

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΜΝ).

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) αποτελούν παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Τα 4 συχνότερα ΣΜΝ βακτηριακής αιτιολογίας περιλαμβάνουν τη **σύφιλη**, τη **γονόρροια**, τις **χλαμυδιακές λοιμώξεις** και τις λοιμώξεις από **τριχομονάδες** ενώ τα 4 συχνότερα ΣΜΝ ιογενούς αιτιολογίας περιλαμβάνουν τη λοίμωξη από τον **ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)**, τον **έρπητα των γεννητικών οργάνων (HSV)**, τη **λοιμώξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV)** και τη **λοιμώξη από τον ιό HIV**.

Συνολικά, τα παραπάνω 8 συχνότερα ΣΜΝ είναι υπεύθυνα για 20.000.000 νέες λοιμώξεις παγκοσμίως κάθε χρόνο, οι οποίες σε ποσοστό > 50% αφορούν σε άτομα ηλικίας 15-24 ετών ενώ στο 10% των ασθενών συνυπάρχουν περισσότερα από ένα ΣΜΝ. Σημαντικό επίσης στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι η παρουσία ελκώσεων στα γεννητικά όργανα λόγω ΣΜΝ αυξάνει τον κίνδυνο λοίμωξης από τον ιό HIV.

Τα ΣΜΝ προκαλούν ποικίλη νοσηρότητα και θνητότητα αλλά και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, καθιστώντας αναγκαία την **πρόληψη διασποράς**, η οποία περιλαμβάνει προγράμματα ενημέρωσης, παρέμβασης και προαγωγής της υγείας καθώς και συμβουλευτική για τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και την ανάγκη υιοθέτησης ασφαλέστερων πρακτικών, και την **ολοκληρωμένη αντιμετώπισή τους**, που περιλαμβάνει την κλινικοεργαστηριακή διάγνωση, την κατάλληλη θεραπεία, την ενημέρωση των σεξουαλικών συντρόφων του/της ασθενούς καθώς και τη δήλωση και καταγραφή κάθε κρούσματος στις αρμόδιες υπηρεσίες.

ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ

Η γονόρροια προκαλείται από το βακτήριο *Neisseria gonorrhoeae* και ο άνθρωπος αποτελεί τον μοναδικό φυσικό ξενιστή. Η μετάδοση πραγματοποιείται σχεδόν αποκλειστικά με σεξουαλική επαφή ή κάθετα από τη μητέρα στο νεογνό κατά τον τοκετό.

Επιδημιολογία

Στις Η.Π.Α. αποτελεί το δεύτερο πιο συχνό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, μετά τη λοίμωξη από χλαμύδια.

Αιτιοπαθογένεια

Το βακτήριο *Neisseria gonorrhoeae* είναι ένας αερόβιος gram αρνητικός διπλόκοκκος που αναπαράγεται σε ζεστό και υγρό περιβάλλον και εμφανίζει προτίμηση για τους βλεννογόνους του ανθρώπου. Η διηθητικότητα του βακτηρίου διαφέρει ανάλογα με τον τύπο του επιθηλίου του ξενιστή, καθώς προτιμά το μεταβατικό (φάρυγγας, ορθό) και κυλινδρικό (ουρήθρα, κόλπος) επιθήλιο ενώ το πλακώδες επιθήλιο (δέρμα, στοματικός βλεννογόνος) είναι γενικά ανθεκτικό στη λοίμωξη από το συγκεκριμένο βακτήριο. Το βακτήριο εμφανίζει επίσης τάση για αντίσταση στα αντιβιοτικά, γεγονός που καθιστά τη γονόρροια παγκόσμιο πρόβλημα υγείας.

Κλινικές εκδηλώσεις

Στους άνδρες η γονόρροια εμφανίζεται ως οξεία λοίμωξη της πρόσθιας ουρήθρας, μετά από περίοδο επώασης 2-5 ημερών μετά τη σεξουαλική επαφή. Προκαλεί συνήθως ουρηθρίτιδα με πυώδες έκκριμα, δυσουρία και συχνουρία ενώ σε μικρό ποσοστό ασθενών η λοίμωξη είναι ασυμπτωματική. Η λοίμωξη μπορεί να παραμείνει εντοπισμένη ή να επεκταθεί στην οπίσθια μοίρα της ουρήθρας, στην επιδυμίδα και στον προστάτη και να προκαλέσει δυνητικά στειρότητα.

