότερες σε βαρύτητα και διάρκεια, από την πρωτομόλυνση. Τόσο ο HSV-1 όσο και ο HSV-2 προκαλούν πρωτομόλυνση της ίδιας περίπου βαρύτητας και διάρκειας, όμως ο HSV-1 ακολουθείται από πολύ σπανιότερες και ηπιότερες επιπλοκές. Οι κλινικές εκδηλώσεις του γεννητικού έρπητα,

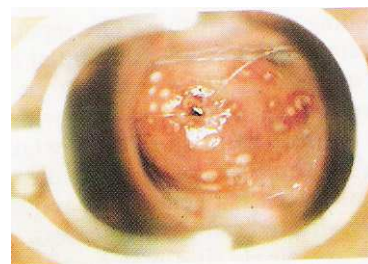
τόσο κατά την πρωτομόλυνση όσο και κατά τις υποτροπές καταγράφονται στον πίνακα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.		Κλινικές εκδηλώσεις γεννητικού έρπητα	
Συμπτώματα	Πρωτομόλυνση	Υποτροπή	
Διάρκεια	12-21 ημέρες	5-10 ημέρες	
Τοπικά (πόνος-δυσουρία-κνησμός)	Έντονα	Ήπια-μέτρια	
Συστηματικά (πυρετός-κακουχία)	Συνήθη	Ασυνήθη	
Φυσαλίδες	Πολλές-αμφοτερόπλευρες	Λίγες-περιορισμένες	
Σύστοιχη λεμφαδενίτιδα	90% (αμφοτερόπλευρη)	25% (μονόπλευρη)	

Ο αριθμός των υποτροπών του γεννητικού έρπητα φαίνεται να αυξάνεται κατά την εγκυμοσύνη και ιδιαίτερα όσο η γυναίκα πλησιάζει την ημέρα του τοκετού. Το 25% των γυναικών με ιστορικό γεννητικού έρπητα έχουν κάποια υποτροπή τον τελευταίο μήνα της κύησης και 11%-14% κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Η μετάδοση του HSV από τη μητέρα στο παιδί είναι δυνατόν να προκαλέσει νεογνικό έρπητα. Παρά το γεγονός ότι ο νεογνικός έρπης δεν είναι συχνός, οι

αναφερόμενες περιπτώσεις δεν είναι λίγες (Μεγ. Βρετανία 1,65/100.000 γεννήσεις, Η.Π.Α. 20-50/100.000 γεννήσεις). Η μετάδοση του HSV από τη μητέρα στο παιδί μπορεί να γίνει ενδομητρικά (5-8%), κατά τη διάρκεια του τοκετού (90%) οπότε το παιδί έρχεται σε άμεση επαφή με τα κύτταρα του ιού κατά τη δίοδό του από το γεννητικό σωλήνα και τέλος μετά τον τοκετό οπότε το νεογνό μπορεί να μολυνθεί από τα άτομα που απασχολούνται μαζί του και τα οποία είναι δυνατόν να πάσχουν από επιχείλιο έρπητα ή έρπητα σε άλλο σημείο του σώματος. Η ενδομητρική ερπητική λοίμωξη συνοδεύεται από αυτόματη αποβολή κατά τα 2 πρώτα τρίμηνα της κύησης και από πρόωρο τοκετό κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης.



Αλλοιώσεις στον τράχηλο της μήτρας.

Η μεταδοτικότητα του HSV από την έγκυο μητέρα στο παιδί διέπεται από τις παρακάτω αρχές:

1. Η πρωτομόλυνση ή ασυμπτωματική απόπτωση κυττάρων του ιού σε μητρική πρωτομόλυνση έχει υψηλό κίνδυνο μετάδοσης (20%-50%).
2. Η υποτροπή ή ασυμπτωματική απόπτωση κυττάρων σε μητρική υποτροπή έχει μικρό κίνδυνο μετάδοσης.

Ο νεογνικός έρπης έχει χαρακτηριστεί ως μία από τις πλέον απειλητικές λοιμώξεις της ζωής του νεογνού και είναι δυνατόν να εκδηλωθεί με μία από τις εξής μορφές:

1. Η νόσος εντοπίζεται μόνο στο δέρμα, στα μάτια και στο στόμα (45% των περιπτώσεων).
2. Διάσπαρτη λοίμωξη με συμμετοχή πολλαπλών οργάνων: ήπαρ – πνεύμονες – επινεφρίδια και εγκέφαλος (22% των περιπτώσεων, 50% θνησιμότητα).
3. Προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (35% των περιπτώσεων – θνησιμότητα 15%. Το 16% των παιδιών είναι δυνατόν να παρουσιάσουν διάφορες νευρολογικές επιπλοκές).

Διάγνωση

Η διάγνωση του γεννητικού έρπητα συχνά είναι δύσκολη λόγω των ανεπαρκών κλινικών ενδείξεων και των περιορισμών που έχουν οι διάφορες εργαστηριακές μέθοδοι. Η ορολογική διάγνωση επίσης περιορίζεται λόγω της διασταυρούμενης ευαισθησίας μεταξύ HSV-1 και HSV-2.

Η καλλιέργεια του ιού από τις βλάβες παραμένει η καλύτερη και πιο αξιόπιστη μέθοδος, η οποία μπορεί να είναι θετική σε ποσοστό 80%-99% ιδιαίτερα στη πρωτομόλυνση και εφ' όσον το δείγμα ληφθεί εντός 72 ωρών από την εμφάνιση των φυσαλίδων.

Σε περίπτωση υποτροπιάζοντος γεννητικού έρπητα η πιθανότητα θετικής καλλιέργειας δεν ξεπερνά το 40%. Είναι προφανές ότι μία αρνητική καλλιέργεια δεν αποκλείει την πιθανότητα γεννητικού έρπητα και είναι πιθανόν να απαιτηθεί καλλιέργεια πολλαπλών βλαβών μέχρι να τεθεί η διάγνωση.

Τελευταία, η εφαρμογή της αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα ευαίσθητη, αξιόπιστη και γρήγορη και είναι δυνατόν να αντικαταστήσει την καλλιέργεια ως μέθοδο εκλογής για τη διάγνωση του γεννητικού έρπητα.

Θεραπεία

Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για τον έρπητα.

Προληπτικά, συνιστάται η αποφυγή σεξουαλικής επαφής κατά την φάση των κλινικών εκδηλώσεων της νόσου.

Στη συστηματική αγωγή τα αντιϊικά που λαμβάνονται ελέγχουν μερικώς τα συμπτώματα και τις κλινικές εκδηλώσεις της ερπητικής λοίμωξης, χωρίς να εκριζώνουν τον ιό ή να μειώνουν τη πιθανότητα, τη συχνότητα ή τη βαρύτητα των υποτροπών.

Θεραπεία γεννητικού έρπητα – συνιστώμενες δόσεις:

Πρωτομόλυνση: **Acyclovir** 400 mg × 3 φορές την ημέρα για 7-10 ημέρες, ή
Acyclovir 200 mg × 5 φορές την ημέρα για 7-10 ημέρες, ή
Famciclovir 250 mg × 3 φορές την ημέρα για 7-10 ημέρες, ή
Valacyclovir 1 g × 2 φορές την ημέρα για 7-10 ημέρες.

