

Καλοήθειες Παθήσεις Αιδοίου και Κόλπου

Μπαλαούρας Δημήτρης, Δανηλίδης Άγγελος, Ταντανάσης Θεοχάρης, Χίτζιος Δημήτρης, Νασιουντζίκη Μαρία, Μακρής Βασίλειος, Λουφόπουλος Παναγιώτης-Δημήτρης, Ταντανάσης Θεοχάρης

Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Πανεπιστημιακή κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Αλληλογραφία: Δημήτρης Μπαλαούρας, Ειδικευόμενος Μαιευτικής Γυναικολογίας, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Πανεπιστημιακή κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Τηλ.: 6974122889, E-mail: d.balauras@yahoo.gr

Περίληψη

Οι παθήσεις αιδοίου και κόλπου αποτελούν έως και σήμερα σημαντικό αντικείμενο έρευνας στο γυναικολογικό κόσμο. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, έχουν ταξινομηθεί σε φλεγμονώδεις, μη νεοπλασματικές – προκαρκινικές, και σε κακοήθειες, τόσο στο αιδοίο, όσο και στον κόλπο.

Οι φλεγμονώδεις παθήσεις του αιδοίου εκδηλώνονται εύκολα, τόσο λόγω της ανατομικής του θέσης, όσο και λόγω της αύξησης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων τα τελευταία χρόνια. Μπορεί να οφείλονται σε μύκητες, βακτήρια, πρωτόζωα και ιούς.

Οι μη νεοπλασματικές και προκαρκινικές καταστάσεις περιλαμβάνουν αλλοιώσεις του δέρματος, όπως οι λειχήνες, η ψωρίαση, και αναφερόμενες αλλεργίες από ερεθιστικές ουσίες.

Οι φλεγμονώδεις παθήσεις του κόλπου οφείλονται σε γονόκοκκο, τριχομονάδες ή μύκητες. Ειδική κατηγορία αποτελεί η γεροντική ατροφική κολπίτιδα. Στους καλοήθειες όγκους του κόλπου αναφέρονται οι κύστει του Gartner, και τα κονδυλώματα.

Λέξεις κλειδιά: καλοήθειες παθήσεις αιδοίου, καλοήθειες παθήσεις κόλπου, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Εισαγωγή

Οι παθήσεις αιδοίου και κόλπου αποτελούν έως και σήμερα σημαντικό αντικείμενο έρευνας στο γυναικολογικό κόσμο. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, έχουν ταξινομηθεί σε φλεγμονώδεις, μη νεοπλασματικές – προκαρκινικές, και σε κακοήθειες, τόσο στο αιδοίο, όσο και στον κόλπο. Σκοπός της ανασκόπησης αυτής είναι να παρουσιάσει επιγραμματικά τα σημαντικότερα σημεία ενδιαφέροντος όσον αφορά τις παθήσεις αιδοίου και κόλπου καθώς και τη σύγχρονη αντιμετώπισή τους. Το άρθρο στηρίχθηκε σε βιβλιογραφικά δεδομένα από αντίστοιχα πρόσφατα άρθρα ανασκόπησης του PUB MED δημοσιευμένα στα αγγλικά καθώς και σε αλλά και σύγχρονα σχετικά συγγράμματα.

Οι φλεγμονώδεις παθήσεις του αιδοίου εκδηλώνονται εύκολα, τόσο λόγω της ανατομικής του θέσης, όσο και λόγω της αύξησης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων τα τελευταία χρόνια. Μπορεί να οφείλονται σε μύκητες, βακτήρια, πρωτόζωα και ιούς.

Οι μη νεοπλασματικές και προκαρκινικές καταστάσεις περιλαμβάνουν αλλοιώσεις του δέρματος, όπως οι λειχήνες, η ψωρίαση, και αναφερόμενες αλλεργίες από ερεθιστικές ουσίες.

Οι φλεγμονώδεις παθήσεις του κόλπου οφείλονται σε γονόκοκκο, τριχομονάδες ή μύκητες. Ειδική κατηγορία αποτελεί η γεροντική ατροφική κολπίτιδα. Στους καλοήθειες όγκους του κόλπου αναφέρονται οι κύστει του Gartner, και τα κονδυλώματα..

Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στις μηχανές αναζήτησης ήταν καλοήθειες παθήσεις του αιδοίου, του κόλπου, σεξουαλικά μεταδιδόμενα, κολπίτιδες.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΙΔΟΙΟΥ

Φλεγμονώδεις παθήσεις του αιδοίου

Το αιδοίο, λόγω της ανατομικής του θέσης κοντά στο δακτύλιο του πρωκτού, στην άκρη του κόλπου και λόγω της

αύξησης των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, μπορεί να εκδηλώσει εύκολα πολλές φλεγμονές.

