

ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ

για την αντιμετώπιση των
Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων
στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ
ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΕΟΔΥ

ΑΘΗΝΑ
ΜΑΪΟΣ 2024

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. Πρώτη προσέγγιση ασθενούς με πιθανό Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα	3
Ο ασθενής θα αναζητήσει ιατρικές υπηρεσίες γιατί...	3
Επί εξανθήματος στη γεννητική περιοχή...	3
Επί επικίνδυνης επαφής...	4
Επί υποψίας ΣΜΝ...	4
Μέχρι τη διάγνωση ή τον αποκλεισμό ΣΜΝ είναι σκόπιμα...	4
Δεν πρέπει να παραλείπονται...	4
B. Νοσήματα-κλινικά σύνδρομα	5
1. Απλός έρπης	5
2. Κονδυλώματα	6
3. Γονόρροια	6
4. Μη Γονοκοκκική Ουρηθρίτιδα	7
5. Σύφιλη	8
6. Βαλανοποσθίτιδα	9
7. Ψώρα	9
8. Φθειρίαση εφηβαίου	10
9. Πρωκτίτιδα	10
Γ. Κατευθυντήριες οδηγίες	12

Συντομογραφίες

ΚΒΣ: Κιλό Βάρους Σώματος

ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης

ΣΜΝ: Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

ELISA: Enzyme-linked Immunosorbent Assay

HIV: Human Immunodeficiency Virus

HPV: Human Papilloma Virus

LGV: Lymphogranuloma Venereum

NAAT: Nuclear Acid Amplification Test

PCR: Polymerase chain reaction

RPR: Rapid Plasma Reagin

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ

για την αντιμετώπιση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων
(ΣΜΝ) στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την αποφυγή
συνήθων λαθών

A. Πρώτη προσέγγιση ασθενούς με πιθανό ΣΜΝ

Ο ασθενής θα αναζητήσει ιατρικές υπηρεσίες γιατί:

1. Έχει κάποιο σύμπτωμα (πόνος, κνησμό, έκκριμα, δυσσομία, εξάνθημα στα γεννητικά όργανα).
2. Χωρίς συμπτώματα, για προληπτικούς λόγους.
3. Φοβάται ότι έχει ένα ΣΜΝ, γιατί είχε μια επικίνδυνη επαφή, ή γιατί ενημερώθηκε από σεξουαλικό σύντροφο ότι διαγνώσθηκε με ΣΜΝ.

Επί εξανθήματος στη γεννητική περιοχή:

Το ιστορικό θα διευκρινίσει:

- *Τη χρονική διάρκεια του συμπτώματος*
- *Πιθανές εξάρσεις και υφέσεις*
- *Σχέση με σεξουαλική δραστηριότητα*
- *Προηγηθείσες απόπειρες θεραπείας*
- *Συνθήκες υγιεινής*

Η κλινική εξέταση θα διευκρινίσει εάν:

- *Υπάρχει έλκος ή διάβρωση (απλός έρπης, σύφιλη...)*
- *Υπάρχει ερυθρότητα με ή χωρίς βλατίδα ή βλατίδες (κονδυλώματα, δευτερογενής σύφιλη, τέρμινθος, τροχ...)*
- *Υπάρχει απολέπιση*

Με βάση το ιστορικό και την κλινική εικόνα, θα προγραμματισθεί ο εργαστηριακός έλεγχος για την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό ΣΜΝ

Επί επικίνδυνης επαφής:

Προγραμματισμός του ελέγχου μετά από κατάλληλο χρονικό διάστημα για το ύποπτο ΣΜΝ:

- Για σύφιλη: εξετάσεις τουλάχιστον ένα μήνα μετά την επαφή.
- Για HIV: εξετάσεις (ELISA τέταρτης γενιάς) μετά από 45 ημέρες. Η PCR δεν είναι εξέταση ρουτίνας: χρειάζεται και αυτή 11-14 ημέρες για να θετικοποιηθεί, είναι χρονοβόρα και υψηλού κόστους. Σε κάθε περίπτωση, η θετική εξέταση απαιτεί επιβεβαίωση.
- Για ηπατίτιδα Β: το HbSAg θετικοποιείται 1-10 εβδομάδες μετά.