Στην πλειονότητα των γυναικών η λοίμωξη είναι ασυμπτωματική. Στις συμπτωματικές περιπτώσεις εμφανίζεται μετά από επώαση 5-10 ημερών μετά τη σεξουαλική επαφή ως ενδοτραχηλίτιδα, ουρηθρίτιδα ή κολπίτιδα με πυώδεις εκκρίσεις και δυσπαρεύνια. Η λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί και στα άνω γεννητικά όργανα όπως στο ενδομήτριο, στις σάλπιγγες κλπ., προκαλώντας συχνά φλεγμονώδη νόσο της πυέλου. Δυνητικές επιπλοκές αποτελούν επίσης οι ουλές των σαλπίγγων, με αποτέλεσμα υπογονιμότητα ή έκτοπη κύηση.

Και στα δύο φύλα, η μόλυνση από το βακτήριο μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη και σε άλλες περιοχές π.χ. ορθοπρωκτική γονόρροια με συνοδό βλενώδη έκκριση και πόνο ή φαρυγγική λοίμωξη, η οποία συνήθως είναι ασυμπτωματική. Τέλος, σπάνια εκδηλώνεται ως διάχυτη γονόρροια, προκαλώντας μεταναστευτική αρθρίτιδα, δερματοβλεννογονίες βλάβες, ενδοκαρδίτιδα, μηνιγγίτιδα και περικαρδίτιδα.

Στοματικές εκδηλώσεις

Η γονοκοκκική στοματοφαρυγγίτιδα αποτελεί εκδήλωση της λοίμωξης ύστερα από στοματογεννητική επαφή. Συνήθως είναι ασυμπτωματική ή μπορεί να συνοδεύεται από ήπιο άλγος. Στις συμπτωματικές περιπτώσεις παρατηρείται ερυθρότητα του στοματοφάρυγγα με μικροσκοπικά αποστημάτια και οίδημα στη σταφυλή και στις παρίσθιμες καμάρες ενώ μπορεί να συνυπάρχει τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Η εκδήλωση γονοκοκκικής στοματίτιδας είναι σπάνια και κλινικά παρατηρούνται **μη ειδικές ελκώσεις-διαβρώσεις**.

Διάγνωση

Η διάγνωση της γονόρροιας στους συμπτωματικούς ασθενείς πραγματοποιείται με *Gram χρώση* του πυώδους εκκρίματος, η οποία καταδεικνύει την παρουσία των γονοκόκκων μέσα σε ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρηνα λευκοκύτταρα. Στους ασυμπτωματικούς ασθενείς ή σε ασθενείς χωρίς έκκριμα η χρώση Gram δεν συνιστάται, καθώς δεν είναι αξιόπιστη. Άλλες διαγνωστικές μεθόδους αποτελούν η *δοκιμασία ανίχνευσης νουκλεϊνικών οξέων NAAT* (nucleic acid amplification testing), η οποία σύμφωνα με το Αμερικανικό Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων (Center for Disease Control), αποτελεί την πρώτη γραμμή διάγνωσης σε συμπτωματικούς και μη ασθενείς με γεννητική ή εξωγεννητική λοίμωξη και η *καλλιέργεια*, η οποία συνιστάται σε ασθενείς στους οποίους η δοκιμασία NAAT παραμένει θετική, παρότι έχουν λάβει την κατάλληλη αντιβιοτική θεραπεία.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Λόγω της τάσης του βακτηρίου για αντιβιοτική αντοχή, θεραπεία εκλογής της γονόρροιας αποτελεί το διπλό σχήμα αντιβιοτικών. Συγκεκριμένα, το CDC προτείνει μία δόση κεφτριαξόνης 250 mg ενδομυϊκά (IM) και μία δόση αζιθρομυκίνης 1 g per os για τη θεραπεία μη επιπλεγμένης λοίμωξης των γεννητικών οργάνων. Εναλλακτικά, χορηγείται μία δόση

κεφιζίμης 400 mg per os και μία δόση αζιθρομυκίνης 1 g per os. Σε περίπτωση αλλεργίας στην κεφαλοσπορίνη, συνιστάται γεμιφλοξασίνη ή γενταμυκίνη συνδυαστικά με αζιθρομυκίνη. Ακόμη, απαραίτητη κρίνεται η ενημέρωση των σεξουαλικών συντρόφων.

