



# Κατευθυντήριες Οδηγίες για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ & ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ  
HIV/AIDS, ΣΜΝ & ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΟΔΥ)  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΑΓΡΑΦΩΝ 3-5, ΜΑΡΟΥΣΙ 15123  
ΤΗΛ: 2105212000

ΑΘΗΝΑ 2022

### **Συγγραφική Ομάδα - Συντονισμός:**

**Μαγαζιώτου Ιωάννα**, MSc, PhD, Παιδιάτρος, Προϊσταμένη Τμήματος Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, Διεύθυνση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS, Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων & Ηπατιτίδων, ΕΟΔΥ

**Παπαρίζου Ελένη**, MSc, Ιατρός, Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, Διεύθυνση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS, Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων & Ηπατιτίδων, ΕΟΔΥ

### **Επιμέλεια:**

**Νικολαΐδου Ηλέκτρα**, PhD, Καθηγήτρια Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας, Α΄ Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

**Παπαρίζος Βασίλειος**, PhD, Δερματολόγος – Αφροδισιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

**Παρασκευά Δήμητρα**, MSc, Παθολόγος, Προϊσταμένη Διεύθυνσης Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS, ΣΜΝ & Ηπατιτίδων, ΕΟΔΥ

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις αποτελούν μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Προκαλούν νοσήματα που επηρεάζουν σημαντικά τη σεξουαλική, την αναπαραγωγική και την ψυχική υγεία του ατόμου με απώτερες συνέπειες στην ποιότητα ζωής παιδιών, εφήβων και ενηλίκων παγκοσμίως.

Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας περισσότερα από ένα εκατομμύριο άτομα μολύνονται ημερησίως σε παγκόσμιο επίπεδο, η πλειονότητα των οποίων δεν εμφανίζει συμπτωματολογία. Το 2020 καταγράφηκαν 374 εκατομμύρια νέες λοιμώξεις από χλαμύδια (129 εκατομμύρια), γονόρροια (82 εκατομμύρια), σύφιλη (7,1 εκατομμύρια) και τριχομονάδες (156 εκατομμύρια). Αυτή η ραγδαία άνοδος κρούει τον κώδωνα κινδύνου και χρήζει άμεσης προσοχής για ταχεία διάγνωση και παρέμβαση. Χωρίς την κατάλληλη θεραπεία τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές επιπλοκές όπως η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου και η υπογονιμότητα, ενώ αυξημένος καταγράφεται ο κίνδυνος μόλυνσης από τον HIV, καθώς και ορισμένοι τύποι νεοπλασιών.

Στη χώρα μας τα ΣΜΝ γονόρροια, σύφιλη και οι χλαμυδιακές λοιμώξεις είναι υποχρεωτικώς δηλούμενα νοσήματα βάσει νομοθεσίας (Αριθμ. Δ1α/Γ.Π. οικ. 16711, τεύχος Β' Αρ.Φύλλου 1665/07-04-2022). Μέσω της επιδημιολογικής επιτήρησης των νοσημάτων, που επιτελείται από το Τμήμα ΣΜΝ του ΕΟΔΥ, παρακολουθείται η τάση που παρουσιάζουν στη κοινότητα, με απώτερο σκοπό το σχεδιασμό στρατηγικών ελέγχου της διασποράς.

Ο ρόλος των ιατρών και όλων των επαγγελματιών υγείας καθίσταται καθοριστικός στην πρόληψη και θεραπεία των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων. Οι παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν προϊόν συστηματικής ανασκόπησης των Ευρωπαϊκών και των Αμερικανικών οδηγιών και στοχεύουν στη διευκόλυνση όλων των επαγγελματιών υγείας που δύναται να αντιμετωπίσουν αυτούς τους ασθενείς. Στόχος μας είναι να αποτελέσουν χρήσιμο εργαλείο για την πρόληψη αναγνώριση και τη θεραπεία ασθενών που προσέρχονται σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, σε κλινικές εφηβικής φροντίδας, σε μονάδες παρακολούθησης HIV θετικών ατόμων, σε κέντρα υγειονομικής περίθαλψης σωφρονιστικών ιδρυμάτων, σε ιδιωτικά ιατρεία και σε κάθε χώρο που εξυπηρετεί άτομα που διατρέχουν κίνδυνο για ΣΜΝ.

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΕΧΟΜΕΝΩΝ</b>	
	Σελ.
<b>Συντομογραφίες</b>	<b>6</b>
<b>A. Γονόρροια</b>	<b>7</b>
1. Εισαγωγή	7
2. Συστάσεις για εργαστηριακό έλεγχο	7
3. Διάγνωση	8
4. Θεραπεία	8
4.1. Ουρηθρίτιδα, τραχηλίτιδα, πρωκτίτιδα, φαρυγγίτιδα	8
4.2. Ειδικές πληθυσμιακές ομάδες: Κύηση – Θηλασμός, HIV λοίμωξη	9
4.3. Επί αλλεργίας στις β-λακτάμες	9
4.4. Επί αντένδειξης/άρνησης ενδομυϊκής χορήγησης	9
4.5. Επιπεφυκίτιδα	9
4.6. Νεογνική οφθαλμία	9
5. Σεξουαλικοί σύντροφοι	9
6. Παρακολούθηση	9
<b>B. Χλαμυδιακές λοιμώξεις</b>	<b>11</b>
1. Εισαγωγή	11
2. Συστάσεις για εργαστηριακό έλεγχο	11
3. Διάγνωση	12
4. Θεραπεία	12
4.1 Ουρηθρίτιδα, τραχηλίτιδα	13
4.2 Πρωκτίτιδα, φαρυγγίτιδα	13
4.3 Ειδικές πληθυσμιακές ομάδες: Κύηση – Θηλασμός, HIV λοίμωξη	13
4.4 Επιπεφυκίτιδα	13
5. Σεξουαλικοί σύντροφοι	13
6. Παρακολούθηση	13
<b>Γ. Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα</b>	<b>15</b>
1. Εισαγωγή	15
2. Συστάσεις για εργαστηριακό έλεγχο	15
3. Διάγνωση	16
4. Θεραπεία	16
5. Σεξουαλικοί σύντροφοι	17
6. Παρακολούθηση	17
<b>Δ. Σύφιλη</b>	<b>18</b>
1. Εισαγωγή	18
2. Συστάσεις για εργαστηριακό έλεγχο	18
3. Διάγνωση	19
3.1 Αναζήτηση της σπειροχαΐτης	19
3.2 Ορολογικές διαγνωστικές μέθοδοι: Μη ειδικές τρεπονημικές, Ειδικές τρεπονημικές, Οσφυονωτιαία παρακέντηση	19
4. Θεραπεία	20
4.1 Πρώιμη σύφιλη	20
4.2 Όψιμη σύφιλη	21
4.3 Νευροσύφιλη, οφθαλμική, ακουστική σύφιλη	21

4.4 Ειδικές πληθυσμιακές ομάδες: Κύηση, HIV λοίμωξη	21
4.5 Αντίδραση στη θεραπεία	21
5. Σεξουαλικοί σύντροφοι	22
6. Παρακολούθηση	22
<b>Παράρτημα – Πίνακες</b>	<b>23</b>
1.Συστάσεις ελέγχου για γονόρροια	23
2. Συνοπτικός πίνακας θεραπείας γονόρροιας	24
3. Συστάσεις ελέγχου για χλαμυδιακές λοιμώξεις	25
4. Συνοπτικός πίνακας θεραπείας χλαμυδιακών λοιμώξεων	26
5.Συστάσεις ελέγχου για αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα	27
6. Συνοπτικός πίνακας θεραπείας αφροδίσιου λεμφοκοκκιώματος	27
7. Συστάσεις ελέγχου για σύφιλη	28
8. Συνοπτικός πίνακας εργαστηριακού ελέγχου σύφιλης	28
9. Συνοπτικός πίνακας θεραπείας σύφιλης	29
<b>Βιβλιογραφία</b>	<b>30</b>

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

<i>Abs</i>	Antibodies
<i>Anti-MOMP</i>	anti-Major Outer Membrane Protein
<i>CLIA</i>	Chemiluminescence Immunoassay
<i>DFE</i>	Dark Field Examination
<i>EIA</i>	Enzyme immunoassay
<i>ELISA</i>	Enzyme-linked Immunosorbent Assay
<i>FTA-Abs</i>	Fluorescent Treponemal Antibody Absorption
<i>HIV</i>	Human Immunodeficiency Virus
<i>LGV</i>	Lymphogranuloma Venereum
<i>MSM</i>	Men who have sex with men
<i>NAAT</i>	Nucleic Acid Amplification Test
<i>NTT</i>	Non Treponemal Test
<i>PCR</i>	Polymerase Chain Reaction
<i>PEP</i>	Post Exposure Prophylaxis
<i>PrEP</i>	Pre-Exposure Prophylaxis
<i>RPR</i>	RapidPlasmaReagin
<i>TOC</i>	Test of Cure
<i>TPHA</i>	Treponema Pallidum Heamagglutination Assay
<i>TPPA</i>	Treponema Pallidum Particle Agglutination Assay
<i>TRUST</i>	Toluidine Red Unheated Serum Test
<i>TT</i>	Treponemal Test
<i>VDRL</i>	Venereal Disease Research Laboratory
<i>ΓΕΣ</i>	Γαστρεντερικό Σύστημα
<i>ΕΝΥ</i>	Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό
<i>ΟΝΠ</i>	Οσφυονωτιαία Παρακέντηση
<i>ΣΜΝ</i>	Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

## A. ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ (*Neisseriagonorrhoeae*)

### 1. Εισαγωγή

Η γονόρροια είναι το δεύτερο σε συχνότητα βακτηριακό ΣΜΝ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα αναδεικνύουν υψηλό επιπολασμό της νόσου στους άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με άνδρες (MSM), με μεγαλύτερη επίπτωση στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών και ακόλουθη αυτή των 15-24 ετών.

Η λοίμωξη προκαλείται από τη *Neisseria gonorrhoeae* η οποία είναι υποχρεωτικά ενδοκυττάριο Gram αρνητικό βακτήριο. Προσβάλλει κυρίως το ενδοθήλιο της ουρήθρας, του τραχήλου, του πρωκτού, του στοματοφάρυγγα και του επιπεφυκότα. Ανιούσα λοίμωξη μπορεί να προκαλέσει φλεγμονώδη νόσο της πυέλου στις γυναίκες και ορχεοεπιδιδυμίτιδα στους άντρες.