Επί υποψίας ΣΜΝ, δεν πρέπει να παραλείπεται η ενημέρωση για:

- Αποφυγή σεξουαλικής δραστηριότητας μέχρι την τελική διάγνωση και θεραπεία.
- Απαγόρευση αιμοδοσίας!

Μέχρι τη διάγνωση ή τον αποκλεισμό ΣΜΝ είναι σκόπιμα τα κάτωθι:

- Στήριξη στον ασθενή - μετριασμός πιθανού πανικού.
- Αποφυγή χορήγησης αντιμικροβιακής θεραπείας από αμηνανία ή επειδή επιμένει ο πανικόβλητος ασθενής!
- Επί αμφιβολίας: παραπομπή σε δερματολόγο-αφροδισιολόγο.

Δεν πρέπει να παραλείπονται τα εξής:

- Ασθενής με ένα ΣΜΝ είναι σκόπιμο να εξετάζεται και για τα άλλα (σύφιλη, HIV, ηπατίτιδα Β κ.α.).
- Θα πρέπει να ελέγχονται οι τρέχοντες ερωτικοί σύντροφοι, αλλά και οι προηγούμενοι. Το χρονικό διάστημα που πρέπει να αναζητηθούν οι σύντροφοι εξαρτάται από το ΣΜΝ.

B. Νοσήματα-κλινικά σύνδρομα

1. Απλός έρπηγ

- Είναι σημαντικό να γνωρίζει ο ασθενής ότι ο ιός μεταδίδεται όχι μόνον όταν υπάρχουν βλάβες, αλλά και με την ασυμπτωματική αποβολή του στις γεννητικές εκκρίσεις.
- Η διάγνωση του έρπητα είναι συνήθως κλινική. Εργαστηριακή αναζήτηση γίνεται κατά προτίμηση με NAAT από ύποπτη βλάβη.
- Ο ορολογικός έλεγχος για IgG αντισώματα μπορεί να είναι χρήσιμος, αλλά η θετικοποίηση των IgG μπορεί να καθυστερήσει έως και 3 μήνες από την πρωτολοίμωξη. Η αναζήτηση IgM αντισωμάτων δεν συνιστάται, γιατί τα IgM αντισώματα δεν ταυτίζονται με πρόσφατη λοίμωξη, αφού μπορεί να είναι θετικά και σε υποτροπές. Επίσης, δεν διακρίνουν τον τύπο του έρπητα (HSV-1 ή HSV-2) και δεν διακρίνουν αν πρόκειται για απλό έρπητα γεννητικών οργάνων ή επιχείλιο.
- Η τοπική θεραπεία για τον έρπητα είναι συνήθως αρκετή. Μπορεί να χορηγηθεί απλό αντισηπτικό, τοπικό αντιφλεγμονώδες σκεύασμα (πχ με οξείδιο ψευδαργύρου) ή τοπικό αντιβιοτικό, εάν υπάρχει κίνδυνος επιμόλυνσης.
- Η χρήση τοπικών αντιϊκών σκευασμάτων (πχ acyclovir) δεν προσφέρει όφελος και, αντιθέτως, ενέχει τον κίνδυνο ανάπτυξης ανθεκτικών στελεχών.
- Η συστηματική θεραπεία συνιστάται στην πρωτολοίμωξη. Μπορεί επίσης να χορηγηθεί σε υποτροπές, σε ολιγοήμερα σχήματα, αναλόγως έντασης και διάρκειας των συμπτωμάτων. Μακροχρόνια καθημερινή per os θεραπεία χορηγείται σε περιπτώσεις πολύ συχνών υποτροπών (>6 ανά έτος) ή εάν επηρεάζεται σημαντικά η ποιότητα ζωής του ασθενούς.