Η *Candida Albicans* είναι ο συχνότερος μύκητας που προκαλεί αιδοιίτιδα. Οι μύκητες βρίσκονται τόσο συχνά στον κόλπο όσο και στον γαστρεντερικό σωλήνα και τη στοματική κοιλότητα. Η κύηση, τα αντιβιοτικά, ο σακχαρώδης διαβήτης κι η ανοσοκαταστολή προδιαθέτουν τις υποτροπές. Το κύριο σύμπτωμα είναι ο κνησμός του αιδοίου με διόγκωση και οίδημα. Παρατηρείται κολπική υπερέκκριση η οποία είναι λευκόγκριζη, τυρώδης, άοσμος και προσκολλάται στα κολπικά τοιχώματα. Η επιπολής δυσπαρέυνεια είναι πολύ συχνή. Ο αιδοϊκός καύσος, όπου αναφέρεται από την γυναίκα αυξάνεται κατά την ούρηση, λόγω της επαφής των ούρων με τα διαβρωμένα τοιχώματα του κόλπου και του αιδοίου. Επισκοπικά, κατά την οξεία φάση, οι επιφάνειες του αιδοίου είναι εξέρυθρες, στίλβουσες και οιδηματώδεις. Η καλλιέργεια υγρού από το αιδοίο είναι περισσότερο ακριβής στη διάγνωση. Η αντιμετώπιση γίνεται με κολπικά υπόθετα και τοπικά σκευάσματα με συνηθέστερα την Κλοτριμαζόλη, Μικοναζόλη, Εκοναζόλη Νιτρική, Ισοκοναζόλη Νιτρική και Φετικοναζόλη Νιτρική. Σε υποτροπιάζουσες φλεγμονές η συστηματική θεραπεία της ασθενούς και του συντρόφου της από το στόμα, με λήψη Φλουκοναζόλης, Κετοκοναζόλης ή Ιτρακοναζόλης, είναι συνήθως αποτελεσματική^{1,2}.

Η Τριχομοναδική Αιδοιίτιδα προκαλείται από ένα πρωτόζωο, την τριχομονάδα. Η φλεγμονή μπορεί να είναι ασυμπτωματική αλλά μπορεί να παρουσιάζει εκσεσημασμένη, αφρώδη, κιτρινοπράσινη κολπική έκκριση η οποία μπορεί να προκαλέσει ερυθρότητα, οίδημα και έντονο ερεθισμό στο αιδοίο. Συχνά η ασθενής αναφέρει δυσπαρέυνεια και αρκετές φορές διαμαρτύρεται για δυσουρία. Τα συμπτώματα αυτά αυξάνονται κατά την έμμηνου ρύση, αφού αποτελεί άριστο περιβάλλον για την ανάπτυξη της τριχομονάδας λόγω της παρουσίας του αίματος και της χαμηλής οξύτητας. Η διάγνωση γίνεται είτε με άμεση μικροσκοπηση είτε με καλλιέργεια υγρού από το αιδοίο. Η θεραπεία γίνεται με λήψη Μετρονιδαζόλης από το στόμα και για τους δυο συντρόφους^{1,2}.

Η Σύφιλη προκαλείται από την σπειροχαΐτη το τρεπόνιμα του ωχρού. Διαγιγνώσκεται με ορολογικές εξετάσεις αλλά και από την μικροσκοπηση του υγρού παρασκευάσματος από το αιδοίο. Η πρωτοπαθής αλλοίωση είναι ένα

μικρό θήλωμα έως 1 cm, το οποίο μπορεί να σχηματίσει αργότερα ένα σκληρό έλκος. Είναι ανώδυνο και μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο του αιδοίου. Δευτερογενείς βλάβες εμφανίζονται σε 3-6 εβδομάδες και μπορεί να μοιάζουν με κονδυλώματα ή ανώδυνες ελκωτικές βλάβες. Άλλες κλινικές εκδηλώσεις που εμφανίζονται όπως ο πυρετός, γενικευμένη λεμφαδενίτιδα, ιριδίτιδα, οπτική νευρίτιδα, κώφωση, ίκτερο, αιματοουρία, νεφρίτιδα είναι αρκετά συχνές. Στην τριτογενή σύφιλη, μετά από δύο με τέσσερα χρόνια, χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση συφιλιδικών κοκκιωμάτων στο δέρμα ή τα οστά, την προσβολή του καρδιαγγειακού συστήματος με την ανάπτυξη του αορτικού ανευρύσματος και του Κ.Ν.Σ. που περιλαμβάνει παρέσεις, μηνιγγίτιδα και τη συφιλιδική φθίση. Η θεραπεία γίνεται με Πενικιλίνη^{1,3}.