Οδοντιατρική διαχείριση

Οι ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με γονόρροια και έχουν λάβει αντιβιοτική θεραπεία ενέχουν μικρό κίνδυνο μετάδοσης της νόσου και μπορούν να λάβουν οδοντιατρική θεραπεία λίγες ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Σκόπιμη κρίνεται η παραπομπή σε ειδικό θεράποντα ιατρό των ασθενών με ενεργό φαρυγγίτιδα ή άλλες εμμένουσες στοματικές εκδηλώσεις αδιευκρίνιστης αιτιολογίας.

ΣΥΦΙΛΗ

Αποτελεί λοιμώδες, σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα που προκαλείται από το βακτήριο *treponema pallidum* (ωχρά σπειροχαίτη) και ο άνθρωπος αποτελεί τον μοναδικό ξενιστή. Η σύφιλη ανάλογα με τον τρόπο μετάδοσης διακρίνεται στην **επίκτητη**, όταν μεταδίδεται με σεξουαλική επαφή και στη **συγγενή**, όταν η μετάδοση πραγματοποιείται από την μητέρα στο έμβryo μέσω του πλακούντα. Η επίκτητη σύφιλη με κλινικά, επιδημιολογικά και θεραπευτικά κριτήρια ταξινομείται στην **πρώιμη (πρωτόγονος, δευτερογόνος και πρώιμη λανθάνουσα)** και στην **όψιμη σύφιλη (όψιμη λανθάνουσα και τριτογόνος)** (Πίνακας 1).

Επιδημιολογία

Η σύφιλη αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως, καθώς κάθε χρόνο προσβάλλονται περίπου 12.000.000 άτομα, κυρίως σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού.

Αιτιοπαθογένεια

Ο αιτιολογικός παράγοντας της σύφιλης είναι το βακτήριο *Treponema pallidum*. Η μετάδοση πραγματοποιείται κυρίως με άμεση σεξουαλική επαφή μέσω μολυσμένων βλαβών αλλά μπορεί να μεταδοθεί ακόμη και με το φιλί ενώ λόγω της ευαισθησίας του βακτηρίου στις υψηλές θερμοκρασίες, στην ξηρότητα, στην απολύμανση και στη πλύση με σαπούνι και νερό, η μετάδοση μέσω μολυσμένων αντικειμένων δεν είναι πιθανή. Η σπειροχαίτη δεν μπορεί να διεισδύσει στο τελείως άθικτο δέρμα αλλά μπορεί να εισέλθει μέσω των τριχοθυλακίων ενώ στους βλεννογόνους η είσοδος του βακτηρίου γίνεται μέσω μικροεκδορών. **Κίνδυνος μετάδοσης της λοίμωξης παρατηρείται κατά το στάδιο της πρωτογόνου, δευτερογόνου και πρώιμης λανθάνουσας σύφιλης αλλά όχι στο στάδιο της όψιμης λανθάνουσας και της τριτογόνου σύφιλης.**

Κλινικές εκδηλώσεις

Οι κλινικές εκδηλώσεις ποικίλουν ανάλογα με το στάδιο της νόσου (Πίνακας 2).