2. Κονδυλώματα

- Τα κονδυλώματα είναι καλοήθεις βλάβες HPV λοίμωξης και δεν εξελίσσονται σε καρκίνο. Όμως, η λοίμωξη από καλοήγη HPV στελέχη δεν αποκλείει συνύπαρξη και κακοήθων στελεχών.
- Είναι απαραίτητη η κλινική εξέταση των ερωτικών συντρόφων ενός ασθενούς με κονδυλώματα. Οι γυναίκες (πάσχουσες ή σύντροφοι πασχόντων), πρέπει να υποβάλλονται σε τεστ-Pap και σε ηλικία άνω των 30 επιπρόσθετα σε HPV-DNA τεστ.
- Η εξέταση με οξύ οξύ 5% δεν χρησιμοποιείται πλέον, ως μέθοδος χαμηλής ευαισθησίας και ειδικότητας.
- Η αντιμετώπιση των κονδυλωμάτων γίνεται από δερματολόγο - αφροδισιολόγο ή και από γυναικολόγο. Τα κονδυλώματα του πρωκτού αντιμετωπίζονται επίσης και από χειρουργό - πρωκτολόγο.
- Μετά την θεραπεία κονδυλωμάτων πρωκτού είναι σκόπιμη η διενέργεια υψηλής ανάλυσης πρωκτοσκόπησης (high resolution anoscopy) για την αναζήτηση πιθανών HPV-αλλοιώσεων εσωτερικά.
- Τα κονδυλώματα μπορούν να υποτροπιάσουν ασχέτως είδους θεραπείας, σε ποσοστό 20-30%. Οι υποτροπές εμφανίζονται συνήθως μέσα στο πρώτο τρίμηνο από τη θεραπεία.
- Η θεραπεία των κονδυλωμάτων περιορίζει, αλλά δεν εξαλείφει πιθανή μεταδοτικότητα του HPV.

3. Γονόρροια

- Η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα στους άνδρες είναι συνήθως συμπτωματική, με χρόνο επώασης 1-10 ημέρες. Γονοκοκκική λοίμωξη σε γυναίκες ή με εντοπίσεις σε πρωκτό ή φάρυγγα, είναι συχνά ασυμπτωματικές.
- Η εργαστηριακή διερεύνηση πρέπει να γίνεται με NAAT σε επιχρίσματα, έκκριμα, ή πρώτα πρωινά ούρα. Η χρώση gram είναι χρήσιμη μόνον σε ουρηθρικό έκκριμα σε άνδρες. Σε κάθε περίπτωση επιβεβαιωμένης γονόρροιας, είναι σκόπιμη η καλλιέργεια και η αποστολή του στελέχους στο

Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Γονοκόκκου στο Ινστιτούτο Pasteur, ώστε να επιτηρούνται οι αντοχές του μικροβίου στα αντιμικροβιακά.

- Η θεραπεία της γονόρροιας είναι η ceftriaxone 1 gr ενδομυϊκά (I.M) άπαξ. Λόγω ανάπτυξης αντοχής τα τελευταία χρόνια, η αζιθρομυκίνη δεν πρέπει να χρησιμοποιείται πλέον στη θεραπεία της γονόρροιας (βλ. ΕΟΔΥ: [Επικαιροποίηση Κατευθυντήριων Οδηγιών για την Θεραπεία της Γονόρροιας 2023](#)).
- Ως συμπληρωματική θεραπεία για την αντιμετώπιση της συχνής συλλοίμωξης με χλαμύδια, συνιστάται η δοξυκυκλίνη (100 mg X 2 επί 7 ημέρες).
- Η χρήση κινολονών στη γονόρροια δεν έχει θέση, αφού η αντοχή του γονόκοκκου στις κινολόνες, στην Ελλάδα και διεθνώς, υπερβαίνει το 60%.

