



Κολπίτιδες

Οι περισσότερες γυναίκες θα έχουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο κολπικής λοίμωξης στη διάρκεια της ζωής τους, το οποίο θα χαρακτηρίζεται από κολπική υπερέκκριση και κνησμό. Η λήψη μόνο του ιστορικού έχει αποδειχθεί ανεπαρκής για την ακριβή διάγνωση της κολπίτιδας και μπορεί να οδηγήσει είτε σε υπερθεραπεία είτε σε υποθεραπεία. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να συμπληρώνεται από αντικειμενική εξέταση και εργαστηριακό έλεγχο.

Από το ιστορικό χρήσιμες είναι πληροφορίες που αφορούν τη σεξουαλική συμπεριφορά και συνήθειες, το φύλο των σεξουαλικών συντρόφων, την έμμηνο ρύση και τις συνθήκες υγιεινής. Οι τρεις συχνότερες παθήσεις που σχετίζονται με κολπική υπερέκκριση είναι η βακτηριδιακή κολπίτιδα, η τριχομοναδική κολπίτιδα και η μυκητιασική κολπίτιδα (καντιντίαση).

Πολλαπλές εργαστηριακές μέθοδοι μπορούν να εφαρμοσθούν για τον καθορισμό της αιτίας και τον προσδιορισμό της κατάλληλης θεραπείας σε αυτές τις περιπτώσεις. Επιπλέον σε επίπεδο εξωτερικού γυναικολογικού ιατρείου μπορεί πολύ εύκολα να καθορισθεί το ΡΗ των κολπικών εκκρίσεων καθώς και να πραγματοποιηθεί μικροσκοπική εξέταση και δοκιμασία υπεροξειδίου του καλίου (ΚΟΗ). Σε περιπτώσεις βακτηριδιακής κολπίτιδας ή τριχομοναδικής διαπιστώνεται όξινο ΡΗ (>4.5) και αναδύεται χαρακτηριστική οσμή μετά τη δοκιμασία ΚΟΗ. Τέλος στη μικροσκοπική εξέταση μπορεί να αναγνωρισθούν τριχομονάδες, λευκά αιμοσφαίρια ή / και μύκητες.

Βακτηριακή κολπίτιδα (Β.Κ.)

Η βακτηριακή κολπίτιδα είναι ένα πολυμικροβιακό κλινικό σύνδρομο, το οποίο οφείλεται στην αντικατάσταση της φυσιολογικής κολπικής χλωρίδας (*Lactobacillus* sp.) από υψηλές συγκεντρώσεις αναερόβιων βακτηρίων (*Prevotella* sp., *Moliluncus* sp.), *G.vaginalis*, ουρεόπλάσμα, μυκόπλάσμα. Αποτελεί την κύρια αιτία κολπικής υπερέκκρισης ή κακοσμίας και μπορεί να είναι είτε παροδική είτε να διαρκέσει μεγαλύτερο διάστημα [1].

Η Β.Κ. σχετίζεται με τους πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, τη μη χρησιμοποίηση προφυλακτικού και την έλλειψη κολπικών γαλακτοβακίλων. Επιπρόσθετα αυτές οι γυναίκες είναι σε αυξημένο κίνδυνο για προσβολή από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ), επιπλοκών στην εγκυμοσύνη ή σε γυναικολογικές επεμβάσεις και υποτροπιάζουσες λοιμώξεις.

Διάγνωση

Ο χρυσός κανόνας για την διάγνωση είναι η χρώση Gram για τον καθορισμό της



συγκέντρωσης των λακτοβακίλλων και των Gram αρνητικών (*G.vaginalis*, *Prevotella*, *Peptostreptococci* και *Mobiluncus*) που χαρακτηρίζουν τη Β.Κ.

Εάν δεν είναι διαθέσιμη η χρώση Gram η διάγνωση τίθεται με την παρουσία 3 από τα παρακάτω συμπτώματα και σημεία [2]:

1. Λευκωπή, λεπτή και ομοιογενής έκκριση στο κολπικό τοίχωμα.
2. Παρουσία στη μικροσκοπική εξέταση κυττάρων “clue cells”.
3. Κολπικό PH>4.5
4. Χαρακτηριστική «οσμή ψαριού» στις κολπικές εκκρίσεις πριν ή μετά την προσθήκη ΚΟΗ 10% (whiff test).