Στην **πρωτόγονο** σύφιλη χαρακτηριστικό εύρημα αποτελεί το **συφιλιδικό έλκος**, το οποίο εμφανίζεται μετά από περίοδο επώασης 2-3 εβδομάδων ως μονήρες, **ανώδυνο**, ωοειδούς ή στρογγυλού σχήματος έλκος με ομαλά, υπεργεμμένα και **σκληρά στην ψηλάφηση** χείλη και συνοδεύεται από σύστοιχη ανώδυνη λεμφαδενοπάθεια. Η βλάβη είναι ιδιαίτερα μολυσματική, καθώς βρίθεται σπειροχαιτών. Το συφιλιδικό έλκος εντοπίζεται κυρίως στα γεννητικά όργανα,

ενώ σε 10% των περιπτώσεων εκδηλώνεται εξωγεννητικά, με **πιο συχνό σημείο εντόπισης τη στοματική κοιλότητα**. Ακόμη και χωρίς θεραπεία, το συφιλιδικό έλκος αποδράμει από μόνο του μετά από 3-6 εβδομάδες.

Στην **δευτερογόνο** σύφιλη, οι εκδηλώσεις εμφανίζονται 6 έως 8 εβδομάδες μετά την αρχική έκθεση και σχετίζονται με την αιματογενή εξάπλωση και συστηματική ανοσολογική απόκριση στο *T. Pallidum*. Στο στάδιο αυτό παρατηρείται γενική συμπτωματολογία όπως πυρετός, κακουχία, πονοκέφαλος, γενικευμένη ανώδυνη λεμφαδενοπάθεια, αρθραλγία, αλωπεκία κλπ., ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η νόσος μπορεί να είναι ασυμπτωματική. Στο δέρμα η νόσος εκδηλώνεται με την εμφάνιση χαρακτηριστικών ρόδινων κηλίδων (**συφιλιδική ροδάνθη**) και διάχυτο, συμμετρικό, ανώδυνο κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα με προτίμηση για τα πέλματα και τις παλάμες. Στις περιπτώσεις που η νόσος μείνει αθεράπευτη, η δευτερογόνος σύφιλη προχωρά σε στάδιο **λανθάνουσας** σύφιλης. Η λανθάνουσα σύφιλη διακρίνεται στην **πρώιμη** (< 1 έτος) και στην **όψιμη** (≥ 1 έτος) και αποτελεί τη χρονική περίοδο μεταξύ της δευτερογόνου και της τριτογόνου σύφιλης. Σε αυτό το στάδιο της νόσου, ο ασθενής συνήθως δεν εμφανίζει αξιοσημείωτα σημεία και συμπτώματα που να παραπέμπουν στη σύφιλη.

Η **τριτογόνος** σύφιλη, αν και στις μέρες μας είναι σπάνια, αποτελεί την καταστροφική φάση της νόσου, ενώ **οι ασθενείς δεν θεωρούνται μολυσματικοί**. Λόγω της ικανότητας της σπειροχαίτης να προσβάλει διάφορα όργανα, η τριτογόνος σύφιλη διακρίνεται στην **νευροσύφιλη**, στην **καρδιαγγειακή σύφιλη** και στην **κομμωματώδη σύφιλη**. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αποτελεί το **συφιλιδικό κομμώμα** που μπορεί να εντοπίζεται στο δέρμα, στους βλεννογόνους, στην στοματική κοιλότητα και στα οστά των γνάθων, και αποτελεί μη μολυσματική φλεγμονώδη βλάβη με κεντρική ζώνη νέκρωσης.

Στοματικές εκδηλώσεις

Οι εκδηλώσεις της σύφιλης στην στοματική κοιλότητα διαφέρουν ανάλογα με το στάδιο της νόσου.

Στην πρωτόγονο σύφιλη, το **συφιλιδικό έλκος** εδράζεται συχνότερα στην υπερώα, στα χείλη, στη γλώσσα και στην παρειά και συνοδεύεται από σύστοιχη ανώδυνη λεμφαδενοπάθεια. Είναι ανώδυνη μονήρης έλκωση, με σκληρή βάση, επηρμένα χείλη και λείο πυθμένα που μπορεί να ορορροεί και το μέγεθός του κυμαίνεται από λίγα χιλιοστά έως 2 εκατοστά. Το συφιλιδικό έλκος εμφανίζεται 2 έως 10 εβδομάδες μετά τον ενοφθαλμισμό της σπειροχαίτης και χωρίς θεραπεία παραμένει 3 έως 6 εβδομάδες, υποστρέφοντας από μόνο του.