4. Μη Γονοκοκκική Ουρηθρίτιδα

- Η διάγνωση οξείας ουρηθρίτιδας τεκμηριώνεται με ανεύρεση πολυμορφοπύρηνων σε ουρηθρικό έκκριμα (>5 ανά οπτικό πεδίο) ή σε πρώτα πρωινά ούρα (>10 ανά οπτικό πεδίο).
- Συχνότερα αίτια: *Χλαμύδια*, *Mycoplasma genitalium*.
- Η διερεύνηση προτιμάται να γίνεται με NAAT, σε έκκριμα ή πρώτα πρωινά ούρα. Η καλλιέργεια σπέρματος δεν έχει θέση στη διερεύνηση ουρηθρίτιδας.
- Η ανεύρεση *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum* και *Mycoplasma hominis*, συνήθως δεν αξιολογείται. Το *U.urealyticum* μπορεί να ευθύνεται για ουρηθρίτιδα σπανίως, και μόνον επί υψηλού μικροβιακού φορτίου.
- Η θεραπεία εκλογής για τα χλαμύδια είναι η δοξυκυκλίνη (100 mg X2 επί 7 ημέρες) ή η αζιθρομυκίνη (1 gr εφ' άπαξ). Για το *Mycoplasma genitalium* η αζιθρομυκίνη σε πενθήμερο σχήμα, 500 mg την πρώτη ημέρα και 250 mg την ημέρα για τις επόμενες 4 ημέρες.
- Σε επίμονη ή υποτροπιάζουσα ουρηθρίτιδα μπορεί να χορηγηθεί διαφορετικό από την πρώτη θεραπεία αντιμικροβιακό. Η μακροχρόνια αντιβιοτική θεραπεία δεν συνιστάται.

5. Σύφιλη

- Η σύφιλη δεν απαιτεί πλήρη, διεισδυτική σεξουαλική επαφή για τη μετάδοσή της, η οποία γίνεται με επαφή με μολυσματική βλάβη (πρωτοπαθές έλκος, πλατέα κονδυλώματα, βλεννώδεις πλάκες). Οι βλάβες αυτές, που είναι συνήθως ανώδυνες, μπορεί να μην γίνουν αντιληπτές από τον πάσχοντα.
- Ο χρόνος από τη μόλυνση μέχρι την εμφάνιση του έλκους κυμαίνεται από 10-90 ημέρες.
- Επί παρουσίας πρόσφατου έλκους, μπορεί να γίνει άμεση μικροσκόπηση ή PCR για αναζήτηση του τρεπτονήματος. Ο ορολογικός έλεγχος θα πρέπει να διενεργηθεί τουλάχιστον δύο εβδομάδες μετά.
- Σε ασθενή χωρίς ιστορικό παλαιότερης σύφιλης, η νόσος τεκμηριώνεται με δύο θετικές εξετάσεις, εκ των οποίων η μία τουλάχιστον ειδική τρεπτονημική (TRPA, TRHA, EIA, FTA-Abs, CLIA κ.α.).
- Εάν υπάρχει ιστορικό παλαιότερης σύφιλης, η αναζήτηση τρεπτονημικών αντισωμάτων δεν έχει νόημα: θα είναι πάντοτε θετικά και ο τίτλος τους δεν αξιολογείται.
- Ο τίτλος της VDRL ή της RPR αποτελεί το μοναδικό κριτήριο αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Η αξιολόγηση της μη ειδικής τρεπτονημικής αντίδρασης (VDRL, RPR) θα γίνει με σύγκριση του τίτλου της με τον τίτλο της αμέσως προηγούμενης.
- Η θεραπεία της σύφιλης είναι η Benzathine Benzylpenicilline G σε δόση 2,4 εκατομμύρια μονάδες IM άπαξ σε πρώιμη σύφιλη και 2,4 εκατομμύρια μονάδες IM ανά εβδομάδα επί 3 εβδομάδες σε όψιμη.
- Εναλλακτικά μπορεί να χορηγηθεί δοξυκυκλίνη 200 mg την ημέρα επί 14 ημέρες στην πρώιμη και 28 ημέρες στην όψιμη σύφιλη. Η ceftriaxone σε δόση 1 gr IM την ημέρα επί 10-14 ημέρες αποτελεί επίσης εναλλακτική θεραπεία στην πρώιμη σύφιλη.