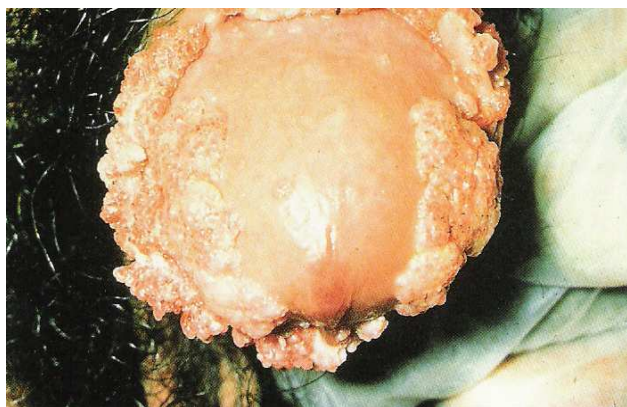
Υποτροπή: **Acyclovir** 400 mg × 3 φορές την ημέρα για 5 ημέρες, ή
Acyclovir 800 mg × 2 φορές την ημέρα για 5 ημέρες, ή
Acyclovir 800 mg × 3 φορές την ημέρα για 2 ημέρες, ή
Famciclovir 125 mg × 2 φορές την ημέρα για 5 ημέρες, ή
Famciclovir 1000 mg × 2 φορές την ημέρα για 1 ημέρα, ή
Valacyclovir 500 mg × 2 φορές την ημέρα για 3 ημέρες, ή
Valacyclovir 1.0 g × 1 φορά την ημέρα για 5 ημέρες.

3. ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι καλοήθεις θηλωματώδεις εκβλαστήσεις με χρώμα όμοιο με του δέρματος ή ρόδινο που μεταδίδονται σε ποσοστό 65% περίπου με τη σεξουαλική επαφή.

Αιτιολογία-Επιδημιολογία

Τα οξυτενή κονδυλώματα οφείλονται στους ιούς των ανθρώπινων



HPV.

θηλωμάτων, γνωστοί διεθνώς ως HPV (Human Papilloma Viruses), που είναι διηθητοί DNA-ιοί και θεωρούνται ταυτόσημοι με τους ιούς των κοινών μυρμηγκιών.

Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί περισσότεροι από 80 γονότυποι HPV οι οποίοι

διακρίνονται ανάλογα με την αλληλουχία των βάσεων στο DNA τους.

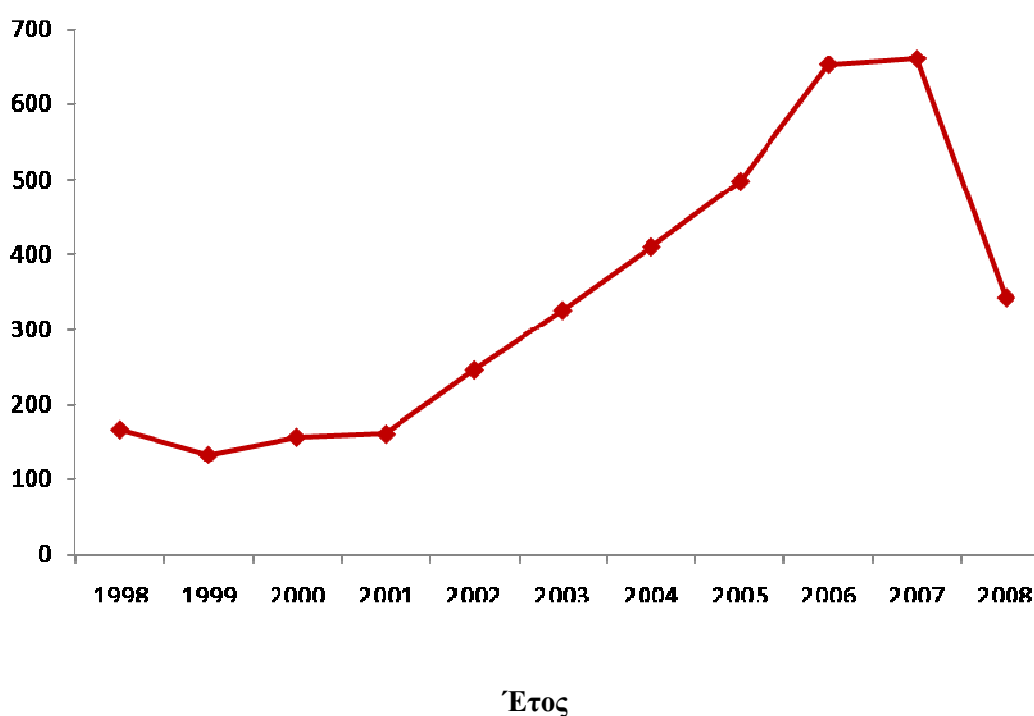
Οι HPV προκαλούν πλήθος αλλοιώσεων (καλοήθων ή κακοήθων) στο δέρμα και τους βλεννογόνους του ανθρώπινου σώματος. Το είδος της αλλοίωσης που θα προκληθεί εξαρτάται από τον τύπο του ιού (ογκογόνο ή μη), από τη θέση της μόλυνσης (σε δέρμα ή βλεννογόνους) και κυρίως από την κατάσταση του ανοσιακού συστήματος του ασθενή (που θα επιτρέψει ή όχι να εμφανισθεί η αλλοίωση και να εξελιχθεί).

Οι τύποι HPV που κατά κανόνα προκαλούν τα οξυτενή κονδυλώματα είναι οι τύποι 6 και 11. Άλλοι καλοήθεις γεννητικοί τύποι HPV είναι οι 41,42,43 και 44.

Στους ογκογόνους γεννητικούς τύπους ανήκουν οι HPV 16,18,31,33,35,39,45,51-59 και 68.

Στην Βόρειο Ελλάδα η επίπτωση της λοίμωξης αυξάνεται συνεχώς τα τελευταία χρόνια, όπως φαίνεται στο παρακάτω γράφημα (σχήμα 1.). Σύμφωνα με τα στοιχεία του νοσοκομείου "Α.Δ.Ν.Θ." το 1998 καταγράφηκαν 166 περιστατικά οξυτενών κονδυλωμάτων έναντι 660 το 2007, αριθμός σχεδόν τετραπλάσιος. Για το 2008 έχουν καταγραφεί τα περιστατικά του πρώτου εξαμήνου του έτους.

Αρ. ασθ.



Σχήμα 1. Απεικόνιση της πορείας των κονδυλωμάτων σύμφωνα με τον αριθμό ασθενών που καταγράφηκαν από το Νος/μείο "Α.Δ.Ν.Θ." από το 1998 έως το α' εξάμηνο του 2008.

Μετάδοση

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

1. Μέσω λύσης της συνέχεις 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 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).

Προδιαθεσικοί παράγοντες

Παράγοντες που αποτελούν ευνοϊκό υπέδαφος για την εμφάνιση οξυτενών κονδυλωμάτων είναι:

1. Ο διαβήτης
2. Η κύηση
3. Μονιλική αιδοιοκολπίτιδα ή βαλανοποσθίτιδα
4. Ουρηθρίτιδα στον άνδρα (για τα ενδουρηθρικά κονδυλώματα)
5. Η λήψη κορτιζόνης
6. Η μεταμόσχευση νεφρού
7. Το λέμφωμα Hodgkin

8. Η πτώση της κυτταρικής ανοσίας για οποιοδήποτε λόγο

Κλινική εικόνα



Εντόπιση αλλοιώσεων κατά μήκος του πέους.