Ο έρπης γεννητικών οργάνων είναι από τις συχνότερες αιτίες εξέλκωσης του αιδοίου. Ο ιός του έρπητα τύπου 2 είναι υπεύθυνος για τις αλλοιώσεις, οι οποίες είναι πολλαπλές και θηλωματώδεις στην αρχή και στη συνέχεια μετατρέπονται σε φυσαλιδώδεις κι έπειτα σε επιφανειακές εξελκώσεις, οι οποίες επουλώνονται προοδευτικά. Επιπλοκή της νόσου είναι η επιμόλυνση των βλαβών αυτών με συνηθέστερους τους μύκητες, τον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο και τον στρεπτόκοκκο, όπου επιμηκύνουν την επούλωση τους. Προκαλούν έντονο πόνο, αιμωδίες, μυρμηκιάσεις, κνησμό και αίσθημα καύσου και μπορεί να χρειαστεί να καθετηριαστεί κι η ουροδόχος κύστη λόγω της κατακράτησης ούρων. Επίσης είναι δυνατόν να παρατηρηθεί βουβωνική λεμφαδενίτιδα, η οποία περιλαμβάνει πυρετό, γενική αδιαθεσία, μυαλγίες και καταβολή. Η διάγνωση γίνεται με καλλιέργεια υλικού από τις βλάβες ή με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο. Η θεραπεία γίνεται με κρέμα Ακυκλοβίρης ή Φαμισκλοβίρης τοπικά ή από το στόμα^{1,3}.

Οι συνηθέστεροι τύποι του ιού των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων που προσβάλουν το αιδοίο είναι ο HPV 6 και ο HPV 11, οι οποίοι συνήθως προκαλούν κονδυλώματα και ο HPV 16 και ο HPV 18 που θεωρούνται ότι σχετίζονται με τις προκαρκινικές βλάβες του αιδοίου. Τα κονδυλώματα, που πλέον είναι συχνά, μεταδίδονται σεξουαλικά και σε ένα μεγαλύτερο ποσοστό του 50% εμφανίζονται και στον δεύτερο σύντροφο. Οι βλάβες είναι οξυτενή και πλατέα κονδυλώματα. Τα πρώτα ανευρίσκονται συνήθως στα χείλη και στο χαλινό, τα οποία με τον καιρό γίνονται

αρκετά μεγάλα, διαμέτρου 3 εκ., και παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα ατυπίας και ενίοτε έντονο πολλαπλασιασμό. Τα δεύτερα βρίσκονται στα μεγάλα χείλη, είναι πολλαπλά, κι έχουν διάμετρο 3 έως 4 χλστ. Σε πολλές περιπτώσεις η διάγνωση χρήζει βιοψίας για να διαχωριστεί από τον καρκίνο όταν παρατηρούνται μεγάλες βλάβες. Η εγκυμοσύνη καθώς και η ανοσοκαταστολή ή ο σακχαρώδης διαβήτης και η χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων επιβαρύνουν την κατάσταση. Τα κύρια συμπτώματα των HPV φλεγμονών είναι κυρίως ο κνησμός του αιδοίου καθώς και η σταγονοειδής αιμόρροια μετά από την σεξουαλική επαφή. Οι μικρές βλάβες αντιμετωπίζονται με τοπικές κρέμες και οι μεγαλύτερες με διαθερμία και ηλεκτροκαυτηριάσεις^{1,3,4}.

Η Γονόρροια οφείλεται στην Ναισέρεια τη γονορροϊκή και προκαλεί έντονο ερεθισμό του αιδοίου και απόστημα των βαρθολίνειων αδένων και των αδένων του Skene. Καταστρέφεται εύκολα με την ξηρασία, τον ήλιο, τη θερμοκρασία, και με τα γνωστά αντισηπτικά. Είναι παθογόνος μόνο για τον άνθρωπο, εμφανίζεται κυρίως στις έφηβες, είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος και συνήθως συνυπάρχει και με άλλες ασθένειες της κατηγορίας αυτής. Αναπτύσσεται σε έδαφος ατροφικού επιθηλίου, γι αυτό κι είναι συχνότερο στις έφηβες και τις εμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Η ασθενής μπορεί να αναφέρει δυσουρία, συχνουρία, πυελικά άλγη αλλά και πυώδη έκκριση. Αντιμετωπίζεται μετά από την λήψη καλλιέργειας με αντιβίωση αφού επιλεγθεί σύμφωνα με το αντιβιογράμμα^{1,3}.