Θεραπεία

Η θεραπεία είναι απαραίτητη σε γυναίκες με συμπτωματολογία, με στόχο την ανακούφιση των σημείων και συμπτωμάτων της μόλυνσης. Επιπλέον μειώνεται ο κίνδυνος απόκτησης *C.trachomatis*, *N.gonorrhoea*, HIV και άλλων Σ.Μ.Ν. [3].

Συστήνεται αποχή από σεξουαλικές επαφές ή χρήση προφυλακτικού κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Οι κολπικές πλύσεις μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο υποτροπής, χωρίς να υπάρχουν δεδομένα που να υποστηρίζουν την ύφεση των συμπτωμάτων.

Συνιστώμενα σχήματα

Μετρονιδαζόλη 500mg, 2 φορές ημερησίως από το στόμα, για 7 ημέρες

Ή

Μετρονιδαζόλη γέλη 0.75%* ή κολπικό υπόθετο1 εφαρμοστής ημερησίως ενδοκολπικά, για 5 ημέρες

Ή

Κλινδαμυκίνης κρέμα 2%, 1 εφαρμοστής ημερησίως ενδοκολπικά, για 7 ημέρες

Εναλλακτικά Σχήματα

Τινιδαζόλη 2 g., 1 φορά ημερησίως από το στόμα, για 2 ημέρες

Ή

Τινιδαζόλη 1 g., 1 φορά ημερησίως από το στόμα, για 5 ημέρες

Ή

Κλινδαμυκίνη 300 mg., 2 φορές ημερησίως από το στόμα, για 7 ημέρες

Ή

Κλινδαμυκίνη 100 mg., 1 εφαρμοστής ημερησίως ενδοκολπικά, για 3 ημέρες



Εναλλακτικά σχήματα περιλαμβάνουν τη χρήση τινιδαζόλης ή κλινδαμυκίνης (ενδοκολπικά ή από του στόματος) ή μετρονιδαζόλης (750 mg ημερησίως για 7 ημέρες) ή εφάπαξ δόση κλινδαμυκίνης ενδοκολπικά.

Πολλαπλές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για την αξιολόγηση των ενδοκολπικών σκευασμάτων λακτοβακίλλων για την θεραπεία και αποκατάσταση της κολπικής χλωρίδας [4-6] δεν υπάρχουν δεδομένα για να καθιερώσουν τη χρήση τους.

Παρακολούθηση

Με την υποχώρηση των συμπτωμάτων δεν απαιτείται επανεξέταση της ασθενούς, παρά μόνο σε υπότροπη. Σε περιπτώσεις πρώιμης αποτυχίας της θεραπείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα διαφορετικό σχήμα [7]. Σε πολλαπλές υποτροπές μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας συστήνεται χρήση gel μετρονιδαζόλης 2 φορές την εβδομάδα για 4-6 μήνες [8].

Θεραπεία του συντρόφου

Η ανταπόκριση στη θεραπεία και η πιθανότητα υποτροπής δεν σχετίζονται με τη θεραπεία του συντρόφου και γι' αυτό δε συστήνεται η θεραπεία.

Αλλεργία η δυσανεξία στη θεραπεία

Σε περιπτώσεις αλλεργίας ή δυσανεξίας στα σκευάσματα μετρονιδαζόλης ή τινιδαζόλης προτιμάται ενδοκολπική χρήση κλινδαμυκίνης. Η ενδοκολπική χρήση μετρονιδαζόλης μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε γυναίκες που δεν ανέχονται συστηματικά τη μετρονιδαζόλη αλλά και όχι σε αυτές με συστηματική αλλεργική αντίδραση.

Κύηση

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης θεραπεία συστήνεται σε όλες τις συμπτωματικές περιπτώσεις. Η Β.Κ. έχει συσχετισθεί με δυσμενή έκβαση της κύησης, προκαλώντας πρόωρη ρήξη υμένων, πρόωρο τοκετό, χοριοαμνιονίτιδα και ενδομητρίτιδα. Παρόλα αυτά το μόνο αποδεδειγμένο όφελος είναι η υποχώρηση των συμπτωμάτων, χωρίς βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος.