Η μετάδοση της λοίμωξης γίνεται με ενοφθαλμισμό από μολυσμένο βλεννογόνο σε άλλο βλεννογόνο κατά την σεξουαλική επαφή, είτε από τη μητέρα στο νεογνό, κάθετα, κατά τον τοκετό.

Στους άντρες η λοίμωξη εμφανίζεται περίπου 2-8 ημέρες από την έκθεση (χρόνος επώασης 1-14 ημέρες), με κλινική εικόνα ουρηθρίτιδας με χαρακτηριστικό βλεννοπυώδες έκκριμα (>80%) και δυσουρία (>50%). Η ασυμπτωματική λοίμωξη είναι σπάνια (<10%).

Στις γυναίκες η ενδοτραχηλική ή η ουρηθρική λοίμωξη είναι ασυμπτωματικές στο 50% των περιπτώσεων ή εκδηλώνονται με βλεννοπυώδεις κολπικές εκκρίσεις (≤50%), άλγος κάτω κοιλίας (≤25%), δυσουρία (10-15%) και μεσοκυκλική αιμόρροια ή μηνορραγία.

Η πρωκτική και η φαρυγγική λοίμωξη είναι συνήθως ασυμπτωματικές και στα δύο φύλα. Σε πρωκτική εντόπιση μπορεί να υπάρχει πρωκτικό έκκριμα (σπάνια), άλγος και δυσφορία στην περιοχή, ενώ σε φαρυγγική εντόπιση, φαρυγγαλγία.

### 2. Συστάσεις για εργαστηριακό έλεγχο

Σύσταση για διενέργεια εργαστηριακού ελέγχου για γονοκοκκικές λοιμώξεις έχουν:

- ✓ άτομα που έχουν διαγνωσθεί πρόσφατα με ΣΜΝ ή άτομα που έχουν νέο ή πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους
- ✓ σεξουαλικοί σύντροφοι ατόμων με ΣΜΝ ή χρόνια φλεγμονώδη νόσο της πυέλου
- ✓ νεογνό ή ενήλικας με κλινική εικόνα πυώδους επιπεφυκίτιδας
- ✓ άνδρες <40 ετών με κλινική εικόνα οξείας ορχεοεπιδιδυμίτιδας ή με παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση άλλων ΣΜΝ (π.χ. νέος σεξουαλικός σύντροφος ή πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι ετησίως)
- ✓ άνδρες με συμπτωματολογία ουρηθρικού εκκρίματος
- ✓ σεξουαλικά ενεργείς γυναίκες ηλικίας <25 ετών, αλλά και γυναίκες >25 ετών με υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά
- ✓ γυναίκες που εμφανίζουν κολπικό ή τραχηλικό έκκριμα και έχουν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση άλλων ΣΜΝ (π.χ. ηλικία <30 ετών με νέο ή πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους ετησίως)
- ✓ γυναίκες με βλεννοπυώδη τραχηλίτιδα, οξύ πυελικό άλγος ή χρόνια φλεγμονώδη νόσο της πυέλου
- ✓ μητέρα νεογνού με εικόνα νεογνικής οφθαλμίας
- ✓ όλες οι έγκυες ηλικίας <25 ετών, έγκυες >25 ετών με υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά και όλες οι έγκυες στο 3ο τρίμηνο της κύησης

- ✓ έγκυες με μη αναμενόμενη διακοπή κύησης, που ανήκουν σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου ή βρίσκονται σε περιοχή υψηλού επιπολασμού για γονόρροια
- ✓ MSM τουλάχιστον ετησίως ανεξάρτητα από τη χρήση προφυλακτικού και κάθε 3-6 μήνες επί σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου
- ✓ σεξουαλικά ενεργά άτομα με HIV λοίμωξη κατά την πρώτη διάγνωση της λοίμωξης και τουλάχιστον ετησίως, ή συχνότερα, ανάλογα με την επικινδυνότητα της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς
- ✓ διεμφυλικά άτομα με βάση την ανατομία τους (π.χ. ο ετήσιος έλεγχος που συστήνεται σε cis-γυναίκες ηλικίας <25 ετών επεκτείνεται σε όλους τους trans-άνδρες και τα άτομα με τράχηλο μήτρας)

(Πίνακας 1)

### 3. Διάγνωση

Η διάγνωση της γονοκοκκικής λοίμωξης γίνεται με την ταυτοποίηση του γονόκοκκου σε δείγμα ουρογεννητικού ή πρωκτικού εκκρίματος, ή δείγματος από τον στοματοφάρυγγα ή τον οφθαλμό.

Η PCR (polymerase chain reaction – nucleic acid amplification test, NAAT) αποτελεί εξέταση εκλογής σε συμπτωματικά και ασυμπτωματικά άτομα και έχει ευαισθησία >95%. Στους άνδρες προτιμάται δείγμα πρώτων πρωινών ούρων (20cc) και στις γυναίκες δείγμα τραχηλικού επιχρίσματος, καθώς ο γονόκοκκος προσβάλλει εκλεκτικά τον τράχηλο της μήτρας.

Η **καλλιέργεια** μαζί με αντιβιογράμμα συστήνονται να γίνονται σε όλες τις περιπτώσεις θετικών NAATs πριν την έναρξη της αγωγής ώστε να διαπιστωθεί πιθανή αντοχή στα αντιβιοτικά. Προτιμώνται δείγματα από τράχηλο ή ουρήθρα. Δεν συστήνεται καλλιέργεια ούρων και κοιλιακού επιχρίσματος (η κοιλίτιδα προκαλείται συνήθως λόγω επινέμησης της τραχηλικής φλεγμονής). Η καλλιέργεια δειγμάτων από πρωκτό και στοματοφάρυγγα έχει σαφώς χαμηλότερη ευαισθησία και στις περιπτώσεις αυτές προτιμώνται οι NAATs.

Ταχεία διάγνωση μπορεί να τεθεί σε περιπτώσεις ανδρών που εμφανίζουν συμπτώματα (ουρηθρικό έκκριμα) μέσω **μικροσκόπησης με χρώση Gram ή κυανού του μεθυλενίου** αποκαλύπτοντας τον ενδοκυττάριο διπλόκοκκο στα πολυμορφοπύρρηνα (ευαισθησία 90-95%, ειδικότητα 99%). Η μέθοδος έχει χαμηλή ευαισθησία σε ασυμπτωματικούς άνδρες και δεν ενδείκνυται για την ανίχνευση της *Neisseria gonorrhoeae* σε στοματοφαρυγγικά δείγματα.

### 4. Θεραπεία

Συστήνεται χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με κεφτριαξόνη και αζιθρομυκίνη σε μια προσπάθεια περιορισμού της εμφάνισης και διασποράς πολυανθεκτικών στελεχών γονοκόκκου και στελεχών ανθεκτικών στην κεφτριαξόνη. Επιπρόσθετα, η διπλή αγωγή αντιμετωπίζει την πιθανή παράλληλη λοίμωξη από *Chlamydia Trachomatis* και προσφέρει μερική κάλυψη και για το *Mycoplasma genitalium*.

(Πίνακας 2)

#### 4.1. Ουρηθρίτιδα, τραχηλίτιδα, πρωκτίτιδα, φαρυγγίτιδα

- Κεφτριαξόνη 1gr ενδομυϊκά άπαξ **ΚΑΙ** αζιθρομυκίνη 2gr από του στόματος άπαξ



- Αν αναμένονται παρενέργειες από το γαστρεντερικό σύστημα (ΓΕΣ), η αζιθρομυκίνη μπορεί να χορηγηθεί σε δύο δόσεις του 1gr με διαφορά 6-12 ωρών
- Προς μείωση της πιθανότητας παρενεργειών από το ΓΕΣ, συστήνεται η λήψη της μετά το φαγητό

Εναλλακτικά, **μονοθεραπεία** με κεφτριαξόνη 1gr ενδομυϊκά άπαξ υπό τις εξής προϋποθέσεις:

- 1) υπάρχει αποδεδειγμένη ευαισθησία του γονόκοκκου στην κεφτριαξόνη,
- 2) θα γίνει υποχρεωτικά έλεγχος ανταπόκρισης στη θεραπεία (test of cure, TOC)
- 3) αν δεν έχει αποκλειστεί με NAAΤη συλλοίμωξη με *Chlamydia trachomatis*, χορηγείται επιπρόσθετα δοξυκυκλίνη από του στόματος, 100mg x2 για 7 ημέρες

#### 4.2. Ειδικές πληθυσμιακές ομάδες: Κύηση – Θηλασμός, ΗΙΝΛοίμωξη

Η αγωγή δεν τροποποιείται.

(προσοχή στα εναλλακτικά σχήματα, ΟΧΙ αγωγή με φθοριοκινολόνες ή τετρακυκλίνες σε κύηση – θηλασμό)

#### 4.3. Επί αλλεργίας στις β-λακτάμες

- Σπεκτινομυκίνη 2gr ενδομυϊκά άπαξ **ΚΑΙ** αζιθρομυκίνη 2gr από του στόματος άπαξ ή
- Σιπροφλοξασίνη 500mg από του στόματος άπαξ, εφόσον υπάρχει τεκμηριωμένη ευαισθησία (αν δεν έχει αποκλειστεί συλλοίμωξη με *Chlamydia trachomatis*, τότε ταυτόχρονη αγωγή με δοξυκυκλίνη από του στόματος, 100mg x2 για 7 ημέρες) ή
- Γενταμυκίνη 240mg ενδομυϊκά άπαξ **ΚΑΙ** αζιθρομυκίνη 2gr από του στόματος άπαξ

#### 4.4. Επί αντένδειξης/άρνησης ενδομυϊκής χορήγησης

- Κεφιξίμη 400mg από του στόματος άπαξ **ΚΑΙ** αζιθρομυκίνη 2gr από του στόματος άπαξ ή
- Σιπροφλοξασίνη 500mg από του στόματος άπαξ, εφόσον υπάρχει τεκμηριωμένη ευαισθησία (αν δεν έχει αποκλειστεί με NAAΤ συλλοίμωξη με *Chlamydia trachomatis*, τότε χορηγείται επιπρόσθετα δοξυκυκλίνη από του στόματος, 100mg x 2 για 7 ημέρες)

#### 4.5 Επιπεφυκίτιδα

- Κεφτριαξόνη 1gr ενδομυϊκά άπαξ **ΚΑΙ** Αζιθρομυκίνη 2gr από του στόματος άπαξ
- Συχνές οφθαλμικές πλύσεις με φυσιολογικό ορό

#### 4.6 Νεογνική οφθαλμία

- Κεφτριαξόνη 25-50mg/kg ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά άπαξ (η κεφτριαξόνη δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 125mg)
- Συχνές οφθαλμικές πλύσεις με φυσιολογικό ορό

#### 5. Σεξουαλικοί σύντροφοι

Αναζήτηση και έλεγχος συντρόφων έως 3 μήνες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων ή τη διάγνωση.