Η Βαρθολινίτιδα προκαλείται λόγω απόφραξης των εκφορητικών πόρων των βαρθολίνειων αδένων και της δημιουργούμενης κατ' αυτό τον τρόπο φλεγμονής κι έπειτα κύστης. Παλαιότερα θεωρούσαν υπεύθυνο μικροοργανισμό την Γονόρροια αλλά πλέον θεωρούν οποιοδήποτε. Ο πόρος έχει μήκος 2 εκ. και το στόμιο του εντοπίζεται στην είσοδο του κολεού, στα πλάγια του παρθενικού υμένα. Εάν η φλεγμονή δεν περιορισθεί στον πόρο αλλά επεκταθεί, δημιουργώντας έτσι κύστη κι έπειτα μπορεί να σχηματιστεί απόστημά. Η συμπτωματολογία της φλεγμονής αυτής περιλαμβάνει την ευαισθησία της αντίστοιχης περιοχής με δυσπαρεύνεια και πυρετική κίνηση. Επισκοπικά διαπιστώνεται μια φλεγμονή στη θέση που αντιστοιχεί ο αδένας με οίδημα, άλγος και πυρετό. Μπορεί να επεκταθεί στους παρακείμενους ιστούς με διάχυτο οίδημα, ερυθρότητα, και τα τελευταία μπορούν να επεκτα-

θούν προς το περίνεο και την κλειτορίδα. Η θεραπεία συνίσταται σε διάνοιξη του αποστήματος από την έσω επιφάνεια του μικρού χείλους του αιδοίου και παροχέτευση του. Αν υποτροπιάζει μπορεί να χρειαστεί η μαρσιποποίηση του αδένου ώστε να σχηματιστεί νέο στόμιο του πόρου και να συνεχιστεί η λειτουργία του αδένου. Η καλλιέργεια του πύου και η χορήγηση αντιβιοτικών θεωρείται απαραίτητη¹.

Μη νεοπλασματικές και προκαρκινικές αλλοιώσεις

Ο Σκληρυντικός λειχήνας είναι μία βλάβη που προσβάλλει το αιδοίο, το περίνεο και την περιπρωκτική χώρα. Το δέρμα εμφανίζεται λεπτό, λευκό, με επηρμένες πλάκες και συνοδό ατροφία του επιθηλίου, ενίοτε φυσαλίδες με αιμορραγικό περιεχόμενο, τηλεαγγειεκτασίες ή πορφυρά οφειλόμενα σε εκδορές λόγω κνησμού. Η εικόνα μπορεί να είναι άτυπη και μερικές φορές και παραπλανητική. Τα αίτια μπορεί να είναι μεταβολικά, λόγω φλεγμονής ή και λόγω αυτοάνοσων νοσημάτων. Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν επίπεδα με ή χωρίς υπερεκκρατώση. Μπορεί να υπάρξει οίδημα και υποεπιθηλιακή υαλοειδής εκφύλιση με ήπια έως μέτρια βαθμού λεμφοκυτταρική διήθηση. Ο κίνδυνος κακοήθους εξαλλαγής είναι μικρός αλλά η βιοψία θα επιβεβαιώσει τη διάγνωση. Στην αντιμετώπιση του περιλαμβάνει κρέμα προπιονικής κλομπεταζόλης 0,05% ή κρέμα υδροκορτιζόνης 10% ή προγεστερόνης 100%, βιταμίνης Α και ρετινοειδή. Επί επιμονής των συμπτωμάτων χρήζει βιοψία και ίσως χειρουργική αντιμετώπιση με Laser ή αιδοιοεκτομή ή και λεμφαδενικό καθαρισμό επί νεοπλασιών^{5,6}.

Ο χρόνιος απλός λειχήν ή πλακώδης υπερπλασία είναι ιδιοπαθής υπερπλασία του επιθηλίου οφειλόμενη στην τριβή λόγω κνησμού, συχνά συνδυάζεται και με ψυχοσωματικά αίτια. Εμφανίζεται μονόπλευρα ή και αμφοτερόπλευρα με επηρμένα σημεία του δέρματος καφεοειδής κυρίως χροιάς κι ενίοτε και λευκής ή ερυθράς. Στα τυπικά ιστολογικά χαρακτηριστικά είναι πεπαχυμένη επιδερμίδα με ανώμαλη επιμήκυνση. Υπάρχει υπερεκράτωση και κοκκιωμάτωση αλλά με καλή ωρίμανσή της επιδερμίδας. Η λήψη βιοψίας θα φανεί χρήσιμη για τον διαχωρισμό με άλλες δερματοπάθειες. Η θεραπεία περιλαμβάνει κορτικοστεροειδή κρέμα, η πιθανή χορήγηση ήπιου ηρεμιστικού είναι βοηθητική. Σε εκδορές από τον κνησμό χορηγείται τοπικά αντιβιοτική κρέμα^{5,6}.