Σε δύο πρόσφατες μελέτες αποδείχθηκε ότι η θεραπεία με 250 mg μετρονιδαζόλης είναι επαρκής [9-10], αν και χρησιμοποιούνται και σχήματα με 500 mg μετρονιδαζόλης από το στόμα καθώς και κλινδαμυκίνης 300 mg με παρόμοια αποτελεσματικότητα με την κολπική γέλη [11]. Σε πρόσφατες μεταanalύσεις η χρήση μετρονιδαζόλης στην κύηση αποδείχθηκε ασφαλής, χωρίς τερατογόνο δράση [12-13].

Σε ότι αφορά την ασυμπτωματική Β.Κ. σε έγκυες υψηλού κινδύνου για πρόωρο τοκετό δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να υποστηρίξουν την ανάγκη διάγνωσης και θεραπείας [14].

**Συνιστώμενα Σχήματα στην Κύηση**

Μετρονιδαζόλη 500mg, 2 φορές ημερησίως από το στόμα, για 7 ημέρες
Ή

Μετρονιδαζόλη 250mg, 3 φορές ημερησίως από το στόμα, για 7 ημέρες
Ή

Κλινδαμυκίνη 300 mg., 2 φορές ημερησίως από το στόμα, για 7 ημέρες

Φορείς Η.Ι.Υ.

Η Β.Κ. υποτροπιάζει σε υψηλότερα ποσοστά σε οροθετικές γυναίκες [15] και η συνιστώμενη θεραπεία είναι ίδια με τις οροαρνητικές.

Τριχομοναδική κολπίτιδα (Τ.Κ.)

Η τριχομοναδική κολπίτιδα προκαλείται από το πρωτόζωο *T.vaginalis* και η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από μια δύσοσμη λευκοκίτρινη κολπική έκκριση με ερεθισμού του αιδοίου.

Έλεγχος για *T.vaginalis* θα πρέπει να πραγματοποιείται σε όλες τις γυναίκες με κολπική έκκριση, καθώς και ως διαλογή σε γυναίκες υψηλού κινδύνου για μόλυνση.

Η διάγνωση της λοίμωξης μπορεί να πραγματοποιηθεί με μικροσκοπική εξέταση των εκκρίσεων με μια ευαισθησία 60-70% και με το μειονέκτημα ότι απαιτείται άμεση αξιολόγηση του υγρού παρασκευάσματος, καθώς και από την αλκαλοποίηση του ΡΗ (>4.5) και τη χαρακτηριστική οσμή μετά τη δοκιμασία ΚΟΗ. Η εργαστηριακή διάγνωση με τη χρήση των τεστ OSOM η Affirm VP88 χαρακτηρίζεται από ευαισθησία >83% και ειδικότητα >97%. Η καλλιέργεια κολπικού υγρού είναι επίσης μια μέθοδος με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα και συστήνεται σε γυναίκες με ύποπτη συμπτωματολογία. Ενώ το τεστ Παπανικολάου είναι μέθοδος με χαμηλή ευαισθησία, η κυτταρολογία υγρής μορφής προσφέρει ενισχυμένη ευαισθησία χωρίς όμως να μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστική μέθοδος.

Θεραπεία

Οι νιτροϊμιδαζόλες αποτελούν τη μοναδική κατηγορία φαρμάκων που είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της Τ.Κ. Μπορούν να χορηγηθούν τόσο παρεντερικά όσο και από το στόμα με ποσοστό θεραπειάς για τη μετρονιδαζόλη 90-95% και για την τινιδαζόλη 86 -100%. Αύξηση των ποσοστών θεραπειάς επιτυγχάνεται με την κατάλληλη θεραπεία και του σεξουαλικού συντρόφου. Η συνιστώμενη θεραπεία είναι 2 g. σε εφάπαξ δόση από το στόμα μετρονιδαζόλης ή τινιδαζόλης. Σε τυχαίοποιημένες μελέτες οι δυο ουσίες έχουν αποδειχθεί ισάξιες στη δράση [16], ενώ η παράλληλη θεραπεία του συντρόφου συμβάλλει στη βελτίωση των συμπτωμάτων και στον περιορισμό της μετάδοσης.

Η γέλη μετρονιδαζόλης είναι σημαντικά λιγότερο αποτελεσματική (<50%) από τη



θεραπεία από το στόμα και θεωρείται εξαιρετικά δύσκολο να επιτευχθούν θεραπευτικά επίπεδα της ουσίας στην ουρήθρα και τους παρακολπικούς αδένες.