Ο χρόνος επώασης των κονδυλωμάτων είναι **1-8 μήνες με μέσο όρο 3 μήνες**. Αρχικά εμφανίζεται μία βλατίδα που εξελίσσεται σε **ανθοκραμβοειδή εκβλάστηση** (χαρακτηριστική εικόνα κουνουπιδιού) και φθάνει σε μέγεθος από φακή μέχρι αυγό όρνιθας.

Οι εκβλαστήσεις είναι ανώδυνες, εμφανίζονται μεμονωμένα ή συνενώνονται, έχουν πλατιά βάση ή είναι μισχωτές και αιμορραγούν πολύ εύκολα. Ανάμεσα τους

παράγεται ένα δύσοσμο, παχύρευστο έκκριμα. Τα κονδυλώματα παίρνουν μεγαλύτερη έκταση όταν εκπίπτει η κυτταρική ανοσία.

Στον άνδρα εντοπίζονται στη βάλανο, το πέος και το εσωτερικό της ουρήθρας. Στη γυναίκα εντοπίζονται στα χείλη του αιδοίου, την κλειτορίδα, τον κόλπο και τον τράχηλο της μήτρας. Και στα δύο φύλλα εντοπίζονται στον πρωκτό και στις μηρογεννητικές πτυχές.

Κίνδυνοι

Τα οξυτενή κονδυλώματα μπορούν, σπάνια βέβαια, να υποστούν καρκινωμάτωση εξαλλαγή. Το φαινόμενο αυτό ισχύει κυρίως για άτομα με χαμηλό πολιτιστικό επίπεδο και μεγάλη ρυπαρότητα και για γυναίκες με επίμονα κονδυλώματα.

Επίσης, η πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής στις γυναίκες συνήθως συνεπάγεται αυξημένη συχνότητα εμφάνισης κονδυλωμάτων και αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, εφ' όσον ο ανώριμος τράχηλος των νεαρών κοριτσιών αποτελεί πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη οξυτενών κονδυλωμάτων.

Πρόγνωση

Η πρόγνωση είναι γενικά καλή. Τα κονδυλώματα μπορούν να θεραπευθούν γρήγορα ή να επανεμφανίζονται επίμονα σε ορισμένα άτομα. Αυτό συμβαίνει λόγω υποτροπών, αυτοενοφθαλμισμού ή νέας μόλυνσης από τον ερωτικό σύντροφο.

Διάγνωση

Η διάγνωση τίθεται με την κλινική εξέταση των βλαβών με τη βοήθεια δυνατού φωτός και μεγεθυντικού φακού, με τη λήψη του test Παπανικολάου (Pap test), όπως επίσης κατά τον έλεγχο με in situ υβριδισμό ή PCR.

Η βιοψία συνιστάται σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει ανταπόκριση στη θεραπεία ή υπάρχει υποψία για κακοήθεια. Η τυποποίηση του ιού, καθώς και το test οξείκου οξέος δεν θεωρούνται απαραίτητα για την ακριβή διάγνωση.

Εμβόλιο

Από τις αρχές του 2007, κυκλοφορούν στη χώρα μας δύο εμβόλια κατά του ιού HPV. Το Gardasil (το οποίο έχει ήδη εγκριθεί από το αμερικανικό FDA) και το Cervarix (το οποίο βρίσκεται στο στάδιο III κλινικών δοκιμασιών) είναι εμβόλια ανασυνδυασμένου DNA, που υπόσχονται να γίνουν από τα πρώτα αντικαρκινικά εμβόλια.

Το Gardasil είναι τετραδύναμο εμβόλιο και περιέχει καψιδιακά αντιγόνα 4 στελεχών του HPV τα οποία είναι και τα κυρία παθογόνα που σχετίζονται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (6,11,16, 18). Αντίθετα, το Cervarix περιέχει καψιδιακά αντιγόνα μόνο των στελεχών 16, 18 τα οποία θεωρούνται υψηλού κινδύνου στελέχη.

Ο τρόπος με τον οποίο προσφέρουν προστασία στους εμβολιασμένους είναι μέσω της παραγωγής εξουδετερωτικών ανοσοσφαιρινών, τα οποία αποτρέπουν τη σύνδεση του ιού με το κύτταρο και επομένως την ενσωμάτωση των ένοχων ογκογονιδίων στο DNA των επιθηλιακών κυττάρων του τραχήλου.

Ο εμβολιασμός με το τετραδύναμο Gardasil ενδείκνυται σε γυναίκες ηλικίας από 9-26 χρόνων, αλλά σύμφωνα με τους ερευνητές, η ιδανική ηλικία είναι η εποχή πριν τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων (9-15 χρόνων). Το δοσολογικό σχήμα του εμβολίου είναι: 0, 2 μήνες (ελάχιστο 4 εβδομάδες), 6 μήνες (ελάχιστο 12 εβδομάδες).

Η αποτελεσματικότητά του είναι:

- 89.5% για επιμένουσα HPV 6, 11, 16, 18 λοίμωξη
- 100% για HPV 16 ή 18 CIN 2/3
- 95.2% - 100% για οποιουδήποτε βαθμού CIN
- 98.9% για HPV-6, 11-, 16-, 18 εξωτερικά κονδυλώματα
- 100% για HPV 16, 18 VIN 2/3 ή VaIN 2/3.

Αν το άτομο είναι οροθετικό για τύπο που περιέχεται στο εμβόλιο ή είναι θετικό για HPV DNA, η αποτελεσματικότητα του εμβολίου για πρόληψη του CIN 2/3 είναι ασαφής.

Θεραπεία

Σκοπός της θεραπείας είναι η μεθοδική και επίμονη εξουδετέρωση των πιθανών προδιαθεσικών παραγόντων, ώστε να αποφευχθούν οι υποτροπές.

Στις θεραπευτικές μεθόδους περιλαμβάνεται η τοπική επάλειψη με αντινεοπλασματικά φάρμακα, όπως η ποδοφυλλίνη ή η 5-φθοριουρακίλη στα κονδυλώματα δύο φορές ημερησίως για τρεις συνεχόμενες ημέρες και διακοπή της θεραπείας για τις επόμενες τέσσερις ημέρες. Ο κύκλος αυτός επαναλαμβάνεται το πολύ για τέσσερις εβδομάδες. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς εμφανίζουν ανεπιθύμητες ενέργειες όπως άλγος, καύσο, φλεγμονή και διαβρώσεις.

Ένας ακόμα τοπικός παράγοντας είναι το imiquimod (κρέμα Aldara 5%), το οποίο διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα. Εφαρμόζεται επί των κονδυλωμάτων κάθε δεύτερο βράδυ προ της κατάκλισης, αφήνεται να δράσει 6-10 ώρες και απομακρύνεται πλένοντας την περιοχή με σαπούνι και νερό. Η θεραπεία συνεχίζεται μέχρι την υποχώρηση των κονδυλωμάτων ή την ολοκλήρωση 16 εβδομάδων αγωγής. Αν εμφανισθεί ερεθισμός πρέπει προσωρινά να διακόπτεται η αγωγή.

Ο καυτηριασμός, η εξαίρεση των κονδυλωμάτων με laser CO₂ ή η κρυοχειρουργική (κρυοπληξία) αφαίρεση τους αποτελούν και αυτές μεθόδους για την

αντιμετώπιση των κονδυλωμάτων, ιδιαίτερα όταν η τοπική θεραπεία δεν είναι τόσο αποτελεσματική ή όταν τα κονδυλώματα υποτροπιάζουν συχνά.