Ο ομαλός λειχήν μπορεί κλινικά να σχετίζεται με τον σκληρυντικό λειχήνα και μπορεί να συνυπάρξουν και σε διαφορετικά σημεία του δέρματος. Το αιδοίο εμφανίζει λευκή, δαντελωτή εικόνα, με διαβρωμένες περιοχές ή σκληρές επίπεδες λευκές πλάκες. Ο κολπικός λειχήνας είναι ικανός να προκαλέσει πλήρη συγκόλληση των κολπικών τοιχωμάτων. Στο ιστολογικό εμφανίζει μια κλασική προιονωτή εικόνα του επιθηλίου με εκφύλιση των βασικών επιθηλιακών στρωμάτων. Συνήθως αυτοπεριορίζεται. Στη διάγνωση θα βοηθήσει η βιοψία. Η τοπική υγιεινή, αποφυγή ερεθιστικών ουσιών, άνετος ρουχισμός θα βοηθήσουν στην θεραπεία. Επίσης τα αντιισταμινικά, τοπικώς κορτικοστεροειδή, ρετινοειδή χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του. Τέλος οι συμφύσεις και οι ουλές αντιμετωπίζονται χειρουργικώς με CO laser^{5,6}.

Η Ψωρίαση πρόκειται για ερυθηματολεπιδώδεις πλάκες με ή χωρίς φλύκταινες σε απολύτως σαφή όρια. Πολλά σκευάσματα όπως πίσσας ή Dithranol μπορεί να προκαλέσουν ιδιαίτερο ερεθισμό στην περιοχή του αιδοίου. Αντιμετωπίζεται με τοπικώς μη φθορωμένα κορτικοστεροειδή ή τοπικώς καλσιποτριόλη ή ταζαροτένη. Σε κάποιες ειδικές περιπτώσεις η φωτοχημειοθεραπεία PUVA βοηθάει^{5,6}.

Η δερματίτιδα εξ επαφής μπορεί να προκληθεί σαν αλλεργική αντίδραση από αντιβιοτικά, τοπικά κορτικοστεροειδή, αφρόλουτρα, αρωματικά σαπούνια και καλλυντικά. Εμφανίζεται κλινικά ως ερύθημα, οίδημα συνοδευόμενο από φυσαλίδες με ορόρροια και δυσιδρωτικά εκζέματα. Η αποφυγή των ερεθιστικών ουσιών, τα ενυδατικά σκευάσματα καθώς και η κορτικοστεροειδής κρέμα βοηθάει στην θεραπεία της. Σε περίπτωση βακτηριακής επιμόλυνσης χορηγούνται αντιβιοτικά^{5,6}.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΟΛΠΟΥ

Φλεγμονώδεις

Η μη ειδική ή βακτηριακή κολπίτιδα χαρακτηρίζεται κάθε ασυμπτωτικής λευκωπή κολπική έκκριση που δεν αποδίδεται εύκολα στους εύκολα ανιχνεύσιμους ειδικούς παράγοντες, όπως είναι η μονιλία, ο γονόκοκκος, οι τριχομονάδες, αλλά προκαλείται από “μικτές” βακτηριδιακές λοιμώξεις όπως ορισμένα αναερόβια βακτηρίδια (πεπτοστρεπτόκοκκοι και βακτηριοειδή), τα χλαμύδια, τα μυκοπλάσματα και το αερόβιο κορνοβακτηρίδιο του κόλπου. Η ασθενής παραπονείται για κολπική υπερέκκριση με