#### 6. Παρακολούθηση

Σύσταση στους ασθενείς και στους συντρόφους τους να αποφεύγουν τις σεξουαλικές επαφές για χρονικό διάστημα 14 ημερών μετά την ολοκλήρωση του διπλού σχήματος φαρμακευτικής αγωγής και την απουσία συμπτωμάτων.

Ενημέρωση των ασθενών και των σεξουαλικών συντρόφων τους για τον κίνδυνο επαναλοίμωξης και σύσταση ελέγχου για άλλα ΣΜΝ.

Σύσταση αξιολόγησης των ασθενών μετά το τέλος της φαρμακευτικής αγωγής και έλεγχος ανταπόκρισης στη θεραπεία (TOC):

- Επί εμμονής σημείων/συμπτωμάτων μετά τη θεραπεία, καλλιέργεια και αντιβιογράμμα 3-7 ημέρες μετά το πέρας της αγωγής και επί αρνητικής καλλιέργειας NAAT μία εβδομάδα μετά.
- Σε απουσία συμπτωμάτων, διενέργεια NAAT 2 εβδομάδες μετά το πέρας της αγωγής και επί θετικής NAAT, καλλιέργεια και αντιβιογράμμα.

Έγκυες που έχουν λάβει θεραπεία για γονόρροια, χρήζουν επανελέγχου 3 μήνες μετά το τέλος της αγωγής.

## **B. ΧΛΑΜΥΔΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ (*Chlamydia trachomatis*)**

### **1. Εισαγωγή**

Οι χλαμυδιακές λοιμώξεις αποτελούν μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως, αφού εκτιμώνται σε πάνω από 100 εκατομμύρια μολύνσεις ετησίως.

Τα *Chlamydia trachomatis* είναι υποχρεωτικά ενδοκυττάρια βακτήρια και μεταδίδονται με την άμεση επαφή βλεννογόνων κατά τη σεξουαλική επαφή ή κάθετα κατά τη γέννηση στο νεογνό από μολυσμένη μητέρα. Η νεαρή ηλικία (<25 ετών), η απουσία συστηματικής χρήσης προφυλακτικού, η ύπαρξη νέων ή η συχνή εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων ετησίως, καθίστανται οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου χλαμυδιακών λοιμώξεων.

Η λοίμωξη είναι συχνά ασυμπτωματική και στα δύο φύλα (στις γυναίκες σε ποσοστό 70-95% και στους άνδρες σε ποσοστό >50%).

Τα σημεία και συμπτώματα της νόσου που παρατηρούνται στις γυναίκες είναι η βλενοπυώδης τραχηλίτιδα, η ευθρυπτότητα και το οίδημα του τραχήλου, τα ενδοτραχηλικά έλκη, η ουρηθρίτιδα, η δυσουρία, το κολπικό έκκριμα, η αιμορραγία μετά την σεξουαλική επαφή, η μεσοκυκλική αιμόρροια και το άλγος κάτω κοιλίας. Η μακρά διάρκεια της μη διαγνωσθείσας και μη θεραπευθείσας λοίμωξης έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση χρόνιας φλεγμονώδους νόσου της πυέλου με απώτερες συνέπειες το χρόνια πυελικό άλγος, την υπογονιμότητα και την πιθανότητα έκτοπης κύησης.

Οι άντρες, αντίστοιχα, μπορεί να εμφανίσουν μη ειδική ουρηθρίτιδα, δυσουρία, ουρηθρικό έκκριμα, επιδιδυμίτιδα και άλγος όρχεων.

Χλαμυδιακή λοίμωξη μπορεί επίσης να εντοπισθεί στον πρωκτό, στο φάρυγγα και στον οφθαλμό. Στη πρωκτική εντόπιση η λοίμωξη είναι συνήθως ασυμπτωματική, μπορεί όμως να εμφανισθεί πρωκτικό έκκριμα, δυσφορία και προοδευτική εκδήλωση πρωκτοκολίτιδας. Η φαρυγγική λοίμωξη είναι ασυμπτωματική αλλά μπορεί να υπάρχει συμπτωματολογία ήπιας φαρυγγαλγίας. Τέλος, η οφθαλμική λοίμωξη εκδηλώνεται ως επιπεφυκίτιδα.

Ο κίνδυνος κάθετης μετάδοσης της λοίμωξης στα νεογνά είναι της τάξης του 50-75% και μπορεί να εμφανισθεί ως επιπεφυκίτιδα ή πνευμονία.

### **2. Συστάσεις για εργαστηριακό έλεγχο**

Σύσταση για διενέργεια εργαστηριακού ελέγχου για χλαμυδιακές λοιμώξεις έχουν:

- ✓ άτομα με παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση χλαμυδιακών λοιμώξεων ή ΣΜΝ
- ✓ άτομα που έχουν προηγουμένως διαγνωσθεί με άλλα ΣΜΝ
- ✓ σεξουαλικοί σύντροφοι ατόμων με ΣΜΝ ή χρόνια φλεγμονώδη νόσο της πυέλου
- ✓ άτομα με κλινική εικόνα πρωκτίτιδας ή πρωκτοκολίτιδας
- ✓ ενήλικες ή νεογνά με πυώδη επιπεφυκίτιδα
- ✓ νεογνά με εικόνα άτυπης πνευμονίας
- ✓ άνδρες <40 ετών με κλινική εικόνα οξείας επιδιδυμίτιδας – ορχίτιδας ή παράγοντες κινδύνου για ΣΜΝ
- ✓ άνδρες με σημεία και συμπτώματα ουρηθρίτιδας
- ✓ ετεροφυλόφιλοι άνδρες σε περιβάλλον υψηλού επιπολασμού για ΣΜΝ
- ✓ σεξουαλικά ενεργείς γυναίκες ηλικίας <25 ετών, σεξουαλικά ενεργείς γυναίκες ηλικίας >25 ετών με υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά και γυναίκες που έχουν λάβει θεραπεία για χλαμυδιακή λοίμωξη. Η τελευταία ομάδα γυναικών συνιστάται να επανελεγχθεί κατά προσέγγιση 3 μήνες μετά το τέλος της θεραπευτικής αγωγής
- ✓ γυναίκες που εμφανίζουν κολπικό/τραχηλικό έκκριμα και παράγοντες κινδύνου για ΣΜΝ

- ✓ γυναίκες με οξύ πυελικό άλγος ή σημεία και συμπτώματα χρόνιας φλεγμονώδους νόσου της πυέλου
- ✓ όλες οι έγκυες γυναίκες ηλικίας <25 ετών, έγκυες ηλικίας >25 ετών με υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά και όλες οι έγκυες γυναίκες στο 3ο τρίμηνο της κύησης. Έγκυες που έχουν λάβει θεραπεία για χλαμυδιακή λοίμωξη και έχουν ελεγχθεί εργαστηριακά 4 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπευτικής αγωγής, χρήζουν επανελέγχου μέσα σε χρονικό διάστημα 3 μηνών
- ✓ έγκυες με μη αναμενόμενη διακοπή κύησης
- ✓ έγκυες με ενδομήτριες παρεμβάσεις ή χειρισμούς
- ✓ MSM τουλάχιστον ετησίως ανεξάρτητα από τη χρήση προφυλακτικού και κάθε 3-6 μήνες επί σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου
- ✓ σεξουαλικά ενεργά άτομα με HIV λοίμωξη κατά τη πρώτη διάγνωση της λοίμωξης και τουλάχιστον ετησίως ή συχνότερα ανάλογα με την επικινδυνότητα της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς
- ✓ διεμφυλικά άτομα με βάση την ανατομία τους (π.χ. ο ετήσιος έλεγχος που συστήνεται σε cis-γυναίκες ηλικίας <25 ετών επεκτείνεται σε όλους τους trans-άνδρες και τα άτομα με τράχηλο μήτρας)

(Πίνακας 3)

### 3. Διάγνωση

Η μοριακή μέθοδος ανίχνευσης του γενετικού υλικού (NAATs) των *Chlamydia trachomatis* είναι η **εξέταση εκλογής** για τη διάγνωση της νόσου. Η μέθοδος σε ουρογεννητικά δείγματα παρουσιάζει εξαιρετικά υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα και παρέχει τη δυνατότητα ταχείας διάγνωσης σε συμπτωματικούς και ασυμπτωματικούς ασθενείς.

- ✓ **Δείγμα σε άνδρες:** πρώτα πρωινά ούρα  
Δεν συστήνεται έλεγχος σε δείγμα σπέρματος
- ✓ **Δείγμα σε γυναίκες:** κολπικό ή τραχηλικό επίχρισμα. Σε αδυναμία λήψης επιχρίσματος, χρησιμοποιούνται πρώτα πρωινά ούρα  
Δεν συστήνεται η διενέργεια τεστ Παπανικολάου ως screening χλαμυδιακής λοίμωξης

NAATs σε δείγματα φαρυγγικού, πρωκτικού και οφθαλμικού επιχρίσματος έχουν χαμηλότερη ευαισθησία και ειδικότητα, αλλά συνιστάται να διενεργούνται σε MSM ή ετεροφυλόφιλα άτομα με βάση την επικινδυνότητα της σεξουαλικής συμπεριφοράς τους. Επί θετικού πρωκτικού δείγματος σε MSM συστήνεται περαιτέρω γονοτυπικός έλεγχος για αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, ανεξάρτητα από τη συμπτωματολογία.

Σε αδυναμία διενέργειας NAAT, η διάγνωση της οξείας νόσου μπορεί να γίνει με απομόνωση των *Chlamydia trachomatis* σε κυτταροκαλλιέργεια ή ταυτοποίησή τους με τη μέθοδο του άμεσου ανοσοφθορισμού. Σημειώνεται ότι ο ανοσοφθορισμός έχει σχετικά χαμηλή ευαισθησία και δεν προτείνεται ως μέθοδος εκλογής. Το αρνητικό αποτέλεσμα θα πρέπει να αξιολογείται σε συνάρτηση με την κλινική εικόνα και το ιστορικό των ασθενών.

Ο ορολογικός έλεγχος δεν συστήνεται για προσυμπτωματικό έλεγχο ή για τη διάγνωση της οξείας ανεπίπλεκτης λοίμωξης όταν δεν υπάρχει συμμετοχή του ουρογεννητικού συστήματος.