Τελευταία, πολλοί γιατροί εφαρμόζουν μία μέθοδο έγχυσης ιντερφερόνης στο σημείο της βλάβης, η οποία είναι μεν αποτελεσματική, αλλά δεν συνδυάζεται με αποφυγή ή επιβράδυνση της υποτροπής των κονδυλωμάτων.

Η χρήση προφυλακτικών μπορεί να μειώσει τη μετάδοση του ιού προς συντρόφους που είναι μάλλον υγιείς όπως π.χ. στα πλαίσια μίας νέας σχέσης.

4. ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ

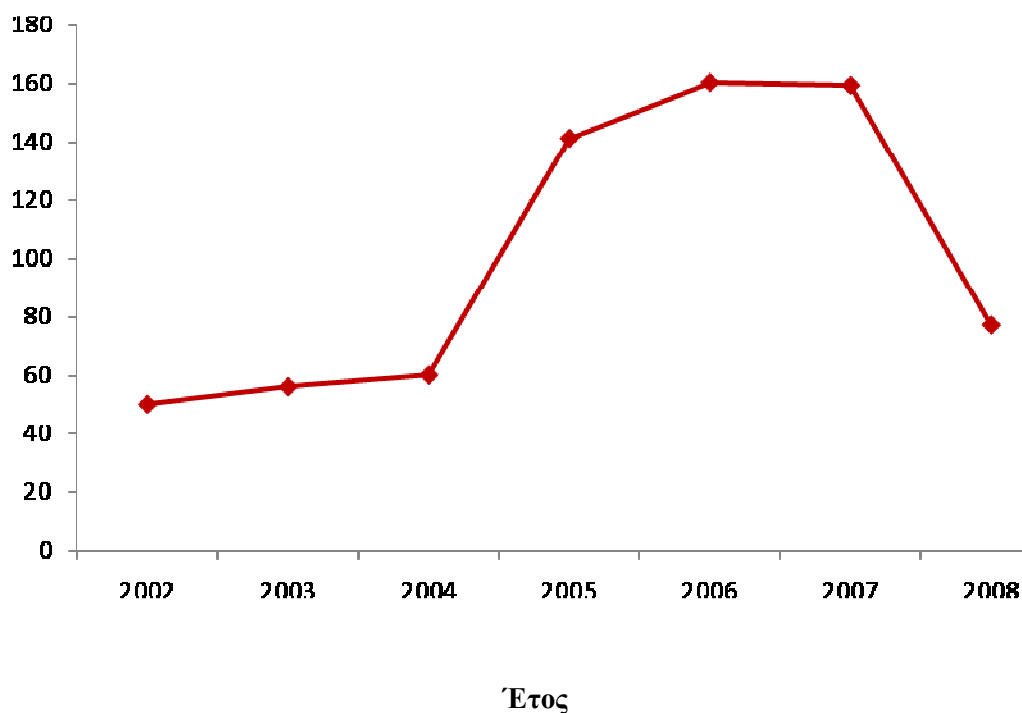
Η μολυσματική τέρμινθος είναι επιπολής μολυσματική δερματοπάθεια, που οφείλεται σε ένα ειδικό στέλεχος της ομάδας των ιών της ευλογιάς (Pox virus group). Είναι μεταδοτική και αυτοενοφθαλμίσιμη νόσος.

Η μετάδοση μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους, αλλά στους ενήλικες αποδίδεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό στη σεξουαλική επαφή.

Επιδημιολογία

Σύμφωνα με στοιχεία του νοσοκομείου "Αφροδίσιων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης" η επίπτωση της μολυσματικής τερμίνθου κατά την τριετία 2005-2007 έχει διπλασιαστεί. Συγκεκριμένα, ενώ το 2004 αντιμετώπισαν στο νοσοκομείο 60 περιστατικά της νόσου, το 2007 έφθασαν τα 159. Η επίπτωση της νόσου για το 2008 αναφέρεται μόνο στο α' εξάμηνο του έτους και γι' αυτό παρουσιάζει κάθετη πτώση (**σχήμα 1**).

Αρ. ασθ.

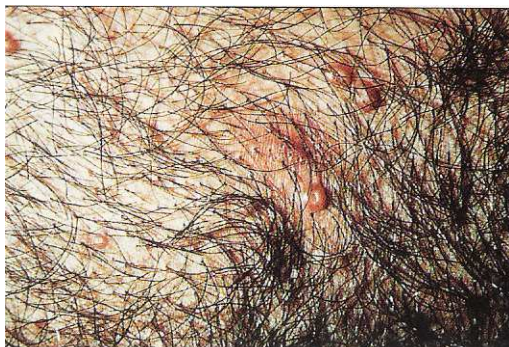


Σχήμα 1. Απεικόνιση της επίπτωσης της νόσου στη Β. Ελλάδα με βάση τα περιστατικά που καταγράφηκαν στο Νοσ/μείο "Α.Δ.Ν.Θ." από το 2002 έως το α' εξάμηνο του 2008.

Κλινική εικόνα

Μετά από χρόνο επώασης **40-60 ημέρες** το εξάνθημα εμφανίζεται υπό τη μορφή μεμονωμένων **ογκιδίων**, τα οποία εντοπίζονται συνήθως στο πέος, το αιδοίο, την εσωτερική επιφάνεια των μηρών, την περιπρωκτική περιοχή και την περιοχή του εφηβαίου, από όπου επεκτείνονται προς την κοιλιακή χώρα. Είναι, όμως, δυνατόν να εμφανισθούν και σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος.

Το μέγεθός τους κυμαίνεται από κεφαλής καρφίτσας, οπότε η διάγνωση είναι



Μολυσματική τέρμινθος.

δυσχερής, μέχρι πίσου. Έχουν σύσταση σκληρή και χρώμα ερυθρορόδινο με κάποιο είδος διαφάνειας και ένα **ομφαλωτό κέντρο**, από το οποίο μετά από πίεση εξέρχεται κοκκιοματώδης λευκόφαιη μάζα από κεράτινα και ωοειδή κύτταρα, τα οποία περιέχουν τα «σωμάτια της τερμίνθου».

Διάγνωση

Η διάγνωση είναι ευχερής από την κλινική εικόνα. Ωστόσο, η επιβεβαίωση της διάγνωσης μπορεί να γίνει με ιστολογική εξέταση, μικροσκοπική εξέταση και με εξέταση με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο.

Πρόγνωση

Η πρόγνωση είναι καλή. Η νόσος αυτοπεριορίζεται μέσα σε 6-9 μήνες, αλλά μπορεί να επιμείνει και για 3-4 χρόνια.

Θεραπεία

Κάθε βλάβη πρέπει να καταστραφεί χωριστά, αλλιώς εμφανίζεται υποτροπή. Η καταστροφή γίνεται με διαθερμοπηξία με ή χωρίς τοπική αναισθησία, με κρυοθεραπεία με υγρό άζωτο, με χρώση Laser ή σύνθλιψη των βλαβών, η οποία είναι η προτιμητέα μέθοδος.

Αποτελεσματική είναι επίσης και η τοπική χρήση ερεθιστικών ή καυστικών ουσιών, όπως το τριχλωροξικό οξύ, η ποδοφυλλίνη, τρετινοΐνη κ.λπ.

5. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Η ηπατίτιδα είναι φλεγμονή του ήπατος και ανάλογα με τον ιό που την προκαλεί, εμφανίζει πέντε τύπους, την ηπατίτιδα Α, Β, C, D, E.

Ο τύπος Β οφείλεται στον ιό HBV και μεταδίδεται κυρίως μέσω της σεξουαλικής επαφής και γι' αυτό κατατάσσεται ανάμεσα στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Οι υπόλοιποι τύποι μεταδίδονται δυσκολότερα με την σεξουαλική οδό.

Μετάδοση

Ο ιός HBV μεταδίδεται κυρίως με το αίμα, αλλά και με τα σωματικά υγρά, δηλαδή το σπέρμα, τα κολπικά υγρά και την σίελο.

Υπάρχουν τρεις τρόποι μετάδοσης του ιού, η **περιγεννητική**, η **παρεντερική** και η **σεξουαλική**.

Η **περιγεννητική** μετάδοση γίνεται μέσω της διαπλακουντιακής οδού, κατά τη διάρκεια του τοκετού και κατά τη διάρκεια της μητρικής φροντίδας και του θηλασμού.

Η **παρεντερική** μετάδοση περιλαμβάνει τη χρήση μολυσμένων βελόνων, όπως πχ. μπορεί να συμβεί σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, με μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του, από μολυσμένα ξυραφάκια και οδοντόβουρτσες.

Η **σεξουαλική** μετάδοση γίνεται από φορείς του ιού με ασυμπτωματική λοίμωξη ή με υποκλινικές εκδηλώσεις και ευνοείται από συνουσία που γίνεται κατά

τη διάρκεια της έμμηνης ρύσης ή από πρωκτική συνουσία, που είναι συνήθως τραυματική.

Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης είναι **1,5 – 6 μήνες**.

Τα συμπτώματα εμφανίζονται σε 3 στάδια :

1^ο στάδιο : Συμπτωμάτα παρόμοια με αυτά της γρίπης, κούραση, απώλεια όρεξης, φαγούρα.

2^ο στάδιο : **Ίκτερος**, ο οποίος είναι το κύριο σύμπτωμα της νόσου, κοιλιακός πόνος, ανοιχτόχρωμα κόπρανα και σκουρόχρωμα ούρα.

3^ο στάδιο : Υποχώρηση του ίκτερου, απώλεια βάρους

Πολλές φορές η λοίμωξη είναι ασυμπτωματική.

Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με εξέταση αίματος και βασίζεται στην ανεύρεση του αντιγόνου HBsAg στον ορό του αίματος.

Πρόγνωση

Το 90% των ασθενών παρουσιάζουν αντισώματα και αναρρώνουν πλήρως σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Ορισμένοι πεθαίνουν από κεραυνοβόλο οξεία ηπατίτιδα, ενώ οι πάσχοντες από χρόνια μορφή ηπατίτιδας κινδυνεύουν να εμφανίσουν κίρρωση του ήπατος ή ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.

Θεραπεία

Δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία. Προληπτικά χορηγείται ένα εμβόλιο για τη δημιουργία αντισωμάτων στα άτομα " υψηλού κινδύνου ", όπως οι γιατροί, οι οδοντίατροι, οι νοσοκόμοι, οι ομοφυλόφιλοι κλπ.

6. ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΙΩΣΗ

Ο ανθρώπινος κυτταρομεγαλοϊός (HCMV) είναι ένας β ερπητοϊός και οφείλει το όνομά του στην ιδιότητα να μεγεθύνει τα κύτταρα που προσβάλλει.

Μπορεί να μεταδοθεί με πολλούς τρόπους, αλλά σε πολύ μεγάλο ποσοστό μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή.

Κλινική εικόνα

Η πρωτοπαθής λοίμωξη από CMV σε νεαρό ενήλικα μπορεί να προκαλέσει **σύνδρομο λοιμώδους μονοπυρήνωση με πυρετό**, λεμφαδενοπάθεια και σχετική λευκοκυττάρωση.

Η προκαλούμενη λοιμώδης μονοπυρήνωση από CMV έχει χαρακτηριστεί ως τυφοειδής, διότι έχει συστηματικά συμπτώματα, με πυρετό να προεξάρχει και λιγότερο συχνή διόγκωση λεμφαδένων και σπληνομεγαλία.

Αιματολογικά, παρατηρείται σχετική λεμφοκυττάρωση με περισσότερα από 50 % των κυττάρων του περιφερικού αίματος να είναι λεμφοκύτταρα.

Μικρού βαθμού ανωμαλίες λειτουργικότητας του ήπατος θεωρούνται χαρακτηριστικές.

Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με ανίχνευση αντιγόνων HCMV, καλλιέργεια και ορολογικές μεθόδους. Ιδιαίτερα η ορομετατροπή είναι, συνήθως, ένας εξαιρετικός δείκτης για την πρωτοπαθής λοίμωξη από τον ιό.

Θεραπεία

Τρία αντικά φάρμακα έχουν κριθεί ως αποτελεσματικά για τη θεραπεία της τελικής νόσου από CMV. Αυτά είναι η γκανσικλοβίρη (ganciclovir), η φוסκαρνέτη (foscarnet) και η σιντοφοβίρη (cidofovir).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο :

Πρωτοζωϊκές λοιμώξεις

1. ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΩΣΗ

Τριχομονάδωση ονομάζεται η μόλυνση των γεννητικών οργάνων ανδρών και γυναικών από την τριχομανάδα του κόλπου.

Το πρωτόζωο *Trichomonas vaginalis* είναι μονοκύτταρος οργανισμός με κυματοειδή κυτταρική μεμβράνη και 4 μαστίγια με τα οποία κινείται.

Η τριχομονάδα προσβάλλει το επιθήλιο της ουρήθρας των ανδρών και του κόλπου και της ουρήθρας των γυναικών.

Περίπου το 1/4 των σεξουαλικά ενεργών γυναικών ηλικίας από 16-35 ετών έχει κάποια τριχομοναδική λοίμωξη. Στους άνδρες εντυπωσιακή είναι η συχνότερη εμφάνιση της λοίμωξης σε ηλικίες άνω των 30 ετών.

Κλινική εικόνα

Ποσοστό 10-50% των γυναικών και η πλειονότητα των ανδρών με τριχομονάδωση δεν παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα. Όταν η παθολογική κατάσταση μπορεί να προσδιορισθεί, ο χρόνος επώασης είναι **5-28 ημέρες**.

Στις συμπτωματικές γυναίκες εμφανίζεται **εκροή πυκνόρρευστου εκκρίματος** από τον κόλπο με χρώμα γκρίζο ή κιτρινωπό και με χαρακτηριστικές **μικρές φυσαλίδες αέρα**. Η ασθενής παρουσιάζει φαινόμενα δυσουρίας και τα τοιχώματα του κόλπου εμφανίζουν έντονο ερεθισμό στικτές μικροαιμορραγίες που επεκτείνονται στον τράχηλο της μήτρας.



Φλεγμονώδες κολπικό έκκριμα που παρατηρείται στην τριχομονάδωση.

Στους λίγους συμπτωματικούς άνδρες εμφανίζεται μία ελαφρά **μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα** με έκκριμα πυώδες ή βλεννοπυώδες. Σε μερικές περιπτώσεις, η τριχομονάδα προκαλεί διαβρωτική βαλανίτιδα.