δυσάρεστη οσμή, που θυμίζει οσμή ψαριού ή σάπιου κρέατος, η οποία αυξάνεται κατά τη διάρκεια της συνουσίας ή κατά την εμμηνορροσία. Δεν αναφέρεται συνήθως κνησμός. Κατά την εξέταση με το μητροσκόπιο, παρατηρείται υδαρές, λευκωπό και αφρώδες έκκριμα στον οπίσθιο κολπικό θόλο, το οποίο μπορεί να καλύψει και το βλεννογόνο της εισόδου του κόλπου και των μικρών χειλέων του αιδοίου κι είναι δυνατό να συνδυάζεται με ελαφρό οίδημα του βλεννογόνου. Στην διάγνωση βοηθάει η καλλιέργεια του κολπικού υγρού. Η παρουσία των “clue cells” κυττάρων του κολπικού επιθηλίου διάστικτων με μικρά κολοβακτηρίδια είναι ενδεικτική της λοίμωξης με την *Gardnerella vaginalis*. Παράγοντες που επιβαρύνουν την κατάσταση είναι το κάπνισμα, οι σεξουαλικές συνήθειες, τα αντισώματα κατά του ιού του απλού του έρπητα 1 και 2 και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Στην θεραπεία χορηγείται μετρονιδαζόλη από το στόμα ή και κολπικά σε συνδυασμό με κλινδαμυκίνη σε μορφή κολπικών δισκίων. Αν η ασθενής διαμαρτυρηθεί για υποτροπές της νόσου, τότε συστήνεται να πάρει και ο σύντροφος αγωγή¹. Η τριχομοναδική κολπίτιδα οφείλεται στο πρωτόζωο “τριχομονάδα του κόλπου”, ένα αναερόβιο παράσιτο, που έχει την ικανότητα να εκκρίνει υδρογόνο όταν συνδέεται με οξυγόνο και δημιουργεί ένα αναερόβιο περιβάλλον. Μεταδίδεται συνήθως με τη σεξουαλική επαφή, με την τουαλέτα, με τις μολυσμένες πετσέτες και με το μολυσμένο νερό. Οι ρήξεις του περινέου που δεν αποκαθίστανται μετά τον τοκετό ευνοούν την συχνή μόλυνση του. Ο κολπικός βλεννογόνος προσβάλλεται στην γυναίκα και στον άνδρα ο προστάτης με την ακροποσθία πιο συχνά. Οι τριχομονάδες τρέφονται με το γλυκογόνο των βακίλων του Doderlein, οι οποίοι και εξαφανίζονται με φαγοκυττάρωση. Το pH γίνεται περισσότερο αλκαλικό⁵⁻⁸ κι έτσι βοηθάει στην ανάπτυξη των παθογόνων μικροβίων. Εμφανίζεται ως λευκοκίτρινη, λεπτόρρευστη, αφρώδης, δύσοσμη έκκριση που συνοδεύεται από έντονο αιδοϊκό κνησμό και καύσο. Ο τράχηλος είναι συνήθως υπεραυμικός και εξέρυθρος και στις χρόνιες μορφές μοιάζει κι έχει εξέρυθρα σημεία σαν “φράουλα”, που οφείλονται σε μικροσκοπικές αιμορραγίες, γι’ αυτό και χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη κηλιδώδους αιμορραγικής κολπίτιδας. Η διάγνωση τόσο από την κλινική εικόνα όσο και από την καλλιέργεια επιβεβαιώνει την εικόνα. Η θεραπεία περι-

λαμβάνει την μετρονιδαζόλη από το στόμα κι ενδοκολπικώς. Η από το στόμα θεραπεία χορηγείται και στον σύντροφο κι απαγορεύεται η λήψη αλκοόλης και η σεξουαλική επαφή, επειδή αυξάνεται ο κίνδυνος επαναμόλυνσης^{1,3}.

Η μονιλιακή αιδοιίτιδα οφείλεται στο μύκητα “ωίδιο το λευκάζον” (*Candida albicans*) ή “μονίλια” (*Monilia*) που συνήθως ανευρίσκεται στην χλωρίδα του κόλπου αλλά και του γαστρεντερικού σωλήνα. Ο μύκητας βρίσκεται με τη μορφή των ψευδομυκηλίων, τα οποία αναπτύσσονται σε θερμό, υγρό και πλούσιο σε γλυκογόνο περιβάλλον. Στον κόλπο μεταδίδονται με τα νύχια των χεριών ή από το έντερο. Επίσης η μετάδοσή είναι δυνατή και κατά την συνουσία. Αυξάνονται οι πιθανότητες κατά την αναπαραγωγική ηλικία όπου η έκκριση των οιστρογόνων και του γλυκογόνου είναι υψηλή. Παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη τους είναι η εγκυμοσύνη, η ανοσοκαταστολή, τα αντιβιοτικά που καταστρέφουν τη φυσιολογική χλωρίδα του κόλπου και τέλος ο σακχαρώδης διαβήτης. Εμφανίζεται με τη παρουσία του λευκωπού, πηκτού, τυρώδους εκκρίματος με οσμή ζυμαριού, το οποίο καλύπτει περιοχές του βλεννογόνου τόσο του κόλπου όσο και του αιδοίου. Ο βλεννογόνος εμφανίζεται έντονα εξερυθρός, φλεγμονώδης και ίσως εξελκωμένος. Η γυναίκα συχνά αναφέρει κνησμό, που γίνεται πιο έντονος τη νύχτα κι επεκτείνεται προς τους βουβώνες και το περίνεο, δυσπαρεύνεια και συχνά δυσουρία. Στην διάγνωση συντελεί τόσο η κλινική εξέταση όσο και η καλλιέργεια κολπικού υγρού. Η θεραπεία εκλογής υπήρξε επί σειρά ετών η νυστατίνη αλλά τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται οι αζόλεις ή τα ημιδαζόλια όπως φλουκοναζόλη, κλοτριμαζόλη, μικοναζόλη, εκοναζόλη, ισοκοναζόλη κετοκοναζόλη κι η ιτρακοναζόλη τα οποία χρησιμοποιούνται τόσο σε κολπικά δισκία ή κολπική κρέμα. Σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να εφαρμοσθεί και συστηματική θεραπεία με κάψουλες από το στόμα. Έχει παρατηρηθεί χρήσιμη και η επίχριση των βλεννογόνων με ιωδιούχο ποβιδόνη και σε άλλες μυκητιάσεις με εκζεματοειδείς βλάβες κι έντονο κνησμό μπορεί να χρησιμοποιηθεί κρέμα σε συνδυασμό κορτικοστεροειδούς με αντιμυκητιασικού όπως υδροκορτιζόνης με μικοναζόλη ή διφλουκοτολόνης με ισοκοναζόλη^{1,2}.