Στην δευτερογόνο σύφιλη μπορεί να παρατηρηθούν ενδοστοματικά συφιλιδική ροδάνθη και πλατέα κονδυλώματα αλλά συνηθέστερη εκδήλωση αποτελούν οι **συφιλιδικές βλεννώδεις πλάκες**, οι οποίες εντοπίζονται συχνότερα στη γλώσσα, στα χείλη, στην παρειά και στην υπερώα. Εμφανίζονται ως πολλαπλές, ανώδυνες, ωοειδείς, στρογγυλές ή με ανώμαλο περίγραμμα **εξελεκωμένες πλάκες** που καλύπτονται από οπαλίζουσα ψευδομεμβράνη και μπορεί να μιμούνται άλλες βλάβες π.χ. άφθες, πολύμορφο ερύθημα, ερπητική ουλοστοματίτιδα ή πομφολυγώδη νοσήματα.. Αποτελούν ιδιαίτερα μολυσματικές βλάβες και συνοδεύονται από υπογνάθια, υπογενειδία ή τραχηλική ανώδυνη λεμφαδενίτιδα ενώ υποχωρούν αυτόματα μετά από 2 έως 10 εβδομάδες. Η νόσος εφόσον παραμείνει χωρίς θεραπεία εισέρχεται σε λανθάνουσα φάση αλλά μήνες ή και έτη μετά την όψιμη λανθάνουσα σύφιλη ακολουθεί η τριτογόνος σύφιλη.

Τυπικές εκδηλώσεις της τριτογόνου σύφιλης στη στοματική κοιλότητα αποτελούν το **συφιλιδικό κομμώμα** και η **συφιλιδική γλωσσίτιδα**. Το συφιλιδικό κομμώμα προσβάλλει συνήθως τη γλώσσα και την υπερώα και εμφανίζεται ως ανώδυνη σκληρή διόγκωση που στη συνέχεια ελκώνεται και εμφανίζει κεντρικά νέκρωση ενώ όταν εντοπίζεται στην υπερώα μπορεί να προκαλέσει διάτρηση του υποκείμενου οστού και στοματορινική επικοινωνία. Η **ατροφική συφιλιδική γλωσσίτιδα** εντοπίζεται στη ραχιαία επιφάνεια της γλώσσας ως λεία περιοχή με ατροφία των τριχοειδών και μυκητοειδών θηλών. Σε έδαφος ατροφικής συφιλιδικής γλωσσίτιδας μπορεί να αναπτυχθεί **λευκοπλακία**, η οποία μπορεί να εξελιχθεί σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Η **διάμεση συφιλιδική γλωσσίτιδα** οφείλεται στην αυτοίωση των κομμωμάτων και την αντικατάσταση του μύικου ιστού από ινώδη συνδετικό ιστό με αποτέλεσμα την εμφάνιση **λοβωτής γλώσσας**.

Πίνακας 1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΣΥΦΙΛΗΣ.	
I. ΠΡΩΪΜΗ	
<ul style="list-style-type: none"> • Πρωτόγονος • Δευτερογόνος • Πρώιμη λανθάνουσα (< 1 έτος) 	
II. ΟΨΙΜΗ	
<ul style="list-style-type: none"> • Όψιμη λανθάνουσα (≥ 1 έτος) • Τριτογόνος <ul style="list-style-type: none"> ο Καρδιαγγειακή σύφιλη ο Νευροσύφιλη συμπτωματική ο Κομμωματώδης σύφιλη 	

Πίνακας 2. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΣΥΦΙΛΗΣ.		
ΠΡΩΪΜΗ		ΟΨΙΜΗ
Πρωτόγονος	Δευτερογόνος	Τριτογόνος
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Συφιλιδικό έλκος ▪ Λεμφαδενίτιδα 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Γενικά συμπτώματα ▪ Βλεννώδεις πλάκες ▪ Συφιλιδικές βλατίδες ▪ Πλατέα κονδυλώματα ▪ Ροδάνθη ▪ Αλωπεκία ▪ Λεμφαδενίτιδα 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Κομμωματώδης σύφιλη <ul style="list-style-type: none"> ο Οστικές βλάβες ο Σπλαχνικές βλάβες ▪ Νευροσύφιλη ▪ Καρδιαγγειακή σύφιλη ▪ Γλωσσίτιδες <ul style="list-style-type: none"> ο Ατροφική ο Διάμεσος