Συνιστώμενα σχήματα

Μετρονιδαζόλη 2 g, εφάπαξ δόση από το στόμα

Ή

Τινιδαζόλη 2 g, εφάπαξ δόση από το στόμα

Εναλλακτικό σχήμα

Μετρονιδαζόλη 500mg, 2 φορές ημερησίως από το στόμα, για 7 ημέρες

Παρακολούθηση

Οι ασθενείς με Τ.Κ. έχουν υψηλή πιθανότητα επαναμόλυνσης (17%) στους 3 πρώτους μήνες [17] και γι' αυτό συνίσταται σε σεξουαλικά ενεργείς γυναίκες επανεξέταση σε 3 μήνες.

Σε περίπτωση αποτυχίας της θεραπείας με εφάπαξ δόση 2 g μετρονιδαζόλης και αφού αποκλεισθεί η επαναμόλυνση συνιστάται θεραπεία με μετρονιδαζόλη 500 mg από το στόμα, 2 φορές ημερησίως για 7 ημέρες. Σε μη ανταπόκριση μπορεί να ακολουθήσει θεραπεία με 2 g μετρονιδαζόλης ή τινιδαζόλης για 5 ημέρες. Περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να συζητείται με ειδικούς.

Θεραπεία του συντρόφου

Θεραπεία θα πρέπει να λαμβάνουν και οι σεξουαλικοί σύντροφοι, ενώ παράλληλα θα πρέπει να συστήνεται αποχή από τις σεξουαλικές επαφές μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας. Συστήνεται μετρονιδαζόλη σε εφάπαξ δόση 2 g ή μετρονιδαζόλη ή τινιδαζόλη 500 mg 2 φορές ημερησίως για 7 ημέρες.

Ειδικές περιπτώσεις

Αλλεργία ή δυσανεξία στη θεραπεία

Σε περιπτώσεις άμεσης αλλεργικής αντίδρασης στη θεραπεία θα πρέπει να συζητείται με ειδικούς η απευαισθητοποίηση στη μετρονιδαζόλη. Τοπική θεραπεία μπορεί επίσης να δοκιμασθεί με πολύ χαμηλά όμως ποσοστά θεραπειάς (<50%).

Κύηση

Η ΤΚ έχει συσχετιστεί με δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης και συγκεκριμένα με πρόωρη ρήξη υμένων, πρόωρο τοκετό και χαμηλό βάρος γέννησης. Ωστόσο η θεραπεία με μετρονιδαζόλη δεν έχει μέχρι στιγμής αποδείξει μείωση της περιγεννητικής νοσηρότητας. Υπάρχουν αντίθετα μελέτες που έχουν αμφισβητηθεί και παρουσιάζουν αύξηση του πρόωρου τοκετού μετά την θεραπεία με μετρονιδαζόλη [18-19]. Από την άλλη πλευρά η θεραπεία θα ανακουφίσει από τα συμπτώματα και πιθανόν να



αποτρέψει περιγεννητική μετάδοση της μόλυνσης. Σε συμπτωματικές γυναίκες συστήνεται θεραπεία με εφάπαξ δόση 2 g μετρονιδαζόλης, ενώ σε ασυμπτωματικές θα πρέπει να σταθμίζεται το κόστος – όφελος ανάλογα με την εβδομάδα κύησης. Πολλαπλές μεταanalύσεις δεν απέδειξαν καμία τερατογόνο δράση στο έμβρυο [12-13, 20], ενώ για την τινιδαζόλη δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα.

Στη γαλουχία θα πρέπει να διακόπτεται ο θηλασμός στη διάρκεια της θεραπείας και για 12-24 ώρες από την τελευταία δόση για να μειωθεί η έκθεση του νεογνού

Φορείς H.I.V.

Σε ασθενείς με HIV και TK η εφάπαξ δόση δεν θεωρείται αποτελεσματική και συστήνεται με 500 mg μετρονιδαζόλης 2 φορές ημερησίως για 7 ημέρες [21].

Μυκητιασική αιδοιοκολπίτιδα (καντιντίαση) (Μ.Α.Κ.)