### 4. Θεραπεία

Θεραπευτική αγωγή συνιστάται σε όλα τα άτομα που:

- ✓ έχει τεθεί εργαστηριακά η διάγνωση της λοίμωξης
- ✓ έχουν επιδημιολογικό ιστορικό υψηλού κινδύνου για χλαμυδιακές λοιμώξεις (πρόσφατη σεξουαλική επαφή με άτομο με επιβεβαιωμένη χλαμυδιακή λοίμωξη, σεξουαλική κακοποίηση, μητέρα νεογνού με χλαμυδιακή πνευμονία)

- ✓ εμφανίζουν κλινική συμπτωματολογία χλαμυδιακών λοιμώξεων και δεν είναι δυνατή η άμεση διενέργεια διαγνωστικού ελέγχου με NAAT (Πίνακας 4)

#### **4.1 Ουρηθρίτιδα, τραχηλίτιδα**

1<sup>η</sup> γραμμής:

- Δοξυκυκλίνη 100mg x2 από του στόματος για 7 ημέρες (αντενδείκνυται η χορήγηση στην κύηση) ή
- Αζιθρομυκίνη 1gr από του στόματος άπαξ

2<sup>η</sup> γραμμής (+TOC):

- Ερυθρομυκίνη 500mg x2 από του στόματος για 7 ημέρες ή
- Λεβοφλοξασίνη 500mg x1 από του στόματος για 7 ημέρες (αντενδείκνυται η χορήγηση στην κύηση) ή
- Οφλοξασίνη 200mg x2 από του στόματος για 7 ημέρες (αντενδείκνυται η χορήγηση στην κύηση)

Επί υποψίας ή επιβεβαιωμένης συλλοίμωξης με ***Mycoplasma genitalium***:

- Αζιθρομυκίνη 500mg από του στόματος την πρώτη μέρα και κατόπιν 250mg x1 για 4 ημέρες

#### **4.2 Πρωκτίτιδα, φαρυγγίτιδα (όχι σε αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα)**

- Δοξυκυκλίνη 100mg x2 από του στόματος για 7 ημέρες (προτιμάται σε πρωκτική εντόπιση) ή
- Αζιθρομυκίνη 1gr από του στόματος άπαξ (με συνοδό TOC)

#### **4.3 Ειδικές πληθυσμιακές ομάδες:**

##### **A. Κύηση – Θηλασμός**

1<sup>η</sup> γραμμής:

- Αζιθρομυκίνη 1gr από του στόματος άπαξ

2<sup>η</sup> γραμμής:

- Αμοξικιλίνη 500mg x3 από του στόματος για 7 ημέρες ή
- Ερυθρομυκίνη 500mg x4 από του στόματος για 7 ημέρες

##### **B. HIVλοίμωξη**

Η αγωγή δεν τροποποιείται σε σχέση με τα HIVαρνητικά άτομα.

#### **4.4Επιπεφυκίτιδα**

- Αζιθρομυκίνη 1gr από του στόματος άπαξ ή
- Δοξυκυκλίνη 100mg x2 από του στόματος για 7 ημέρες

#### **5. Σεξουαλικοί σύντροφοι**

Αναζήτηση, έλεγχος και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σε όλους τους σεξουαλικούς συντρόφους των πασχόντων κατά το χρονικό διάστημα 6 μηνών πριν την έναρξη των συμπτωμάτων ή τη διάγνωση της νόσου.

#### **6. Παρακολούθηση**

Ο έλεγχος για την ανταπόκριση του ασθενούς στη θεραπεία (TOC) δεν αποτελεί ρουτίνα. Συστήνεται διενέργεια NAAT4 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας σε:

- ✓ κύηση
- ✓ επιπλεγμένες λοιμώξεις
- ✓ εμμένουσα συμπτωματολογία
- ✓ χορήγηση θεραπείας 2<sup>ης</sup> γραμμής
- ✓ υποψία μη συμμόρφωσης στη θεραπεία
- ✓ υποψία επαναμόλυνσης και
- ✓ εξωγεννητική εντόπιση

Επαναληπτικός έλεγχος για ανίχνευση επαναμόλυνσης μπορεί να γίνει σε νέους άνδρες και γυναίκες <25 ετών, 3-6 μήνες μετά το τέλος της αγωγής καθώς και σε MSM με ανεπίπλεκτη πρωκτική λοίμωξη για αποκλεισμό αφροδίσιου λεμφοκοκκιώματος.

## Γ. ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ (Lymphogranuloma Venereum, LGV)

### 1. Εισαγωγή

Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα (LGV) είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που προκαλείται από τους ορότυπους L1, L2, L3 των *Chlamydia trachomatis*, και κυρίως από τον L2b. Στις ανεπτυγμένες χώρες η νόσος ενδημεί στους MSM, κυρίως σε αυτούς που έχουν συλλοίμωξη με HIV. Η μετάδοση προκαλείται κυρίως από ασυμπτωματικούς φορείς μέσω πρωκτικής επαφής και ο χρόνος επώασης είναι 1-4 εβδομάδες.

Στους MSM το ποσοστό των ασυμπτωματικών φορέων είναι της τάξης του 25%.

Η νόσος διακρίνεται σε τρία στάδια:

- **Πρωτογενές:** Μικρή ανώδυνη βλατίδα ή φλύκταινα που προσομοιάζει με ερπητικό έλκος και μπορεί να ραγεί. Συνήθως αυτοϊάται εντός μίας εβδομάδας και παραμένει απαρατήρητη. Μπορεί να συνοδεύεται από βλενοπυώδες έκκριμα από το σημείο ενοφθαλμισμού (πρωκτός, ουρήθρα, τράχηλος).
- **Δευτερογενές ή «βουβωνικό»:** Αρχίζει 2-6 εβδομάδες μετά την εμφάνιση της πρωτοπαθούς βλάβης και εμφανίζεται με επώδυνη βουβωνική λεμφαδενοπάθεια, συνήθως ετερόπλευρη. Οι διογκωμένοι λεμφαδένες μπορεί να διαπηθούν και να εξελιχθούν σε αποστηματικές βλάβες, οι οποίες ενδέχεται να ραγούν. Σε αναπτυσσόμενες χώρες η συμπτωματολογία αυτού του σταδίου αποτελεί τη χαρακτηριστική εκδήλωση της νόσου και παρατηρείται συνήθως σε άνδρες.
- **Τριτογενές:** Είναι συχνότερο στις γυναίκες. Οι ασθενείς έχουν εικόνα πρωκτοκολίτιδας με συνοδά περιεδρικά αποστήματα, συρίγγια και στενώσεις. Χωρίς τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής οδηγούνται σε ίνωση και μη αναστρέψιμο λεμφοίδημα.

Η πρωκτίτιδα αποτελεί την κύρια εκδήλωση της λοίμωξης στους MSM. Η νόσος μιμείται σε συμπτωματολογία τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Εκδηλώνεται με έντονο άλγος, αιμοπυώδες έκκριμα, απώλεια αίματος, τεινεσμό και δυσκοιλιότητα οφειλόμενη στο συνοδό οίδημα που υπάρχει στον βλεννογόνο ή περιπρωκτικά. Συνήθως δεν παρατηρείται συνοδός βουβωνική λεμφαδενοπάθεια, αλλά απεικονιστικά υπάρχει συμμετοχή πυελικών ή κατώτερων κοιλιακών λεμφαδένων.

Στις γυναίκες συνήθως υπάρχει συμμετοχή από το ορθό, το ανώτερο τμήμα του κόλπου, τον τράχηλο και την ουρήθρα.

Η φαρυγγική λοίμωξη είναι σπάνια και εκδηλώνεται με υπογνάθια ή/και τραχηλική λεμφαδενοπάθεια.

Μπορεί να συνυπάρχουν συστηματικά συμπτώματα όπως δεκατική πυρετική κίνηση, φρίκια, κακουχία, αρθραλγίες, μυαλγίες.

### 2. Συστάσεις για εργαστηριακό έλεγχο

Σύσταση για διενέργεια εργαστηριακού ελέγχου για αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα (LGV) έχουν:

- ✓ άτομα που αποτελούν επαφές επιβεβαιωμένων κρουσμάτων LGV
- ✓ άτομα με συμπτωματολογία ύποπτη για LGV
- ✓ άτομα στα οποία έχουν απομονωθεί *Chlamydia trachomatis* σε ούρα, ουρηθρικό ή φαρυγγικό δείγμα και παρουσιάζουν εμμένουσα συμπτωματολογία παρά τη χορήγηση ενδεικνυόμενης φαρμακευτικής αγωγής

- ✓ όλοι οι MSM ανεξάρτητα από την παρουσία ή μη συμπτωμάτων, στους οποίους έχουν απομονωθεί *Chlamydia trachomatis* σε πρωκτικό δείγμα
- ✓ HIVθετικοί MSM ή MSM που πρόκειται να λάβουν αντιρετροϊκή αγωγή μετά από πιθανή έκθεση στον HIV (PEP, Post Exposure Prophylaxis)

Ο έλεγχος σε ασυμπτωματικούς MSM συνιστάται να γίνεται σε διάστημα τουλάχιστον 2 εβδομάδων μετά από επαφή υψηλού κινδύνου.

(Πίνακας 5)

### 3. Διάγνωση

Η διάγνωση τίθεται με NAAT για *Chlamydia trachomatis* σε ύποπτο κλινικό δείγμα και επί θετικού αποτελέσματος, ειδική NAAT για τους ορότυπους του LGV στο ίδιο δείγμα. Η ευαισθησία των μοριακών μεθόδων ανίχνευσης LGV είναι χαμηλότερη συγκριτικά με αυτήν για την ανίχνευση *Chlamydia trachomatis*. Για τον εργαστηριακό έλεγχο μπορεί να χρησιμοποιηθούν πρώτα πρωινά ούρα ή ουρηθρικό δείγμα σε άτομα με κλινική συμπτωματολογία LGV, φαρυγγικό δείγμα από MSM ή γυναίκες που έχουν εκτεθεί στην συγκεκριμένη ανατομική περιοχή, επιχρίσματα ελκωτικών βλαβών ή εξιδρώματα βλαβών εκτός από την περιοχή του ουρογεννητικού συστήματος, πρωκτικά δείγματα, ή αναρροφηθέν υλικό διογκωμένου λεμφαδένα ή διαπηθείσας βλάβης.