6. Βαλανοποσθίτιδα

- Τα αίτια της μπορεί να είναι λοιμώξεις (σεξουαλικά μεταδιδόμενες ή όχι), αυτοάνοσα ή αυτοφλεγμονώδη νοσήματα, αλλεργίες ή ερεθισμοί και, όχι σπάνια, λάθη στην υγιεινή της περιοχής. Κάθε βαλανοποσθίτιδα δεν είναι οπωσδήποτε μύκητες!
- Πριν τη χορήγηση θεραπείας, απαιτείται λήψη λεπτομερούς ιστορικού (διάρκεια, εξάρσεις-υφέσεις, υποτροπές, σχέση με σεξουαλική δραστηριότητα, συνήθειες καθαριότητας, συνύπαρξη ΣΔ, ανοσοκαταστολή κλπ).
- Η θεραπεία της βαλανοποσθίτιδας συνήθως είναι μόνον τοπική, αναλόγως αιτίου. Η συστηματική θεραπεία σπάνιας απαιτείται, κυρίως επί βακτηριακών λοιμώξεων.
- Επί οξείας βαλανοποσθίτιδας αδιευκρίνιστης αιτιολογίας μπορεί να χορηγηθεί τοπικό σκεύασμα με συνδυασμό κορτιζόνης και αντιμυκητιασικού ή αντιμικροβιακού επί 5-7 ημέρες και να προγραμματισθεί επανεξέταση.
- Η γενικευμένη, αδιάκριτη χρήση σκευασμάτων με συνδυασμό και των τριών φαρμάκων (πχ τριαμσινολόνη, νυστατίνη και νεομυκίνη) σε όλες τις περιπτώσεις, δεν ενδείκνυται.

7. Ψώρα

- Η ψώρα μεταδίδεται με τη στενή σωματική επαφή, και συνεπώς και με την σεξουαλική. Είναι συνηθισμένη σε κακές συνθήκες διαβίωσης και στενού συγχρωτισμού, όπως σε δομές φιλοξενίας προσφύγων, σε ορισμένα γηροκομεία κ.α.
- Ο χρόνος επώασης της ψώρας είναι 3 έως 6 εβδομάδες. Η εμφάνιση κνησμού αμέσως μετά την απλή επαφή με γνωστό κρούσμα υποδηλώνει ακαρεοφοβία.
- Ο χρόνος αυτός μπορεί να είναι βραχύτερος εάν υπάρχει ιστορικό πρόσφατης λοίμωξης από το άκαρι.

- Η θεραπεία της ψώρας στηρίζεται στη χρήση δερματικού γαλακτώματος benzyl benzoate 25% ή, ανά περιπτώσεις, σε sulfur precipitate 5-8%. Μπορεί επίσης να χορηγηθεί per os θεραπεία με ιβερμεκτίνη (tabs Scaball) σε δόση 200 µg ανά ΚΒΣ.
- Η επάλειψη με benzyl benzoate γίνεται το βράδυ, πριν την κατάκλιση, σε στεγνό δέρμα (όχι αμέσως μετά από λουτρό). Το λουτρό καθαριότητας θα ακολουθήσει μετά από περίπου 8 ώρες.
- Όλες οι θεραπείες απαιτούν επανάληψη μετά από 7 ημέρες.