Υπολογίζεται ότι περίπου το 75% των γυναικών θα έχουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο Μ.Α.Κ. και 40-45% δύο ή περισσότερα στη διάρκεια της ζωής τους. Η Μ.Α.Κ. προκαλείται κυρίως από *C.albicans* και περιστασιακά από άλλους *Candida sp.* και μύκητες. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει κνησμό, άλγος, δυσπαρευνία, δυσουρία και ανώμαλη κολπική έκκριση, χωρίς κανένα από αυτά τα συμπτώματα να είναι ειδικό. Με βάση την κλινική εικόνα, την ανταπόκριση στη θεραπεία και την κατάσταση του ξενιστή κατατάσσεται σε απλή και σε επιπλεγμένη Μ.Α.Κ. Υπολογίζεται ότι περίπου 10-20% των γυναικών θα έχουν στη διάρκεια της ζωής τους ένα επεισόδιο επιπλεγμένης Μ.Α.Κ.

Κατάταξη μυκητιασικής αιδοιοκολπίτιδας

Απλή Μ.Α.Κ

- Σποραδική μυκητιασική αιδοιοκολπίτιδα
Ή
- Ήπια έως μέση μορφή μυκητιασικής αιδοιοκολπίτιδας
Ή
- Μυκητίαση από *C.albicans*
Ή
- Μη ανοσοκατεσταλμένες γυναίκες

Επιπλεγμένη Μ.Α.Κ.

- Υποτροπιάζουσα μυκητιασική αιδοιοκολπίτιδα
Ή
- Σοβαρή μορφή μυκητιασικής αιδοιοκολπίτιδας
Ή
- Μυκητίαση από μη *C.albicans*
Ή
- Γυναίκες με αρρυθμιστό Σακχαρώδη Διαβήτη ή Ανοσοκαταστολή

**Απλή μυκητιασική αιδοιοκολπίτιδα**

Η υποψία τίθεται από την κλινική εικόνα, που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως δυσουρία, κνησμό, πόνο, οίδημα και ερυθρότητα καθώς και σημεία όπως σχισμές και εκδορές και παχύρευστο, τυρώδες κολπικό έκκριμα. Η διάγνωση γίνεται είτε με μικροσκοπική εξέταση και ανεύρεση μυκήτων ή νηματίων είτε με καλλιέργεια κολπικού υγρού. Το κολπικό PH στη μυκητιασική κολπίτιδα είναι φυσιολογικό (<4.5) και γι' αυτό δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστικό κριτήριο.

Σε συμπτωματικές γυναίκες στις οποίες δεν ανευρίσκονται μύκητες στο υγρό παρασκευάσμα θα πρέπει να πραγματοποιείται καλλιέργεια κολπικού εκκρίματος και όπου αυτό δεν είναι εφικτό άμεση εμπειρική θεραπεία. Αντίθετα σε ασυμπτωματικές γυναίκες η ανεύρεση Candida στην καλλιέργεια δεν αποτελεί ένδειξη θεραπείας, καθώς περίπου στο 10-20% του πληθυσμού υπάρχει αποικισμός από Candida sp.

Θεραπεία

Για την θεραπεία της απλής Μ.Α.Κ. συστήνεται τοπική θεραπεία βραχείας διάρκειας (1-3 ημέρες). Η θεραπεία με αζόλες οδηγεί στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και σε αρνητική καλλιέργεια στο 80-90% των περιπτώσεων.

Συνιστώμενα σχήματα

Butoconazole 2% cream, 5 g ενδοκολπικά για 3 ημέρες	Ή
Clotrimazole 1% cream, 5 g ενδοκολπικά για 7-14 ημέρες	Ή
Clotrimazole 2% cream, 5 g ενδοκολπικά για 3 ημέρες	Ή
Miconazole 2% cream, 5 g ενδοκολπικά για 7 ημέρες	Ή
Miconazole 4% cream, 5 g ενδοκολπικά για 3 ημέρες	Ή
Miconazole 100 mg κολπικό υπόθετο, ένα υπόθετο για 7 ημέρες	Ή
Miconazole 200 mg κολπικό υπόθετο, ένα υπόθετο για 3 ημέρες	Ή
Miconazole 1,200 mg κολπικό υπόθετο, ένα υπόθετο για 1 ημέρα	Ή
Tioconazole 6.5% αλοιφή, 5 g ενδοκολπικά σε εφάπαξ χορήγηση	Ή
Butoconazole 2% cream*, 5 g ενδοκολπικά για 1 ημέρα	Ή