Αν δεν υπάρχει δυνατότητα για ειδική NAAT, εναλλακτικές διαγνωστικές μέθοδοι είναι :

- Ορολογικός έλεγχος: Υψηλός τίτλος IgA anti-MOMP (anti-Major Outer Membrane Protein) σε ασθενείς με κλινική συμπτωματολογία (μέθοδος με χαμηλή ευαισθησία και ειδικότητα)
- Κυτταροκαλλιέργεια: Απομόνωση των *Chlamydia trachomatis* και ανίχνευση των οροτύπων LGV
- Μέτρηση ουδετερόφιλων λευκοκυττάρων σε πρωκτικά επιχρίσματα, ειδικά σε συμπτωματικούς HIV θετικούς MSM.

### 4. Θεραπεία

Συμπτωματικοί και ασυμπτωματικοί ασθενείς:

1<sup>η</sup> γραμμής:

- Δοξυκυκλίνη 100mg x2 από του στόματος για 21 ημέρες

Εναλλακτικά (με TOC):

- Αζιθρομυκίνη 1g από του στόματος άπαξ, ή 1g μία φορά την εβδομάδα για 3 εβδομάδες
- Δοξυκυκλίνη 100mg x2 από του στόματος για 7-14 ημέρες ή
- Ερυθρομυκίνη 400mg x4 από του στόματος για 21 ημέρες

#### HIVΛοίμωξη:

Η αγωγή δεν τροποποιείται.

Πέραν της χορήγησης αντιμικροβιακής αγωγής, συστήνεται η παροχέτευση τυχόν αποστηματικών βλαβών. Σε περίπτωση ανάπτυξης ινωδών βλαβών ή στενώσεων, η χειρουργική αποκατάστασή τους.

(Πίνακας 6)



### **5. Σεξουαλικοί σύντροφοι**

Αναζήτηση και έλεγχος συντρόφων έως 3 μήνες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων ή τη διάγνωση. Έναρξη εμπειρικής θεραπείας με δοξυκυκλίνη μέχρι αποδείξεως μη νόσησης από LGV.

### **6. Παρακολούθηση**

Όλοι οι ασθενείς με LGV θα πρέπει να επανεξετασθούν στο τέλος της θεραπευτικής αγωγής προκειμένου να ελεγχθεί η ύφεση σημείων και συμπτωμάτων της νόσου, να επιβεβαιωθεί ότι έγινε ενημέρωση των σεξουαλικών τους συντρόφων και ότι υπάρχει συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή και τέλος, να διερευνηθεί η παρουσία τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών.

Μετά από σχήμα 21 ημερών με δοξυκυκλίνη, η επανεξέταση με NAAT για έλεγχο ανταπόκρισης στη θεραπεία (TOC) δεν κρίνεται απαραίτητη.

Επί αγωγής με εναλλακτικό σχήμα, συστήνεται επανεξέταση 4-6 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

## Δ. ΣΥΦΙΛΗ(*Treponema pallidum*)

### 1. Εισαγωγή

Η σύφιλη είναι πολυσυστηματικό ΣΜΝ που προκαλείται από το βακτήριο *Treponema pallidum*. Η λοίμωξη μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής, κάθετα από τη μητέρα στο νεογνό, μέσω παραγώγων αίματος ή κατά τη μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων. Διακρίνεται σε επίκτητη και συγγενή.

Η επίκτητη σύφιλη σταδιοποιείται με βάση την κλινική εικόνα και τη χρονική διάρκεια της λοίμωξης. Βάσει χρονικής διάρκειας, διακρίνεται σε πρώιμη και όψιμη και βάσει κλινικής εικόνας σε πρωτογόνο, δευτερογόνο, τριτογόνο και λανθάνουσα. Σε οποιοδήποτε στάδιο μπορεί να υπάρχει προσβολή του ΚΝΣ και τότε η νόσος χαρακτηρίζεται ως νευροσύφιλη.

Η **πρώιμη** αφορά λοίμωξη διάρκειας <1 έτους και η **όψιμη** αφορά λοίμωξη ≥1 έτους. Λοίμωξη άγνωστης διάρκειας αντιμετωπίζεται ως **όψιμη**.

Η **πρωτογόνος** σύφιλη χαρακτηρίζεται από την ανεύρεση του συφιλιδικού έλκους, με συνοδό περιοχική λεμφαδενίτιδα. Έχει χρόνο επώασης 10-90 ημέρες από την έκθεση.

Η **δευτερογόνος** χαρακτηρίζεται από πολυσυστηματική συμμετοχή στα πλαίσια βακτηριαμίας συνήθως εντός του πρώτου έτους από τη λοίμωξη. Παρατηρείται κατά προσέγγιση στο ένα τρίτο των ασθενών που δεν έχουν λάβει θεραπευτική αγωγή στο προηγούμενο στάδιο. Κλινικά εκδηλώνεται πολύ συχνά με την εμφάνιση ροδάνθης, η οποία εκθύεται 2-3 μήνες μετά την εμφάνιση του έλκους, αλλά και γενικευμένων συμπτωμάτων όπως πυρετός, λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία, ηπατίτιδα, αρθρίτιδα, περιοσίτιδα κ.ά.. Σε αυτό το στάδιο είναι δυνατό να υπάρχει προσβολή του νευρικού συστήματος (μηνιγγίτιδα, παραλύσεις κρανιακών νεύρων, ραγοειδίτιδα, ωτίτιδα, μυελίτιδα κ.ά.) που χαρακτηρίζεται ως **πρώιμη νευροσύφιλη**.

Η **λανθάνουσα** σύφιλη χαρακτηρίζεται από την απουσία κλινικών ευρημάτων και θετικό ορολογικό έλεγχο. Είναι δυνατό να παρατηρηθεί πρώιμα σε χρονικό διάστημα <1 έτους από την έκθεση (**πρώιμη λανθάνουσα**) ή όψιμα (>1 έτος, **όψιμη λανθάνουσα**) ή ακόμα και σε αδιευκρίνιστο χρονικό διάστημα από τη λοίμωξη.

Η **τριτογόνος** σύφιλη περιλαμβάνει την κομμωματώδη σύφιλη, την καρδιαγγειακή σύφιλη και την **όψιμη νευροσύφιλη** και παρουσιάζεται περίπου στο 10% των ασθενών.

Τα στάδια της σύφιλης μπορεί να αλληλοεπικαλύπτονται.

Η μετάδοση της λοίμωξης μέσω σεξουαλικής επαφής πραγματοποιείται κυρίως κατά την πρωτογόνο και δευτερογόνο σύφιλη. Οι υγρές δερματικές βλάβες της πρώιμης σύφιλης (έλκος, πλατέα κονδυλώματα, βλεννώδεις πλάκες που εντοπίζονται περιγεννητικά ή στους βλεννογόνους) βρίθουν σπειροχαιτών. Η όψιμη σύφιλη θεωρείται γενικά μη μεταδοτική.

Κατά την κύηση, η μετάδοση στο έμβρυο γίνεται συνήθως μετά την 28<sup>η</sup> εβδομάδα. Χωρίς θεραπεία της μητέρας, το 70-100% των κυημάτων θα μολυνθούν και από αυτά το 1/3 θα είναι θνησιγενή. Θεραπεία πριν την 28<sup>η</sup> εβδομάδα συνήθως προλαμβάνει τις συγγενείς βλάβες στο παιδί.

### 2. Συστάσεις για εργαστηριακό έλεγχο

Εργαστηριακός έλεγχος σύφιλης συνιστάται σε:

- ✓ όλα τα άτομα με συμπτωματολογία συμβατή με σύφιλη
- ✓ άτομα με συμπτωματολογία που παραπέμπει σε νευροσύφιλη
- ✓ άτομα που έχουν διαγνωστεί πρόσφατα με άλλο ΣΜΝ
- ✓ άτομα με ηπατίτιδα Β ή/και C
- ✓ άτομα με σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου για εμφάνιση ΣΜΝ

- ✓ όλους τους αιμοδότες και δότες παραγώγων αίματος και συμπαγών οργάνων
- ✓ όλα τα άτομα που λαμβάνουν PrEP (αντιρετροϊκή αγωγή πριν από επαφή υψηλού κινδύνου)
- ✓ όλες τις έγκυες στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου (28-32 εβδομάδες) και κατά τον τοκετό
- ✓ MSM ετησίως ανεξάρτητα από την χρήση προφυλακτικού ή κάθε 3-6 μήνες επί σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου
- ✓ HIV θετικά άτομα
- ✓ διεμφυλικά άτομα με σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου ή αυξημένη πιθανότητα έκθεσης

(Πίνακας 7)

### 3. Διάγνωση

#### 3.1 Αναζήτηση της σπειροχαΐτης

Άμεση ανίχνευση του *Treponema pallidum* σε προσβληθέντες ιστούς θέτει τη διάγνωση.

Η μικροσκόπηση σε σκοτεινό πεδίο (DFE) αποτελούσε στο παρελθόν εξέταση εκλογής. Απαιτεί συστηματική μικροσκόπηση και εμπειρία, ενώ δύναται να προκύψουν ψευδώς θετικά και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Συνεπώς, δεν συστήνεται για διαγνωστικό έλεγχο ρουτίνας.

Ανοσοϊστοχημικές μέθοδοι που ανιχνεύουν το *Treponema pallidum* σε βλάβες δέρματος, βλεννογόνων ή ιστών, δεν θεωρούνται κατάλληλες για διαγνωστικό έλεγχο ρουτίνας.

Η PCR είναι η προτιμώμενη μέθοδος διάγνωσης και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε βλάβες βλεννογόνων και ιστών, σε εγκεφαλονωτιαίο υγρό ή αίμα. Η μέθοδος δεν είναι διεθνώς τυποποιημένη και εγκεκριμένη και επί διενέργειάς της απαιτείται αυστηρός ποιοτικός έλεγχος.

#### 3.2 Ορολογικές διαγνωστικές μέθοδοι

Οι ορολογικές δοκιμασίες μπορούν να θέσουν τη διάγνωση.

Διακρίνονται σε μη ειδικές και ειδικές τρεπονημικές.

##### Μη ειδικές τρεπονημικές (Nontreponemal Test, NTT)

Οι συγκολλητινοαντιδράσεις VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), RPR (Rapid Plasma Reagin) και TRUST (Toluidine Red Unheated Serum Test) είναι απλές, φθηνές και ανιχνεύουν ετερόφυλα IgG και IgM αντισώματα (Abs). Θετικοποιούνται περίπου 6 εβδομάδες από τη μόλυνση και εντός 10-15 ημερών από την εμφάνιση του πρωτογενούς έλκους. Ο έλεγχος του τίτλου των Abs είναι ιδιαίτερα χρήσιμος στην παρακολούθηση της δραστηριότητας της νόσου και στην ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή.