Διάγνωση

Η διάγνωση τίθεται με την ανεύρεση του μαστιγοφόρου πρωτόζωου μετά από εξέταση μικρής ποσότητας εκκρίματος με φυσιολογικό ορό NaCl 0,9%. Στο μικροσκόπιο φαίνονται οι χαρακτηριστικές κινήσεις της τριχομονάδας.

Η καλλιέργεια είναι πιο αξιόπιστη, ενώ ο ανοσοφθορισμός σεσημασμένων μονοκλωνικών αντισωμάτων είναι πιο ευαίσθητη μέθοδος.

Θεραπεία

Φάρμακο εκλογής είναι η μετρονιδαζόλη 2 g από το στόμα σε μια εφ' άπαξ δόση ή η τινιδαζόλη με την ίδια δοσολογία και σαν εναλλακτική θεραπεία η μετρονιδαζόλη 500 mg από το στόμα 2 φορές την ημέρα για 7 ημέρες.

Η μετρονιδαζόλη δεν πρέπει να χορηγείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα στο 1^ο τρίμηνο.

Απαραίτητη είναι η ταυτόχρονη θεραπεία του σεξουαλικού συντρόφου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο :

Μυκητιασικές λοιμώξεις

1. ΜΟΝΙΛΙΑΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Η μονιλίαση ή περισσότερο γνωστή ως καντιντίαση των γυναικών είναι λοίμωξη των γεννητικών οργάνων, που οφείλεται στους ζυμομύκητες του γένους



Ψευδομυκητύλλια και βλαστοσπόρια της
Candida albicans.

Candida με κύριο εκπρόσωπο την Candida albicans (ωίδιον το λευκάζον ή μονιλία).

Σπάνια ενοχοποιούνται άλλα είδη του μύκητα αυτού.

Είναι γνωστό ότι η Candida αποτελεί φυσιολογικό σαπρόφυτο των βλεννογόνων

της στοματικής κοιλότητας, του κόλπου και του γαστρεντερικού σωλήνα και η λοίμωξη

συνήθως προέρχεται από ενδογενείς παράγοντες.

Τρόποι μετάδοσης και ανάπτυξης

Η Candida μεταδίδεται πολύ εύκολα με τη σεξουαλική επαφή, αλλά η μετάδοση ή ανάπτυξή της μπορεί να γίνει με τους εξής τρόπους :

- **Μετάδοση από τον πρωκτό :** Λόγω της ανατομίας της περιγεννητικής περιοχής, στελέχη του μικροβίου που παρασιτούν στο έντερο μπορούν πολύ εύκολα μέσω του πρωκτού να περάσουν στον κόλπο, ειδικά σε γυναίκες με πλημμελή καθαριότητα.
- Το μικρόβιο αναπτύσσεται μόνο του στον κόλπο μετά από λήψη αντιβιοτικών ευρέως φάσματος, όπως οι τετρακυκλίνες κ.ά.

- Μετά από ορμονικές επιδράσεις, όπως εγκυμοσύνη, λήψη αντισυλληπτικών από το στόμα κ.λπ.
- Κάτω από την επίδραση συνθηκών υγρασίας του περιβάλλοντος, όπως τα καλοκαιρινά θαλάσσια μπάνια, η χρήση συνθετικών εσωρούχων που δημιουργούν εφίδρωση κ.λπ.
- Έντονος ερεθισμός της περιοχής μετά από φλεγμονές, έντονο σεξ κ.λπ.

Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης είναι άγνωστος, αφού οι ζυμομύκητες είναι δυνατόν να έχουν εγκατασταθεί στα γεννητικά όργανα πολύ προ της εμφάνισης των συμπτωμάτων.

Αρχικά, η ασθενής αισθάνεται ένα ελαφρό και παροδικό **κνησμό** στα έξω γεννητικά όργανα. Με την πάροδο του χρόνου, όμως, ο κνησμός γίνεται μόνιμος και έντονος, ενώ τα χείλη του αιδοίου παρουσιάζουν διάχυτη **ερυθρότητα** και **οίδημα**. Από τον κόλπο εκκρίνεται ένα **παχύρρευστο, λευκοκίτρινο, πυώδες υγρό** με χαρακτηριστική δυσάρεστη οσμή.



Χαρακτηριστική εικόνα γυναίκας προσβεβλημένης από μονιλίαση.

Τα τοιχώματα του κόλπου εμφανίζονται ερεθισμένα και η ασθενής έχει ένα έντονο αίσθημα ξηρότητας, σε σημείο ώστε η συνουσία να γίνεται επώδυνη. Το PH του κόλπου είναι πολύ όξινο (κάτω από 4,5).

Η φλεγμονή μπορεί να επεκταθεί προς τις μηρογεννητικές πτυχές, το εφηβαίο και το περίνεο και να προκληθεί μονιλίαση των περιοχών αυτών.

Διάγνωση

Η διάγνωση στηρίζεται στη χαρακτηριστική κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται εργαστηριακά με την καλλιέργεια του κολπικού εκκρίματος για την ανεύρεση της Candida.

Πρόγνωση

Οι υποτροπές της νόσου είναι πολύ συχνές και η αντιμετώπιση τους δεν είναι πάντα ικανοποιητική.

Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με την χορήγηση κολπικών υπόθετων ή κρεμών Νυστατίνης, Μικοναζόλης ή Ιμιδαζολικών παραγώγων, επί 7-14 ημέρες, ανάλογα με την βαρύτητα της περιπτώσεως.

Συγχρόνως την θεραπεία ακολουθεί και ο ερωτικός σύντροφος.

Οι υποτροπιάζουσες λοιμώξεις αντιμετωπίζονται με ταυτόχρονη χορήγηση από το στόμα δισκίων Ιτρακοναζόλης 200 mg/ημ. επί 7 ημέρες ή Φλουκοναζόλης 150 mg μία φορά την εβδομάδα για 2-4 εβδομάδες ή 50-100 mg/ημ. επί 1-3 εβδομάδες.

2. ΜΟΝΙΛΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ

Οι πιο συχνές κλινικές εκδηλώσεις της μονιλίασης στους άνδρες είναι η βαλανίτιδα και η βαλανοποσθίτιδα.

Περίπου οι μισοί από τους ερωτικούς συντρόφους των γυναικών με μονιλίαση είναι φορείς του μικροβίου και ένα μεγάλο ποσοστό από αυτούς εμφανίζουν συμπτώματα.

Ο διαβήτης, η διαβροχή και η κακή υγιεινή είναι σημαντικοί προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της νόσου, ενώ άτομα που δεν έχουν υποβληθεί σε περιτομή εμφανίζουν τη νόσο πολύ συχνότερα.

Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα εμφανίζονται αμέσως μετά την επαφή και χαρακτηρίζονται



Βαλανίτιδα.

από διάχυτο **ερύθημα της βαλάνου**, κηλιδοβλατιδώδεις βλάβες, διαβρώσεις ή μεμονωμένα φλυκταινίδια στην επιφάνειά της. Η ακροποσθία παρατηρείται ερεθισμένη, ενώ εμφανίζεται δυσκολία στην προς τα πίσω έλξη της. Συγχρόνως μπορεί να εμφανισθεί **οροπυώδες έκκριμα** κάτω από αυτήν.