Nystatin 100,000-μονάδες κολπικό υπόθετο, ένα υπόθετο για 14 ημέρες

Ή

Terconazole 0.4% cream*, 5 g ενδοκολπικά για 7 ημέρες

Ή

Terconazole 0.8% cream, 5 g ενδοκολπικά για 3 ημέρες

Ή

Terconazole 80 mg κολπικό υπόθετο, ένα υπόθετο για 3 ημέρες

Ή

Fluconazole 150 mg ταμπλέτα, μια ταμπλέτα σε εφάπαξ δόση

Οι ενδοκολπικές κρέμες και υπόθετα είναι λιποδιαλυτά και μπορεί να μειώσουν την δραστηριότητα των προφυλακτικών ή των διαφραγμάτων, με αποτέλεσμα να απαιτείται πρόσθετη μέθοδος αντισύλληψης.

Παρακολούθηση

Επανεξέταση πρέπει να πραγματοποιείται μόνο σε περίπτωση μη υποχώρησης ή υποτροπής των συμπτωμάτων δυο μήνες μετά την αρχική διάγνωση.

Θεραπεία του συντρόφου

Η Μ.Α.Κ. συνήθως δεν αποκτάται μετά από σεξουαλική επαφή και δεν υπάρχουν δεδομένα που να υποστηρίζουν τη θεραπεία του συντρόφου. Μόνο στις σπάνιες περιπτώσεις όπου αναπτύσσεται βαλανίτιδα στον άντρα συστήνεται τοπική θεραπεία, η οποία θα συμβάλει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Ειδικές περιπτώσεις

Αλλεργία ή δυσανεξία στη θεραπεία

Η τοπική θεραπεία δεν προκαλεί συστηματικές παρενέργειες, παρά μόνο καύσο ή ερεθισμό. Η θεραπεία από το στόμα μπορεί να προκαλέσει ναυτία, κοιλιακό άλγος, πονοκέφαλο και σπάνια αύξηση των ηπατικών ενζύμων. Θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη η αλληλεπίδραση αυτών των φαρμάκων με άλλες ουσίες όπως κυκλοσπορίνη, ανταγωνιστές ασβεστίου, από του στόματος υπογλυκαιμικά, βαρφαρίνη κ.α.

Επιπλεγμένη Μ.Α.Κ.

Υποτροπιάζουσα Μ.Α.Κ.

Ορίζεται ως τέσσερα η περισσότερα επεισόδια Μ.Α.Κ. σε 1 χρόνο και αφορά περίπου το 5% των γυναικών. Η παθογένεση δεν είναι πλήρως κατανοητή και καλλιέργειες κολπικού εκκρίματος θα πρέπει να λαμβάνονται πάντα για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και την αναγνώριση σπάνιων μορφών. Ιδιαίτερα η *candida glabrata* δεν



σχηματίζει νημάτια και είναι δύσκολη η αναγνώριση της στο μικροσκόπιο και δεν καταπολεμάται με τα κοινά αντιμυκητιασικά.

Θεραπεία

Κάθε μεμονωμένο επεισόδιο υποτροπιάζουσας Μ.Α.Κ. το οποίο οφείλεται σε *C.albicans* ανταποκρίνεται με βραχείας διάρκειας θεραπεία με αζόλες (τοπική ή από του στόματος). Ωστόσο αρκετοί ειδικοί συνιστούν θεραπεία μεγαλύτερης διάρκειας (7-14 ημέρες) για να επιτευχθεί καλύτερος έλεγχος του μικροβιακού φορτίου.

Θεραπεία συντήρησης

Η από του στόματος φλουκοναζόλη (100-mg, 150-mg ή 200-mg) μια φορά την εβδομάδα για 6 μήνες αποτελεί την εκλογή πρώτης γραμμής και αν αυτό δεν είναι εφικτό συστήνεται τοπική θεραπεία κατά διαστήματα. Η κατασταλτική αυτή θεραπεία συντήρησης αντιμετωπίζει δραστικά την υποτροπιάζουσα Μ.Α.Κ., ωστόσο ένα ποσοστό 30 -50% των γυναικών θα προσβληθούν ξανά μετά την διακοπή της θεραπείας. Αμφιλεγόμενη είναι επίσης η θεραπεία του συντρόφου.

Σοβαρή Μ.Α.Κ.