**Ψευδώς θετικές** μη ειδικές τρεπονημικές αντιδράσεις μπορεί να παρατηρηθούν σε ποσοστό 0.2-0.8%. Καταστάσεις που συνδέονται με ψευδώς θετικές μη ειδικές τρεπονημικές αντιδράσεις είναι: το πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου, η περίοδος αμέσως μετά από εμβολιασμό, εμπύρετες λοιμώξεις (ελονοσία, ηπατίτιδα, ανεμευλογιά, ιλαρά, κ.ά.), η κύηση, η ενδοφλέβια χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, αυτοάνοσα νοσήματα, HIV λοίμωξη, χρόνιες ηπατικές παθήσεις, η λέπρα, η μεγάλη ηλικία και κακοήθειες.

##### Ειδικές τρεπονημικές (Treponemal Test, TT)

ΟιTPHA (Treponema Pallidum Heamagglutination Assay), TPPA (Treponema Pallidum Particle Agglutination Assay), FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption), EIA

(Treponemal Enzyme immunoassay), ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay) και η CLIA (Chemiluminescence Immunoassay) αποτελούν ειδικές τρεπονημικές αντιδράσεις. Οι περισσότερες εξ αυτών χρησιμοποιούν ανασυνδυασμένα τρεπονημικά αντιγόνα και ανιχνεύουν IgG και IgMAbs. Οι αντιδράσεις αυτές θετικοποιούνται κατά προσέγγιση 5-15 ημέρες από την εμφάνιση της ελκωτικής βλάβης (ελαφρώς νωρίτερα συγκριτικά με τις μη ειδικές) και παραμένουν θετικές δια βίου στην πλειονότητα των ασθενών. Ο τίτλος Absοτις ειδικές τρεπονημικές αντιδράσεις δεν χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου και την ανταπόκριση στην θεραπεία.

Στο πλαίσιο προσυμπτωματικού ελέγχου (screening test) συστήνεται μία μη τρεπονημική εξέταση (VDRL/RPR) ή μία ειδική τρεπονημική (TPHA, TPPA, EIA, ELISA, CLIA, IgG/IgM immunoblot test) ή συνδυασμός τους.

Επί θετικού screening test, συστήνεται επιβεβαιωτικός έλεγχος από το ίδιο δείγμα με ποσοτική VDRL (αν δεν έχει γίνει ήδη η ποσοτικοποίηση) και ειδική τρεπονημική. Αν η πρώτη εξέταση ήταν ειδική τρεπονημική, τότε η επιβεβαίωση γίνεται με ποσοτική VDRL και διαφορετική ειδική τρεπονημική.

**Θετική ειδική τρεπονημική αντίδραση σε συνδυασμό με αρνητική μη ειδική τρεπονημική** παρατηρούνται στην πολύ πρώιμη σύφιλη, σε θεραπευθείσα ή σε όψιμη λανθάνουσα σύφιλη.

#### **Οσφυονωτιαία παρακέντηση (ΟΝΠ)**

Σε κάθε ασθενή με θετικό ορολογικό έλεγχο για σύφιλη απαιτείται εγρήγορση για ανίχνευση νευρολογικών ευρημάτων με βάση το γεγονός ότι το *Treponema pallidum* διεισδύει στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) λίγες μόνο ώρες από τη μόλυνση.

Η ΟΝΠ **ενδείκνυται** σε ασθενείς με κλινική υποψία νευροσύφιλης, οφθαλμικής ή ακουστικής σύφιλης ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου καθώς και σε διάγνωση τριτογόνου σύφιλης (κομμωματώδους, καρδιαγγειακής).

Η ΟΝΠ **δεν** ενδείκνυται σε ασυμπτωματικούς ασθενείς.

Εξαίρεση αποτελούν οι εξής περιπτώσεις:

1. HIV θετικός ασθενής με όψιμη σύφιλη και  $CD4+ \leq 350$  και/ή VDRL ή RPR > 1:32
2. Επί αποτυχίας ορολογικής ανταπόκρισης στη θεραπεία
3. Επί εφαρμογής εναλλακτικής θεραπείας σε όψιμη σύφιλη

Ο έλεγχος στο ENY περιλαμβάνει τον προσδιορισμό των ολικών πρωτεϊνών, του αριθμού των λευκοκυττάρων και τον ορολογικό έλεγχο με ειδικές τρεπονημικές αντιδράσεις και VDRL (η RPR θεωρείται ακατάλληλη για ENY).

Η ολική πρωτεΐνη και τα λευκοκύτταρα στο ENY μπορεί να είναι φυσιολογικά στη νευροσύφιλη. Η θετική αντίδραση VDRL **τεκμηριώνει** τη διάγνωση της όψιμης νευροσύφιλης. Η θετική ειδική τρεπονημική αντίδραση δεν είναι επιβεβαιωτική της διάγνωσης της νόσου, αντιθέτως το αρνητικό αποτέλεσμα θεωρείται ισχυρή ένδειξη κατά της νευροσύφιλης.

Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς τα θετικά ευρήματα στο ENY (έως 25% στην πρωτογόνο και έως 40% στη δευτερογόνο), δεν αποδεικνύουν νευροσύφιλη και δεν χρήζουν θεραπείας.

(Πίνακας 8)

## **4. Θεραπεία**

### **4.1 Πρώιμη σύφιλη (πρωτογόνος, δευτερογόνος, πρώιμη λανθάνουσα)**

1<sup>η</sup> γραμμής:

- Βενζαθενική πενικιλίνη G 2.400.000 I.U. ενδομυϊκά άπαξ

(χωρισμένο σε 1.200.000 I.U. σε κάθε γλουτό)

Επί αιμορραγικών διαταραχών:

- Κεφτριαζόνη 1gr ενδοφλεβίως ημερησίως για 10 ημέρες ή
- Δοξυκυκλίνη 200mg x1 (ή 100mg x2) από του στόματος για 14 ημέρες

Επί αλλεργίας στην πενικιλίνη ή άρνησης παρεντερικής χορήγησης:

- Δοξυκυκλίνη 200mg x1 (ή 100mg x2) από του στόματος για 14 ημέρες

#### **4.2 Όψιμη σύφιλη (τριτογόνος, όψιμη λανθάνουσα)**

1<sup>ης</sup> γραμμής:

- Βενζαθενική πενικιλίνη G 2.400.000 I.U. ενδομυϊκά (ή χωρισμένη σε 1.200.000 I.U. σε κάθε γλουτό) την 1<sup>η</sup>, 8<sup>η</sup> και 15<sup>η</sup> ημέρα

Επί αλλεργίας στην πενικιλίνη ή άρνησης παρεντερικής χορήγησης:

- Δοξυκυκλίνη 200mg x1 (ή 100mg x2) από του στόματος για 21-28 ημέρες ή
- Απευαισθητοποίηση στην πενικιλίνη και κατόπιν αγωγή 1<sup>ης</sup> γραμμής

#### **4.3 Νευροσύφιλη, οφθαλμική, ακουστική σύφιλη**

1<sup>ης</sup> γραμμής:

- Βενζυλική πενικιλίνη 18-24.000.000 I.U. ενδοφλεβίως ημερησίως, χωρισμένη σε δόσεις ανά 4 ώρες, για 10-14 ημέρες

2<sup>ης</sup> γραμμής:

- Κεφτριαζόνη 1-2gr x1 ενδοφλεβίως ημερησίως για 10-14 ημέρες

Επί αλλεργίας στην πενικιλίνη:

- Απευαισθητοποίηση και κατόπιν αγωγή 1<sup>ης</sup> γραμμής

#### **4.4 Ειδικές πληθυσμιακές ομάδες: Κύηση, HIV λοίμωξη**

Η αγωγή δεν τροποποιείται.

1<sup>ης</sup> γραμμής:

- Βενζαθενική πενικιλίνη G 2.400.000 I.U. ενδομυϊκά άπαξ (χωρισμένο σε 1.200.000 I.U. σε κάθε γλουτό)

Επί αλλεργίας στην πενικιλίνη σε έγκυο συστήνεται απευαισθητοποίηση και κατόπιν αγωγή 1<sup>ης</sup> γραμμής. Στην κύηση υπάρχει τεκμηρίωση επιτυχίας στην θεραπεία μόνο για την βενζαθενική πενικιλίνη.

(Πίνακας 9)

#### **4.5 Αντίδραση στη θεραπεία**

Οι ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να ενημερώνονται για δυνητικές αντιδράσεις που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια της αγωγής.

- Παρακολούθηση για 30 λεπτά μετά την ενδομυϊκή έγχυση της πενικιλίνης.
- Αντίδραση Jarisch – Herxheimer: Δεν αποτελεί αλλεργική αντίδραση στην πενικιλίνη. Συχνά παρατηρείται σε πρώιμη (10-25%) και λιγότερο συχνά σε όψιμη σύφιλη. Εμφανίζεται ως οξύ εμπύρετο σύνδρομο με κεφαλαλγία, φρίκια και ρίγος που λύεται εντός 24 ωρών και αντιμετωπίζεται με αντιτυρετικά. Σε σοβαρή

αντίδραση με εκδηλώσεις από το καρδιαγγειακό ή το νευρικό σύστημα συστήνεται εισαγωγή και αντιμετώπιση σε νοσοκομείο. Στις έγκυες μπορεί να εμφανισθούν επιπλοκές, όπως πρόωρος τοκετός και εμβρυϊκή δυσπραγία. Αν και δεν υπάρχει τεκμηρίωση, μπορεί να χορηγηθεί πρεδνιζολόνη για την πρόληψη της αντίδρασης: 20-60mg ημερησίως από του στόματος για 3 ημέρες, με έναρξη θεραπείας για τη σύφιλη 24 ώρες μετά την έναρξη της πρεδνιζολόνης.

### **5. Σεξουαλικοί σύντροφοι**

Η αναζήτηση και ο έλεγχος των σεξουαλικών συντρόφων των ασθενών καθίσταται καθοριστικής σημασίας για τον έλεγχο εξάπλωσης της νόσου. Η αναζήτηση και ο έλεγχος και των συντρόφων ασθενών που έχουν διαγνωσθεί με πρωτογόνο σύφιλη συστήνεται να γίνεται για χρονικό διάστημα έως 3 μηνών πριν την έναρξη των συμπτωμάτων ή τη διάγνωση της νόσου. Αντίστοιχα, όταν πρόκειται για δευτερογόνο σύφιλη, επιμηκύνεται ως 6 μήνες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων ή τη διάγνωση της νόσου. Το χρονικό διάστημα μπορεί να είναι ακόμα μεγαλύτερο σε περιστατικά με διάγνωση όψιμης λανθάνουσας ή τριτογόνου σύφιλης. Οι σεξουαλικοί σύντροφοι των ασθενών συστήνεται να ελέγχονται κλινικο-εργαστηριακά για τον αποκλεισμό της λοίμωξης (0, 6 εβδομάδες, 3-6 μήνες). Σε περίπτωση που αυτό δεν είναι εφικτό συστήνεται χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής βάσει επιδημιολογικού ιστορικού.