Η αιδοιοκλιπίτιδα των κορασίδων μπορεί να προκληθεί από κολοβακτηρίδια, διάφορους κόκκους σε συνδυασμό με τη κακή υγιεινή. Επίσης παράγοντες κινδύνου είναι η

μόλυνση με οξύουρους (*Enterobius* ή *Oxiuris Vermicularis*) αλλά και η παρουσία ξένου σώματος όπως χαρτί ή βαμβάκι και τα συμπτώματα επιβαρύνονται από τις μολυσμένες πετσέτες ή τα ρούχα. Εμφανίζονται με άφθονη κίτρινωπή έκκριση κι οξεία αιδοιίτιδα. Οι καταστάσεις αυτές πρέπει να διαχωρίζονται από άλλες φυσιολογικές καταστάσεις, οι οποίες επίσης προκαλούν κολπική υπερέκκριση χωρίς όμως τα σημεία φλεγμονής. Αντιμετωπίζεται με αντιβίωση και η χορήγηση οιστρογόνων αυξάνει την αντίσταση με το να αυξάνει το πάχος του επιθηλίου. Στην παρουσία ξένου σώματος συνιστάται στην απομάκρυνση του για την αποφυγή του συνδρόμου του τοξικού Shock και κάλυψη με αντιβίωση. Στην οξυουρίαση, η διάγνωση γίνεται με την ανεύρεση ωών του παρασίτου, στη μικροσκοπική εξέταση με τη λήψη υλικού με ταινία κυταρίνης στην πάσχουσα περιοχή και μεταφορά της σε αντικειμενοφόρο πλάκα και ως φάρμακο εκλογής χρησιμοποιείται το Vanquin (*Pyrginium pamoate*) 1.

Η γεροντική ατροφική κολπίτιδα αναφέρεται σαν μια μη ειδική φλεγμονή από διάφορους μικροοργανισμούς, οι οποίοι αναπτύσσονται λόγω της στέρησης οιστρογόνων η οποία μπορεί να προκαλέσει ανιούσα λοίμωξη και πιθανή ενδομητρίτιδα και τελικώς στένωση του κόλπου. Παρατηρείται συνήθως κολπική ξηρότητα, αιματηρή πυώδης έκκριση, δυσπαρεύνεια αλλά αναφέρονται και συμπτώματα και από το ουροποιητικό σύστημα όπως δυσουρία, συχνουρία, κι έπειξη προς σύρση. Επισκοπικά ο κολπικός βλεννογόνος μοιάζει εύθρυπτος και ωχρός. Ως θεραπεία χρησιμοποιούνται οιστρογόνα από το στόμα ή τοπικώς^{1,5}.

Καλοήθεις όγκοι του κόλπου

Οι κύστεις του Gartner είναι συγγενείς κύστεις κι εμφανίζονται πιο συχνά στο άνω τριτημόριο των πλάγιων κολπικών τοιχωμάτων κι αναπτύσσονται στο τμήμα των υπολειμμάτων των πόρων του Wolf. Είναι ασυμπτωματικές και ανακαλύπτονται κατά τη διάρκεια της γυναικολογικής εξέτασης. Πρόκειται για μονήρεις, ετερόπλευρες, οι οποίες μπορούν να προβάλλουν από τους κολπικούς θόλους προς τα κάτω, μέχρι και τον πρόδρομό του κολεού και σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να εκτείνονται και προς τα πάνω προς τα παραμήτρια και την ουροδόχο κύστη. Αντιμετωπίζονται μόνο οι μεγάλες κύστεις, οι

οποίες εξαιρούνται με ιδιαίτερη προσοχή χωρίς να γίνει τρώση των ουρητήρων¹.