Η σοβαρή αιδοιοκολπίτιδα χαρακτηρίζεται από εκτεταμένο οίδημα και ερυθρότητα του αιδοίου και σχηματισμό σχισμών και εκδορών. Σχετίζεται με χαμηλή ανταπόκριση στη θεραπεία βραχείας διάρκειας και συστήνεται είτε τοπική θεραπεία με αζόλες για 7 – 14 ημέρες είτε 2 δόσεις 150 g φλουκοναζόλης (η δεύτερη 72 ώρες μετά την αρχική).

Μη καντιντισιακή Μ.Α.Κ.

Η βέλτιστη θεραπεία δεν έχει έως τώρα καθοριστεί και συστήνεται σαν θεραπεία πρώτης γραμμής αζόλη (εκτός από φλουκοναζόλη) τοπικά ή συστηματικά για 7 - 14 ημέρες. Σε αποτυχία της θεραπείας επιλογή αποτελεί η ενδοκολπική τοποθέτηση 600 mg βορικού οξέος σε κάψουλα 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες με ποσοστό θεραπείας περίπου 70% [22]. Αν τα συμπτώματα δεν υφεθούν επιβάλλεται η παραπομπή σε ειδικό.

Ειδικές περιπτώσεις

Γυναίκες με καταστολή του ανοσοποιητικού (π.χ. αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης, θεραπεία με κορτικοστεροειδή) δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία βραχείας διάρκειας και απαιτείται παράταση (7-14 ημέρες) της κλασικής θεραπείας.

Κύηση

Στη διάρκεια της κύησης για τη θεραπεία Μ.Α.Κ. συστήνεται μόνο η τοπική θεραπεία με αζόλες για 7 ημέρες.

**Φορείς Η.Ι.Υ.**

Σε οροθετικές γυναίκες ο αποικισμός από candida είναι ιδιαίτερα υψηλός και τα επεισόδια συμπτωματικής Μ.Α.Κ. είναι περισσότερο συχνά και ανάλογα με το βαθμό της ανοσοκοταστολής. Η θεραπεία δεν θα πρέπει να διαφέρει από αυτήν σε οροαρνητικές γυναίκες. Αν και η προφυλακτική θεραπεία με φλουκαναζόλη (200mg την εβδομάδα) είναι αποτελεσματική στη μείωση των αποικιών *c.albicans* και Μ.Α.Κ. [23], αυτή δεν συστήνεται ως θεραπεία ρουτίνας παρά μόνο σε υποτροπιάζουσα Μ.Α.Κ.

* Δεν κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά

Βιβλιογραφία

1. Koumans, E.H., et al., *The prevalence of bacterial vaginosis in the United States, 2001-2004; associations with symptoms, sexual behaviors, and reproductive health*. Sex Transm Dis, 2007. **34**(11): p. 864-9.
2. Schwebke, J.R., et al., *Validity of the vaginal gram stain for the diagnosis of bacterial vaginosis*. Obstet Gynecol, 1996. **88**(4 Pt 1): p. 573-6.
3. Beigi, R.H., et al., *Antimicrobial resistance associated with the treatment of bacterial vaginosis*. Am J Obstet Gynecol, 2004. **191**(4): p. 1124-9.
4. Antonio, M.A., et al., *Vaginal colonization by probiotic Lactobacillus crispatus CTV-05 is decreased by sexual activity and endogenous Lactobacilli*. J Infect Dis, 2009. **199**(10): p. 1506-13.
5. Mastromarino, P., et al., *Effectiveness of Lactobacillus-containing vaginal tablets in the treatment of symptomatic bacterial vaginosis*. Clin Microbiol Infect, 2009. **15**(1): p. 67-74.
6. Hemmerling, A., et al., *Phase 1 dose-ranging safety trial of Lactobacillus crispatus CTV-05 for the prevention of bacterial vaginosis*. Sex Transm Dis, 2009. **36**(9): p. 564-9.
7. Bunge, K.E., et al., *The efficacy of retreatment with the same medication for early treatment failure of bacterial vaginosis*. Sex Transm Dis, 2009. **36**(11): p. 711-3.
8. Sobel, J.D., et al., *Suppressive antibacterial therapy with 0.75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis*. Am J Obstet Gynecol, 2006. **194**(5): p. 1283-9.
9. Hauth, J.C., et al., *Reduced incidence of preterm delivery with metronidazole and erythromycin in women with bacterial vaginosis*. N Engl J Med, 1995. **333**(26): p. 1732-6.
10. Morales, W.J., S. Schorr, and J. Albritton, *Effect of metronidazole in patients with preterm birth in preceding pregnancy and bacterial vaginosis: a placebo-controlled, double-blind study*. Am J Obstet Gynecol, 1994. **171**(2): p. 345-7; discussion 348-9.
11. Yudin, M.H., et al., *Clinical and cervical cytokine response to treatment with oral or vaginal metronidazole for bacterial vaginosis during pregnancy: a randomized trial*. Obstet Gynecol, 2003. **102**(3): p. 527-34.
12. Burtin, P., et al., *Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis*. Am J Obstet Gynecol, 1995. **172**(2 Pt 1): p. 525-9.
13. Piper, J.M., E.F. Mitchel, and W.A. Ray, *Prenatal use of metronidazole and birth defects: no association*. Obstet Gynecol, 1993. **82**(3): p. 348-52.
14. *Screening for bacterial vaginosis in pregnancy to prevent preterm delivery: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement*. Ann Intern Med, 2008. **148**(3): p. 214-9.
15. Jamieson, D.J., et al., *Longitudinal analysis of bacterial vaginosis: findings from the HIV epidemiology research study*. Obstet Gynecol, 2001. **98**(4): p. 656-63.
16. Forna, F. and A.M. Gulmezoglu, *Interventions for treating trichomoniasis in women*. Cochrane Database Syst Rev, 2003(2): p. CD000218.