Αν τα συμπτώματα είναι ήπια, μπορεί να υποχωρήσουν μέσα σε λίγες ημέρες, χωρίς να ανησυχήσουν περισσότερο τον ασθενή. Αλλιώς, μπορεί η λοίμωξη να προχωρήσει προς την ουρήθρα και να προκαλέσει ουρηθρίτιδα από *Candida*, η οποία συνοδεύεται από κνησμό, κάψιμο και ελαφρά απέκκριση.

Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό, την κλινική εικόνα και την μικροσκοπική εξέταση ή καλλιέργεια του επιχρίσματος της βάλανου σε ειδικό θρεπτικό υλικό.

Πρόγνωση

Η πρόγνωση είναι πολύ καλή και οι υποτροπές σπάνιες.

Θεραπεία

Η θεραπεία της καντιντιακής βαλανίτιδας και βαλανοποσθίτιδας συστήνεται σε συχνές πλύσεις με αντισηπτικό και τοπική εφαρμογή κρέμας νυστατίνης, τερπιναφίνης κ.ά. 1-2 φορές ημερησίως για 7-10 ημέρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο :

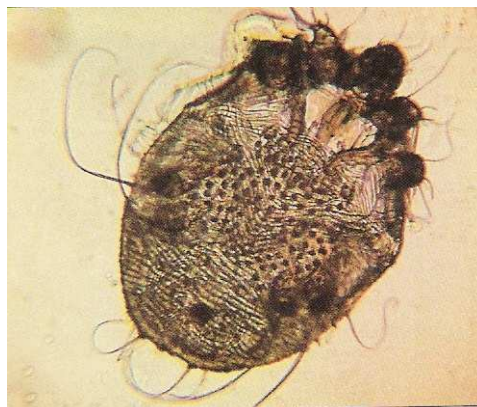
Παρασιτικές λοιμώξεις

1. ΨΩΡΑ

Είναι κνησμώδης, πολύ μεταδοτική δερματοπάθεια, που οφείλεται στο άκαρι της ψώρας.

Το άκαρι

Το άκαρι της ψώρας (*Sarcoptes scabiei* var *Hominis*) είναι παράσιτο, που ζει αποκλειστικά στην επιφάνεια του ανθρώπινου δέρματος. Τα ακάρεα έχουν μήκος 0.3-0.5 mm, στρογγυλό σώμα και 4 ζεύγη ποδιών. Τα θηλυκά ζουν περίπου 1 μήνα και γεννούν περί τα 90 ωάρια, ενώ τα αρσενικά πεθαίνουν μετά την γονιμοποίηση. Ο μέσος όρος ενήλικων θηλυκών, που παρασιτούν σ έναν ασθενή κάθε δεδομένη στιγμή είναι 12.



Άκαρι της ψώρας.

Το γονιμοποιημένο θηλυκό εισδύει μέσα στην κερατίνη στιβάδα της επιδερμίδας με κυτταρόλυση και δημιουργεί σήραγγες, όπου εναποθέτει τα αυγά του. Μετά από 3-4 ημέρες, οι νύμφες εκκολάπτονται και σε διάστημα περίπου 2 εβδομάδων ωριμάζουν σε ενήλικα ακάρεα.

Μακριά από το ανθρώπινο σώμα, το άκαρι της ψώρας δεν ζει πάνω από 48-72 ώρες. Τα αυγά του, όμως, ζουν περισσότερο.

Μετάδοση

Η μετάδοση της νόσου γίνεται με παρατεταμένη επαφή, όπως κατά τη διάρκεια της ερωτικής επαφής, με στενή επαφή ατόμων που κοιμούνται μαζί, με μολυσμένα ρούχα, με μολυσμένα κλινოსκεπάσματα και πετσέτες.

Ο παρασιτισμός μεταδίδεται πολύ εύκολα ανάμεσα σε ερωτικούς συντρόφους, στα μέλη της ίδιας οικογένειας, στρατώνες κλπ.

Κλινική εικόνα

Για την ευαισθητοποίηση του ασθενούς χρειάζεται ένα χρονικό διάστημα, συνεπώς ο χρόνος επώασης κυμαίνεται **από 15 ημέρες έως 2 μήνες**, οπότε εμφανίζεται ο **κνησμός**, που είναι και το κυριότερο σύμπτωμα της νόσου.

Ο κνησμός είναι ιδιαίτερα έντονος τις βραδινές ώρες, μετά από ζεστό μπάνιο, ή έντονη σωματική άσκηση και δεν παρατηρείται ποτέ στο πρόσωπο, το τριχωτό της κεφαλής και τη ράχη.

Οι σήραγγες που σχηματίζονται έχουν σχήμα ακανόνιστο ή οφιοειδές, με



Φωλιές ακάρεων ψώρας.

μήκος 10-15 mm, πλάτος 1 mm και εμφανίζουν στο άνω άκρο τους κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα.

Οι βλάβες εμφανίζονται κυρίως στις μεσοδακτύλιες πτυχές των χεριών, στην έσω επιφάνεια των καρπών, στους αγκώνες, στις μασχάλες και αν η νόσος μεταδόθηκε με σεξουαλική επαφή στην περιοχή της κοιλιάς, γύρω από τη θηλή

του μαστού και την περιγεννητική περιοχή.

Στις περιοχές των βλαβών εμφανίζονται λόγω του κνησμού δρυφάδες, διαβρώσεις, βλατίδες, πομποί και φυσαλίδες, ενώ υπάρχει φόβος επιμόλυνσης των βλαβών με συνέπεια να εμφανισθούν φλύκταινες.

Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με τη χρήση μικροσκοπίου πάνω στις φυσαλίδες για την ανεύρεση του ακάρεως. Εξάλλου, η ίδια η σήραγγα αποτελεί διαγνωστικό σημείο της νόσου.

Θεραπεία

Για την καταστροφή του παρασίτου γίνονται επαλείψεις με βενζοϊκό βενζύλιο (Benzogal) ή θειούχα σκευάσματα υδρογονανθράκων (Mitigal) από το λαιμό και κάτω επί 2 συνεχείς νύχτες, ενώ συγχρόνως βράζονται τα κλινοσκεπάσματα και τα ρούχα που είχαν χρησιμοποιηθεί.

Επίσης εφαρμόζονται με καλά αποτελέσματα η κρέμα Lindane (gammabenzene 1 %) που αφήνεται στο δέρμα για 3 ώρες, ή η αλοιφή θείου 6 % σε βαζελίνη, που αφήνεται στο δέρμα για 24 ώρες.

Τέλος ένα καινούργιο φάρμακο για αντιμετώπιση της ψώρας, η ιβερμεκτίνη, η οποία χορηγείται από το στόμα και έχει τη μέγιστη συγκέντρωσή της στο πλάσμα του αίματος πέντε ώρες μετά την χορήγησή της. Στο δέρμα φτάνει με την κυκλοφορία και διαχέεται στην επιδερμίδα μέσω του σμήγματος, όπου έχει τη μέγιστη συγκέντρωσή της μετά από 8 ώρες. Ο χρόνος υποδιπλασιασμού είναι 36 ώρες. Χορηγείται σε μία δόση 200μg/Kg εφ' άπαξ. Η δόση αυτή επαναλαμβάνεται μετά από 14 ημέρες. Η ίαση είναι 100%.