### **6. Παρακολούθηση**

Η παρακολούθηση των ασθενών πραγματοποιείται για την επιβεβαίωση της θεραπείας και την πρώιμη ανίχνευση υποτροπών ή επαναλοιμώξεων.

Κλινική και ορολογική επανεκτίμηση με μη τρεπονημική εξέταση (VDRL/RPR) συστήνεται σε 1, 3, 6 και 12 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας.

Επιτυχής θεωρείται η θεραπεία όταν ο τίτλος αντισωμάτων υποτετραπλασιάζεται (μείωση κατά  $\geq 2$  αραιώσεις) εντός 6 μηνών. Όταν δεν επιτυγχάνεται αυτός ο τίτλος Abs, γίνεται επανάληψη του ελέγχου στους 12 μήνες και σε περίπτωση που δεν έχουμε υποτετραπλασιασμό του τίτλου ούτε στους 12 μήνες, τότε μπορεί να χορηγηθεί εκ νέου φαρμακευτική αγωγή με βενζαθενική πενικιλίνη σε τρεις δόσεις (1<sup>η</sup> – 8<sup>η</sup> – 15<sup>η</sup> ημέρα – σχήμα όψιμης σύφιλης) (*ανεπαρκής τεκμηρίωση*).

Σε ασθενείς με επιμένοντα υψηλό τίτλο Abs θα πρέπει να εξετάζεται η διενέργεια ΟΝΠ για έλεγχο νευροσύφιλης.

Αύξηση του τίτλου Abs κατά  $\geq 2$  αραιώσεις με απουσία κλινικής συμπτωματολογίας υποδηλώνει επαναμόλυνση ή υποτροπή της νόσου και συστήνεται θεραπευτικό σχήμα λανθάνουσας σύφιλης (πρώιμης ή όψιμης). Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για επαναμολύνσεις, συστήνεται τακτικός έλεγχος κάθε 3 μήνες.

Για την παρακολούθηση ασθενών με νευροσύφιλη, γίνεται επανεξέταση με ΟΝΠ 6 εβδομάδες ως 6 μήνες από την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Σε ασθενείς με όψιμη λανθάνουσα σύφιλη ο τίτλος των μη ειδικών τρεπονημικών αντιδράσεων μπορεί να είναι αρνητικός.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Συστάσεις ελέγχου για γονόρροια

<b>Γενικά</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• πρόσφατη διάγνωση ΣΜΝ</li><li>• νέος ή πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι</li><li>• σεξουαλικοί σύντροφοι ατόμων με ΣΜΝ ή χρόνια φλεγμονώδη νόσο της πυέλου</li><li>• ενήλικες ή νεογνά με πυώδη επιπεφυκίτιδα</li></ul>
<b>Άνδρες</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt;40 ετών με εικόνα οξείας ορχεοεπιδιδυμίτιδας ή με παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση άλλων ΣΜΝ</li><li>• με ουρηθρικό έκκριμα</li></ul>
<b>Γυναίκες</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt;25 ετών</li><li>• &gt;25 ετών με υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά</li><li>• με κολπικό ή τραχηλικό έκκριμα και παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση άλλων ΣΜΝ</li><li>• με βλενοπυώδη τραχηλίτιδα, οξύ πυελικό άλγος ή χρόνια φλεγμονώδη νόσο της πυέλου</li><li>• μητέρα νεογνού με εικόνα νεογνικής οφθαλμίας</li></ul>
<b>Έγκυες</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt;25 ετών</li><li>• &gt;25 ετών με υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά</li><li>• στο 3ο τρίμηνο της κύησης</li><li>• με μη αναμενόμενη διακοπή κύησης, που ανήκουν σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου ή βρίσκονται σε περιοχή υψηλού επιπολασμού για γονόρροια</li></ul>
<b>MSM</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• τουλάχιστον ετησίως ανεξάρτητα από τη χρήση προφυλακτικού</li><li>• κάθε 3-6 μήνες επί σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου</li></ul>
<b>HIV θετικά άτομα</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• κατά την πρώτη διάγνωση της λοίμωξης και τουλάχιστον ετησίως, ή συχνότερα, ανάλογα με την επικινδυνότητα της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς</li></ul>
<b>Διεμφυλικά άτομα</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• με βάση την ανατομία τους (π.χ. ο ετήσιος έλεγχος που συστήνεται σε cis-γυναίκες ηλικίας &lt;25 ετών επεκτείνεται σε όλους τους trans- άνδρες και τα άτομα με τράχηλο μήτρας)</li></ul>

Πίνακας 2. Συνοπτικός πίνακας θεραπείας γονόρροιας

<b>Ουρηθρίτιδα, τραχηλίτιδα, πρωκτίτιδα, φαρυγγίτιδα</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Κεφτριαξόνη 1gr IM άπαξ ΚΑΙ αζιθρομυκίνη 2gr pos άπαξ</li> <li>Εναλλακτικά: κεφτριαξόνη 1gr IM άπαξ υπό προϋποθέσεις</li> </ul>
Ειδικές πληθυσμιακές ομάδες: Κύηση – Θηλασμός, HIV λοίμωξη
Η αγωγή δεν τροποποιείται. (ΟΧΙ φθοριοκινολόνες ή τετρακυκλίνες σε κύηση – θηλασμό)
Επί αλλεργίας στις β-λακτάμες
<ul style="list-style-type: none"> <li>Σπεκτινομυκίνη 2gr IM άπαξ ΚΑΙ αζιθρομυκίνη 2gr pos άπαξ ή</li> <li>Σιπροφλοξασίνη 500mg pos άπαξ, εφόσον υπάρχει τεκμηριωμένη ευαισθησία (αν δεν έχει αποκλειστεί με NAAT συλλοίμωξη με <i>Chlamydia trachomatis</i>, επιπρόσθετη χορήγηση δοξυκυκλίνης pos, 100mg x2 για 7 ημέρες) ή</li> <li>Γενταμυκίνη 240mg IM άπαξ ΚΑΙ αζιθρομυκίνη 2gr pos άπαξ</li> </ul>
Επί αντένδειξης/άρνησης ενδομυϊκής χορήγησης
<ul style="list-style-type: none"> <li>Κεφιζίμη 400mg pos άπαξ ΚΑΙ αζιθρομυκίνη 2gr pos άπαξ ή</li> <li>Σιπροφλοξασίνη 500mg pos άπαξ, εφόσον υπάρχει τεκμηριωμένη ευαισθησία (αν δεν έχει αποκλειστεί με NAAT συλλοίμωξη με <i>Chlamydia trachomatis</i>, επιπρόσθετη χορήγηση δοξυκυκλίνης pos, 100mg x 2 για 7 ημέρες)</li> </ul>
<b>Επιπεφυκίτιδα</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Κεφτριαξόνη 1gr IM άπαξ ΚΑΙ Αζιθρομυκίνη 2gr pos άπαξ</li> <li>Συχνές οφθαλμικές πλύσεις με φυσιολογικό ορό</li> </ul>
<b>Νεογνική οφθαλμία</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Κεφτριαξόνη 25-50mg/kg IV ή IM άπαξ (max125mg)</li> <li>Συχνές οφθαλμικές πλύσεις με φυσιολογικό ορό</li> </ul>



Πίνακας 3. Συστάσεις ελέγχου για χλαμυδιακές λοιμώξεις

<b>Γενικά</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• άτομα με παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση χλαμυδιακών λοιμώξεων ή ΣΜΝ</li> <li>• άτομα που έχουν προηγουμένως διαγνωσθεί με άλλα ΣΜΝ</li> <li>• σεξουαλικοί σύντροφοι ατόμων με ΣΜΝ ή χρόνια φλεγμονώδη νόσο της πυέλου</li> <li>• άτομα με πρωκτίτιδα ή πρωκτοκολίτιδα</li> <li>• ενήλικες ή νεογνά με πυώδη επιπεφυκίτιδα</li> <li>• νεογνά με εικόνα άτυπης πνευμονίας</li> </ul>
<b>Άνδρες</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;40 ετών με οξεία επιδιδυμίτιδα – ορχίτιδα</li> <li>• ετεροφυλόφιλοι σε περιβάλλον υψηλού επιπολασμού για ΣΜΝ</li> <li>• με ουρηθρίτιδα</li> </ul>
<b>Γυναίκες</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;25 ετών</li> <li>• &gt;25 ετών με υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά</li> <li>• 3 μήνες μετά το τέλος της θεραπευτικής αγωγής για προηγηθείσα χλαμυδιακή λοίμωξη</li> <li>• με κολπικό/τραχηλικό έκκριμα και παράγοντες κινδύνου για ΣΜΝ</li> <li>• με οξύ πυελικό άλγος ή χρόνια φλεγμονώδη νόσο της πυέλου</li> </ul>
<b>Έγκυες</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;25 ετών</li> <li>• &gt;25 ετών με υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά</li> <li>• στο 3ο τρίμηνο της κύησης</li> <li>• 3 μήνες μετά το τέλος της θεραπευτικής αγωγής σε προηγηθείσα χλαμυδιακή λοίμωξη</li> <li>• με μη αναμενόμενη διακοπή κύησης</li> <li>• με ενδομήτριες παρεμβάσεις ή χειρισμούς</li> </ul>
<b>MSM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• τουλάχιστον ετησίως ανεξάρτητα από τη χρήση προφυλακτικού</li> <li>• κάθε 3-6 μήνες επί σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου</li> </ul>
<b>HIV θετικά άτομα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• κατά τη πρώτη διάγνωση της λοίμωξης και τουλάχιστον ετησίως, ή συχνότερα, ανάλογα με την επικινδυνότητα της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς</li> </ul>
<b>Διεμφυλικά άτομα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• με βάση την ανατομία τους (π.χ. ο ετήσιος έλεγχος που συστήνεται σε cis-γυναίκες ηλικίας &lt;25 ετών επεκτείνεται σε όλους τους trans- άνδρες και τα άτομα με τράχηλο μήτρας)</li> </ul>