17. Peterman, T.A., et al., *High incidence of new sexually transmitted infections in the year following a sexually transmitted infection: a case for rescreening*. Ann Intern Med, 2006. **145**(8): p. 564-72.
18. Klebanoff, M.A., et al., *Failure of metronidazole to prevent preterm delivery among pregnant women with asymptomatic Trichomonas vaginalis infection*. N Engl J Med, 2001. **345**(7): p. 487-93.
19. Kigozi, G.G., et al., *Treatment of Trichomonas in pregnancy and adverse outcomes of pregnancy: a subanalysis of a randomized trial in Rakai, Uganda*. Am J Obstet Gynecol, 2003. **189**(5): p. 1398-400.
20. Caro-Paton, T., et al., *Is metronidazole teratogenic? A meta-analysis*. Br J Clin Pharmacol, 1997. **44**(2): p. 179-82.
21. Kissinger, P., et al., *A randomized treatment trial: single versus 7-day dose of metronidazole for the treatment of Trichomonas vaginalis among HIV-infected women*. J Acquir Immune Defic Syndr, 2010. **55**(5): p. 565-71.
22. Sobel, J.D., et al., *Treatment of vaginitis caused by Candida glabrata: use of topical boric acid and flucytosine*. Am J Obstet Gynecol, 2003. **189**(5): p. 1297-300.
23. Vazquez, J.A., et al., *Evolution of antifungal susceptibility among Candida species isolates recovered from human immunodeficiency virus-infected women receiving fluconazole prophylaxis*. Clin Infect Dis, 2001. **33**(7): p. 1069-75.

Ομάδα σύνταξης κατευθυντήριας οδηγίας

Αυτή η οδηγία συντάχθηκε από τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή και τον Δ. Ζυγούρη.

Η οδηγία εγκρίθηκε από την επιτροπή του ΕΟΦ για τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που αποτελείται από τους Καθηγητές Γ. Κρεατσά, Ι. Μεσσήνη, Γ. Δεκαβάλα, τον Συντονιστή Διευθυντή ΕΣΥ Γ. Φαρμακίδη και τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή.

Η τελική δημοσιευμένη οδηγία είναι ευθύνη της Επιτροπής για την ανάπτυξη κατευθυντηρίων οδηγιών της ΕΜΓΕ που αποτελείται από τους Καθηγητές Β. Ταρλατζή, Α. Λουφόπουλο, Δ. Κασσάνο, Γ. Γαλάζιο, Θ. Στέφο και τον Αν. Καθηγητή Γ. Γκριμπίζη.

Πρώτη δημοσίευση Ιούνιος 2013.

Δημοσιεύθηκε από **Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία (Ε.Μ.Γ.Ε.)**.

Αλκαίου 10, Αθήνα 115 28. Τηλ.: 2107774607 Fax: 2107774609.

Ιστοσελίδα: www.hsog.gr e-mail: helobgyn@otenet.gr.