Τα κονδυλώματα του κόλπου είναι συνήθως ασυμπτωματικά και μπορεί να είναι εξωφυτικά ή επίπεδα αλλά σπανίως οξυτενή. Τα πρώτα έχουν εμφάνιση λευκών θηλωματωδών βλαβών και τα επίπεδα παρατηρούνται μόνο με την κολποσκοπηση. Ανευρίσκονται πιο συχνά στην άνω μούρα του κόλπου και κοντά στον τράχηλο. Η διάγνωση τους γίνεται με κολποσκοπική εξέταση και είναι απαραίτητη η συνολική εξέταση του τραχήλου, αιδοιού, περινέου και περιπροκτικά για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο νεοπλασίας. Τα εξωφυτικά κονδυλώματα θεραπεύονται με εξαχνωση των βλαβών με CO laser και η εφαρμογή κρέμας φθοριουρακίλης, στην περίπτωση που αποτύχει το laser. Η ασθενής οφείλει να παρακολουθείται ανά εξάμηνο τουλάχιστον και να παρακολουθείται συνεχώς με κολποσκοπηση για να αποκλεισθεί η επανεμφάνιση τους¹.

The benign diseases of the vulva and vagina

Balaouras D., Daniilidis A., Tantanasis T., Chintzios D., Nasioutziki M., Makris V., Loufopoulos P-D., Tantanasis T.

2nd Dept. of Obstetrics & Gynecology Clinic, Hippokrateio General Hospital, Aristotle University of Thessaloniki

Correspondence: Balaouras D., 2nd Dept. of Obstetrics & Gynecology Clinic, Hippokrateio General Hospital, Aristotle University of Thessaloniki
Tel.: +30 6974122889
E-mail d.balaouras@yahoo.gr

Summary

The diseases of the vulva and vagina have been until now an important study for the gynaecological world. According to the following, they have been categorized in inflammatory, non-neoplastic – precancerous, and malignant, both for the vulva and the vagina.

The inflammatory diseases of the vulva can appear easily, due to its place, as well as to the increase of the sexually transmitted diseases the last years. They can be caused by fungi, bacteria, protozoa or viruses.

The non-neoplastic and precancerous diseases consist of skin lesions, such as leichen, psoriasis, and local allergies.

The inflammatory diseases of the vagina could be caused by gonococcus, trichomonas or fungi. A special category is the menopausal vaginitis of elders.

The benign vaginal tumors consist of the Gartner's cysts and the condylomas.

Key words: benign vulvar diseases, benign vaginal diseases, sexually transmitted disease

Βιβλιογραφία

- 1.Chorge J, Schaffer J, Halvorson L, Hoffman B, Bradshaw K, Cunningham F, Gynecologic infection, Chorge J et al, Williams Gyneocology, McGraw-Hill Companies, New York, 2008, p49-83.
- 2.Beckmann C, Ling F, Barzansky B, Herbert W, Laube D, Smith R, Vulvovaginitis, Laube D et al, Obstetrics and Gynecology, Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2010, p241-245.
- 3.Beckmann C, Ling F, Barzansky B, Herbert W, Laube D, Smith R, Sexually transmitted diseases, Laube D et al, Obstetrics and Gynecology, Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2010, p247-258.
- 4.Apgar B, Brotzman G, Spitzer M, Vulvar intraepithelial neoplasia, Apgar B, Brotzman G, Spitzer M, Colposcopy principles and practice 2nd edition, Saunders Elsevier, Philadelphia, 2008, p367-379.
- 5.Apgar B, Brotzman G, Spitzer M, Non-Neoplastic epithelial lesions of the vulva, Apgar B, Brotzman G, Spitzer M, Colposcopy principles and practice 2nd edition, Saunders Elsevier, Philadelphia, 2008, p341-365.
- 6.Beckmann C, Ling F, Barzansky B, Herbert W, Laube D, Smith R, Vulvar and vaginal disease and neoplasia, Laube D et al, Obstetrics and Gynecology, Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2010, p365-374.
- 7.Chorge J, Schaffer J, Halvorson L, Hoffman B, Bradshaw K, Cunningham F, Invasive cancer of the vulva, Chorge J et al, Williams Gyneocology, McGraw-Hill Companies, New York, 2008, p665-675.
- 8.Stubblefield P, Vulvar cancer, Berek J, Novak's Gyneocology, 12th edition, Paschalidis P.H., Athens, 1998, p1690-1728.
- 9.Chorge J, Schaffer J, Halvorson L, Hoffman B, Bradshaw K, Cunningham F, Vaginal cancer, Chorge J et al, Williams Gyneocology, McGraw-Hill Companies, New York, 2008, p677-688.
- 10.Apgar B, Brotzman G, Spitzer M, Vagina: Normal, Premalignant, and malignant, Apgar B, Brotzman G, Spitzer M, Colposcopy principles and practice 2nd edition, Saunders Elsevier, Philadelphia, 2008, p311-339.