Πίνακας 4. Συνοπτικός πίνακας θεραπείας χλαμυδιακών λοιμώξεων

<b>Ουρηθρίτιδα, τραχηλίτιδα</b>
1 <sup>η</sup> γραμμής
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δοξυκυκλίνη 100mg x2 pos για 7 ημέρες (όχι σε κύηση) ή</li> <li>• Αζιθρομυκίνη 1gr pos άπαξ</li> </ul>
2 <sup>η</sup> γραμμής (+TOC):
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ερυθρομυκίνη 500mg x2 pos για 7 ημέρες ή</li> <li>• Λεβοφλοξασίνη 500mg x1 pos για 7 ημέρες (όχι σε κύηση) ή</li> <li>• Οφλοξασίνη 200mg x2 pos για 7 ημέρες (όχι σε κύηση)</li> </ul>
Επί υποψίας ή επιβεβαιωμένης συλλοίμωξης με <b>M. genitalium</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αζιθρομυκίνη 500mg pos την πρώτη ημέρα και κατόπιν 250mg x1 για 4 ημέρες</li> </ul>
<b>Πρωκτίτιδα, φαρυγγίτιδα (όχι σε αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δοξυκυκλίνη 100mg x2 pos για 7 ημέρες (προτιμάται σε πρωκτική εντόπιση) ή</li> <li>• Αζιθρομυκίνη 1gr pos άπαξ (+TOC)</li> </ul>
<b>Κύηση – Θηλασμός</b>
1 <sup>η</sup> γραμμής
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αζιθρομυκίνη 1gr pos άπαξ</li> </ul>
2 <sup>η</sup> γραμμής
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αμοξικιλίνη 500mg x3 pos για 7 ημέρες ή</li> <li>• Ερυθρομυκίνη 500mg x4 pos για 7 ημέρες</li> </ul>
<b>ΗΙΝλοίμωξη</b>
Η αγωγή δεν τροποποιείται.
<b>Επιπεφυκίτιδα</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αζιθρομυκίνη 1gr pos άπαξ ή</li> <li>• Δοξυκυκλίνη 100mg x2 pos για 7 ημέρες</li> </ul>

Πίνακας 5. Συστάσεις ελέγχου για αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα

<b>Γενικά</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• επαφές επιβεβαιωμένων κρουσμάτων LGV</li> <li>• συμπτωματολογία ύποπτη για LGV</li> <li>• απομόνωση <i>Chlamydia trachomatis</i> σε ούρα, ουρηθρικό ή φαρυγγικό δείγμα και εμμένουσα συμπτωματολογία παρά τη χορήγηση ενδεικνυόμενης φαρμακευτικής αγωγής</li> </ul>
<b>MSM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• με απομόνωση <i>Chlamydia trachomatis</i> σε πρωκτικό δείγμα, ανεξάρτητα από την παρουσία ή μη συμπτωμάτων</li> <li>• HIVθετικά άτομα</li> <li>• που πρόκειται να λάβουν PEP</li> </ul>

Πίνακας 6. Συνοπτικός πίνακας θεραπείας αφροδίσου λεμφοκοκκιώματος

<b>Συμπτωματικοί και ασυμπτωματικοί ασθενείς</b>
1 <sup>η</sup> γραμμής
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δοξυκυκλίνη 100mg x2 pos για 21 ημέρες</li> </ul>
Εναλλακτικά (+TOC):
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αζιθρομυκίνη 1g ροσεφάπαξ, ή 1g μία φορά την εβδομάδα για 3 εβδομάδες</li> <li>• Δοξυκυκλίνη 100mg x2 pos για 7-14 ημέρες ή</li> <li>• Ερυθρομυκίνη 400mg x4 pos για 21 ημέρες</li> </ul>
<b>HIV λοίμωξη</b>
Η αγωγή δεν τροποποιείται.
Παροχέτευση τυχόν αποστηματικών βλαβών, χειρουργική αποκατάσταση ινωδών βλαβών ή στενώσεων

Πίνακας 7. Συστάσεις ελέγχου για σύφιλη

<b>Γενικά</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• συμπτωματολογία συμβατή με σύφιλη</li> <li>• συμπτωματολογία που παραπέμπει σε νευροσύφιλη</li> <li>• πρόσφατη διάγνωση με άλλο ΣΜΝ</li> <li>• HBV ή HCV θετικά άτομα</li> <li>• σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου για εμφάνιση ΣΜΝ</li> <li>• όλοι οι αιμοδότες και δότες παραγώγων αίματος και συμπαγών οργάνων</li> <li>• άτομα που λαμβάνουν PrEP</li> </ul>
<b>Έγκυες</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• στο πρώτο τρίμηνο της κύησης</li> <li>• στο τρίτο τρίμηνο</li> <li>• κατά τον τοκετό</li> </ul>
<b>MSM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ετησίως ανεξάρτητα από τη χρήση προφυλακτικού</li> <li>• κάθε 3-6 μήνες επί σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου</li> </ul>
<b>HIV θετικά άτομα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Όλα τα HIVθετικά άτομα</li> </ul>
<b>Διεμφυλικά άτομα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• με σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου ή αυξημένη πιθανότητα έκθεσης</li> </ul>

Πίνακας 8. Συνοπτικός πίνακας εργαστηριακού ελέγχου σύφιλης

Μέθοδος	Δείγμα	Σχόλια
<b>Μη ειδικές τρεπονημικές:</b>	Αίμα, ENY	Όχι αυτοματοποιημένες, φθηνές, υψηλή ευαισθησία, ανιχνεύουν IgG και IgM
VDRL		
RPR		
TRUST		
<b>Ειδικές τρεπονημικές:</b>	Αίμα, ENY	Όχι αυτοματοποιημένες, φθηνές
TPHA		
TPPA		
EIA		
ELISA		
CLIA		
FTA-Abs		Χρονοβόρα, ακριβή, δύσχρηστη
<b>Μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου</b>	Συφιλιδικό έλκος, άλλες ορορροούσες βλάβες	Δεν συστήνεται πλέον
<b>PCR</b>	Βλάβες στοματικού βλεννογόνου ή άλλων περιοχών όπου συνυπάρχουν άλλα τρεπονήματα, ENY, αίμα	Προτιμώμενη μέθοδος. Δεν υπάρχει διεθνώς εγκεκριμένο kit.

Πίνακας 9. Συνοπτικός πίνακας θεραπείας σύφιλης

<b>Πρώιμη σύφιλη (πρωτογόνος, δευτερογόνος, πρώιμη λανθάνουσα)</b>
1 <sup>ης</sup> γραμμής
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βενζαθενική πενικιλίνη G 2.400.000 I.U. IM άπαξ (χωρισμένο σε 1.200.000 μονάδες σε κάθε γλουτό)</li> </ul>
Επί αιμορραγικών διαταραχών
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κεφτριαξόνη 1grx1IV για 10 ημέρες ή</li> <li>• Δοξυκυκλίνη 200mg x1 (ή 100mg x2) pos για 14 ημέρες</li> </ul>
Επί αλλεργίας στην πενικιλίνη ή άρνησης παρεντερικής χορήγησης
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δοξυκυκλίνη 200mg x1 (ή 100mg x2) pos για 14 ημέρες</li> </ul>
<b>Ώσιμη σύφιλη (τριτογόνος, όσιμη λανθάνουσα)</b>
1 <sup>ης</sup> γραμμής
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βενζαθενική πενικιλίνη G 2.400.000 I.U. IM 1<sup>η</sup>, 8<sup>η</sup> και 15<sup>η</sup> ημέρα</li> </ul>
Επί αλλεργίας στην πενικιλίνη ή άρνησης παρεντερικής χορήγησης
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δοξυκυκλίνη 200mg x1 (ή 100mg x2) pos για 21-28 ημέρες ή</li> <li>• Απευαισθητοποίηση στην πενικιλίνη και κατόπιν αγωγή 1<sup>ης</sup> γραμμής</li> </ul>
<b>Νευρούφιλη, οφθαλμική σύφιλη, ακουστική σύφιλη</b>
1 <sup>ης</sup> γραμμής
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βενζυλική πενικιλίνη 18-24.000.000 I.U. IV ημερησίως, χωρισμένο σε 3-4.000.000 μονάδες ανά 4 ώρες, για 10-14 ημέρες</li> </ul>
2 <sup>ης</sup> γραμμής
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κεφτριαξόνη 1-2gr x1 IV για 10-14 ημέρες</li> </ul>
Επί αλλεργίας στην πενικιλίνη
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Απευαισθητοποίηση και κατόπιν αγωγή 1<sup>ης</sup> γραμμής</li> </ul>
<b>Ειδικές πληθυσμιακές ομάδες: Κύηση, HIV λοίμωξη</b>
1 <sup>ης</sup> γραμμής
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βενζαθενική πενικιλίνη G 2.400.000 I.U. IM άπαξ (χωρισμένο σε 1.200.000 μονάδες σε κάθε γλουτό)</li> </ul>
Επί αλλεργίας στην πενικιλίνη σε έγκυο
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Απευαισθητοποίηση και κατόπιν αγωγή 1<sup>ης</sup> γραμμής</li> </ul>

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. M Unemo, JDC Ross, AB Serwin, M Gomberg, M Cusini and JS Jensen, 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults, *International Journal of STD & AIDS* 0(0) 1–17, DOI: 10.1177/0956462420949126
2. E Lanjouw, S Ouburg, HJ de Vries, A Stary, K Radcliffe and M Unemo, *Int J STD AIDS OnlineFirst*, published on November 24, 2015, DOI:10.1177/0956462415618837
3. M. Janier, M. Unemo, N. Dupin, G.S. Tiplica, M. Potocnik, R. Patel, *J EADV*, First published: 22 October 2020, DOI: 10.1111/jdv.16946
4. de Vries HJC, de Barbeyrac B, de Vrieze NHN, Viset JD, White JA, Vall-Mayans M, et al. 2019 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 Oct;33(10):1821–8
5. Centers for Disease Control and Prevention, *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021*, <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/gonorrhea-adults.htm>
6. Centers for Disease Control and Prevention, *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021*, <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/chlamydia.htm>
7. Centers for Disease Control and Prevention, *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021*, <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/lgv.htm>
8. Centers for Disease Control and Prevention, *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021*, <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis.htm>
9. World Health Organization. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*, 2016, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549691>
10. World Health Organization, WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*, 2016, <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-154971-4>
11. World Health Organization, WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (Syphilis), 2016 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK384904/>
12. Παπαρίζος Β, Νικολαΐδου Η, Σύφιλη: Ερωτήσεις και απαντήσεις, *Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας*, Τόμος 26, Τεύχος 2, Απρίλιος – Ιούνιος 2015