8. Φθειρίαση εφηβαίου

- Το παράσιτο εντοπίζεται στην περιοχή του εφηβαίου, αλλά επίσης μπορεί να αποικίσει το όσχεο, το άνω τμήμα των μηρών, την περιπρωκτική περιοχή, το στέρνο, τις μασχάλες ή ακόμη και τις βλεφαρίδες.
- Ο χρόνος επώασης είναι συνήθως μικρότερος των 7 ημερών.
- Η θεραπεία της φθειρίασης περιλαμβάνει χρήση τοπικών σκευασμάτων με permethrin, phenothrin, malathion, pyrethrins, piperonyl butoxide κλπ. Επειδή τα σχετικά σκευάσματα είναι σήμερα σε σημαντικές ελλείψεις στην Ελληνική αγορά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν το benzyl benzoate 25% ή η χορήγηση ιβερμεκτίνης per os (tabs Scaball).
- Οι λύσεις αυτές δεν προτείνονται για την φθειρίαση του τριχωτού της κεφαλής.
- Η θεραπεία πρέπει να επαναληφθεί μετά από 7 ημέρες.

9. Πρωκτίτιδα

- Ο όρος περιγράφει φλεγμονές του πρωκτού και του ορθού έως περίπου 12 cm. Η επέκταση της φλεγμονής προς το σιγμοειδές αναφέρεται ως πρωκτοκολίτιδα. Ο όρος εντερίτιδα αφορά φλεγμονές του εντέρου έως και τη νήσιδα, ενώ συνήθως δεν συνυπάρχει πρωκτίτιδα.

- Τα συχνότερα αίτια σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων του πρωκτού είναι τα χλαμύδια, ο απλός έρπης, ο γονόκοκκος, η ωχρά σπειροχαίτη και σπανιότερα το *Mycoplasma genitalium*. Στα αίτια πρωκτοκολίτιδας περιλαμβάνονται επίσης στελέχη *Cabyllobacter*, *Shigella*, *Salmonella*, *Entamoeba histolytica* κλπ.
- Η πρωκτίτιδα εμφανίζεται συνήθως σε άτομα που έχουν παθητικές πρωκτικές επαφές (διεισδυτικές, στοματοπρωκτικές, με τα δάκτυλα ή με sex toys).
- Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει κνησμό ή πόνο, τεινισμό, δυσκοιλιότητα, έκκριμα ή και αιμορραγία. Λοιμώξεις όμως από γονόκοκκο ή χλαμύδια είναι συχνά ασυμπτωματικές.
- Ο διαγνωστικός έλεγχος περιλαμβάνει εξετάσεις κοπράνων για λευκά αιμοσφαίρια και γονόκοκκο με gram χρώση, αναζήτηση παθογόνων με NAAT και ορθοσκόπηση.
- Εάν ο έλεγχος δεν μπορεί να διενεργηθεί, η θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση ceftriaxone 1 gr IM άπαξ και δοξυκυκλίνη 100 mg X 2 επί 7 ημέρες. Επί εντόνου συμπτωματολογίας και υποψίας αφροδισίου λεμφοκοκκιώματος (LGV), η αγωγή με δοξυκυκλίνη παρατείνεται επί 21 ημέρες.

Κατευθυντήριες οδηγίες:

1. [Κατευθυντήριες οδηγίες για τα ΣΜΝ του ΕΟΔΥ](#)
2. [ΕΟΔΥ: Επικαιροποίηση Κατευθυντήριων Οδηγιών για την Θεραπεία της Γονόρροιας](#)
3. [ΕΟΔΥ: Διευκρινίσεις σχετικά με τη θεραπεία της Σύφιλης](#)
4. [International Union against Sexually Transmitted Infections \(IUSTI\)](#)
5. [Centers for Diseases Control and Prevention \(CDC\)-Treatment Guidelines STDs](#)