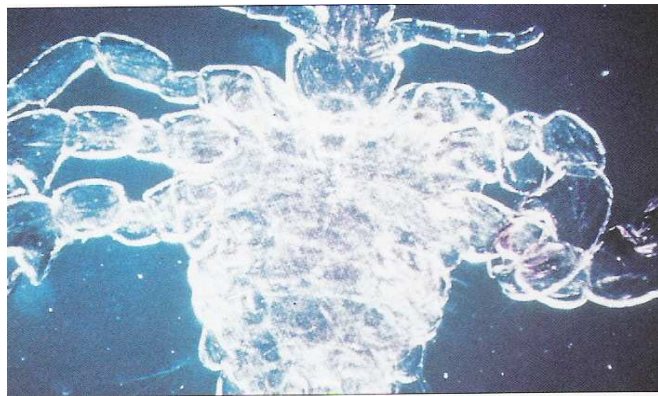
Στα πλεονεκτήματα του φαρμάκου είναι ότι αμέσως πριν και στο μεσοδιάστημα της θεραπείας ο πάσχων αντενδείκνυται να πλυθεί για να μην αφαιρεθεί το σμήγμα από το δέρμα του, που είναι απαραίτητο για τη διασπορά του

φαρμάκου στην επιδερμίδα. Δεν χρειάζεται αλλαγή κλινοσκεπασμάτων κλπ., δεδομένου ότι από την επιδερμίδα το φάρμακο διαχέεται στο περιβάλλον και δρα.

Για την αντιμετώπιση της δερματίτιδας και των βλαβών χορηγούνται αντιϊσταμινικά φάρμακα και εφαρμόζονται τοπικά κρέμες αντιβιοτικές ή κορτιζονούχες.

2. ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

Οφείλεται στην φθείρα του εφηβαίου (*Phthirus pubis*), που παρασιτεί αποκλειστικά στον άνθρωπο. Είναι ένα άπτερο, στρογγυλό έντομο, χρώματος λευκόφαιου ή σκούρου καφέ (το χρώμα τους μεταβάλλεται ανάλογα με το περιβάλλον και τη θερμοκρασία), με μήκος 0,3-1,2 mm και χαρακτηριστικό σώμα, όμοιο με χελώνα. Έχει τρία ζεύγη ποδιών με τα οποία προσκολλάται γερά πάνω στις τρίχες.



Φθείρα του εφηβαίου.

Ο κύκλος ζωής της διαρκεί περίπου 25 ημέρες. Τα θηλυκά εναποθέτουν τα ωάρια (κόνιδες) τους κατά μήκος των τριχών του εφηβαίου με ένα περίβλημα από χιτίνη. Τα ωάρια εκκολάπτονται μέσα σε 10 ημέρες.

Τα έντομα παρασιτούν στην περιοχή του εφηβαίου, αλλά στους άνδρες μπορεί, μέσω των τριχών, να προχωρήσουν στην κοιλιά, τις μασχάλες, το γένειο, τις βλεφαρίδες και τα φρύδια.

Μετάδοση

Μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή, αλλά και με τις πετσέτες, τα κλινοσκεπάσματα και τα ρούχα και εσώρουχα ασθενών.

Κλινική εικόνα

Χαρακτηρίζεται από έντονο κνησμό στο εφηβαίο, κνιδωτικές βλατίδες, δρυφάδες, διαβρώσεις και αιματογενείς εφελκίδες.

Παθολογική βλάβη της νόσου αποτελούν οι κυανές κηλίδες στο υπογάστριο,



Φθειρίαση του εφηβαίου.

τους μηρούς και τα πλάγια της κοιλιάς και του θώρακα. Οι κηλίδες αυτές οφείλονται στη δράση της σιέλου της ψείρας, που έχει ως αποτέλεσμα τη μεταβολή των αιμοχρωστικών στη θέση των τσιμπημάτων.

Επίσης στο εσώρουχο του ασθενούς διακρίνονται σκουρόχρωμοι κόκκοι σαν μπαρούτι.

Διάγνωση

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται, αν εξετάσουμε την περιοχή με έναν μεγεθυντικό φακό, οπότε διακρίνονται οι ψείρες σταθερά προσκολλημένες στην επιδερμίδα.

Θεραπεία

Χρησιμοποιούνται διάφορα παρασιτοκτόνα σαμπουάν ή λοσιόν, που χρησιμοποιούνται και για την θεραπεία του τριχωτού της κεφαλής.

Πολύ καλά αποτελέσματα έχει η θεραπεία με Carbaryl ή με Lindane 1% σε λοσιόν ή κρέμα.

Όταν οι ψείρες εντοπίζονται στις βλεφαρίδες, τις αφαιρούμε με μία κοινή λαβίδα και εφαρμόζουμε τοπικά αλοιφή κίτρινου οξειδίου του υδραργύρου 1 %.

Συμπέρασμα

Είναι πλέον ξεκάθαρο ότι η αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι αρκετά σημαντική τα τελευταία χρόνια, κάνοντας ορισμένους επιστήμονες να συγκρίνουν τη σημερινή αύξηση με εκείνη που είχαν τα νοσήματα την εποχή πριν την εμφάνιση του AIDS.

Παρόλο όμως τον ανησυχητικό επιδημικό χαρακτήρα που παρουσιάζουν στις μέρες μας τα ΣΜΝ και ιδιαίτερα οι ιογενείς λοιμώξεις, η αντιμετώπιση και η διάγνυσή τους έχουν εξελιχθεί ραγδαία την τελευταία δεκαετία. Συνεχώς ανακαλύπτονται καινούριες, πιο αποτελεσματικές μορφές θεραπείας, νέες διαγνωστικές μέθοδοι καθώς και νέα προληπτικά μέτρα, όπως είναι τα εμβόλια, συνεισφέροντας έτσι στη μείωση των επιπτώσεων των νοσημάτων αλλά και στην καλύτερευση της ποιότητας ζωής των πασχόντων.

Τελειώνοντας, καθίσταται σαφές ότι η διαπαιδαγώγηση πάνω σε θέματα ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς, όπως και η χρήση προφυλακτικών μέτρων σε όλες τις σεξουαλικές επαφές, διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στη μείωση της εμφάνισης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Βιβλιογραφία

1. Δερματολογία IV- Αφροδισιολογία – Γ. Γραμματικόπουλος
2. Δερματικά Νοσήματα Διάγνωση και Θεραπεία – Thomas P. Habif
Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνος Α.Ε. 2005
3. Σύγχρονη Κλινική Δερματολογία και Αφροδισιολογία – Κούσκουρης
Κων/νος, Καρπούζης Αντώνιος Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2006
4. Δερματολογία-Αφροδισιολογία – Φώτης Χρυσομάλλης και Συνεργάτες
University Studio Press 2005
5. Αφροδισιολογία – Ιωάννης Δ. Στρατηγός Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνος
Α.Ε. 2004
6. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα - Patrick K. Taylor 2000
7. A Color Guide to Diagnosis and Therapy Clinical Dermatology – Thomas P.
Habif Mosby 2004
8. Dermatology – Jean L. Bologna, Joseph L. Joczizzo, Ronald P. Rapini Mosby
2003

Ηλεκτρονικές πηγές

www.cdc.gov

www.edae.gr

www.hivaid.gr

www.keelpno.gr

www.hiv.gr

www.dermaline.gr

www.iatrikionline.gr

www.health.in.gr

www.patient.co.uk

www.emedicine.com

www.hellenicdermatlas.com

www.iatronet.gr

www.ephebiatrics.gr

www.stdservices.on.net

www.pasteur.gr

www.nytimes.com

www.sti.bmj.com