Διάγνωση

Η διάγνωση της σύφιλης πραγματοποιείται με ανίχνευση του τρεπονήματος του ωχρού μέσω μικροσκόπησης και με ορολογικές διαδικασίες, στις οποίες ανιχνεύονται αντισώματα στον ορό. Οι ορολογικές δοκιμασίες διακρίνονται στις **μη τρεπονημικές**, όταν ανιχνεύονται αντιδρασίνες και στις **τρεπονημικές**, όταν ανιχνεύονται τα ειδικά τρεπονηματικά αντισώματα.

Οι μη τρεπονημικές ορολογικές δοκιμασίες περιλαμβάνουν την VDRL (Venereal disease research laboratory) και την RPR (Rapid Plasma Reagin). Εφαρμόζονται ως αρχικό “screening test” και είναι λιγότερο ειδικές από τις τρεπονημικές αλλά μπορούν να προσδιορίσουν την ενεργότητα της νόσου ενώ θετικοποιούνται ισχυρά 3-8 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του συφιλιδικού έλκους.

Οι τρεπονημικές ορολογικές διαδικασίες είναι πολύ ειδικές για τη διάγνωση της νόσου αλλά δεν μπορούν να διαχωρίσουν μεταξύ προηγούμενης και παρούσας λοίμωξης, καθώς τα αντισώματα παραμένουν θετικά στους περισσότερους ασθενείς μετά την θεραπεία. Η αναζήτηση των IgG και IgM ειδικών αντισωμάτων πραγματοποιείται με μεθόδους ανοσοφθορισμού, όπως FTA-Abs, FTA-Abs-DS, παθητικής αιμοσυγκόλλησης, όπως ΤΡΗΑ, ΜΗΑ-ΤΡ, ΤΡΡΑ ή με την ανοσοενζυμική μέθοδο ΕΙΑ.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί έλεγχος για συλλοίμωξη με HIV λοίμωξη καθώς και έλεγχος και θεραπεία των σεξουαλικών συντρόφων. Θεραπεία εκλογής για ενήλικες ασθενείς και γυναίκες που δεν κυοφορούν αποτελεί η πενικιλίνη. Για την θεραπεία χορηγούνται ενδομυϊκά 2.4 million IU βενζαθινικής πενικιλίνης G. Σε ασθενείς με αλλεργία στις β-λακτάμες, χορηγείται δοξκυκλίνη per os 100 mg x2/ημ. για 2 εβδομάδες ή τετρακυκλίνη 500 mg x4/ημ. για 2 εβδομάδες.

Οδοντιατρική διαχείριση

Οι ενδοστοματικές βλάβες και τα βιολογικά υγρά, όπως το αίμα και το σάλιο, είναι ιδιαίτερα μολυσματικές στο στάδιο της πρωτογόνου και της δευτερογόνου σύφιλης. Ακόμη και μετά την έναρξη της θεραπείας, ο ασθενής θεωρείται **μη μολυσματικός** μόνο μετά από την αρνητικοποίηση των ορολογικών εξετάσεων (λίγοι μήνες έως > 1 έτος). Κατά συνέπεια οι ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με σύφιλη και λαμβάνουν ακόμη θεραπεία και οι ασθενείς που μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας παραμένουν οροθετικοί, πρέπει να θεωρούνται δυνητικά μολυσματικοί για το οδοντιατρικό προσωπικό. Ακόμη όμως και σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να πραγματοποιηθεί οδοντιατρική θεραπεία λαμβάνοντας τις **βασικές προφυλάξεις** (standard precautions), **εκτός** και εάν συνυπάρχουν ενδοστοματικές εκδηλώσεις της σύφιλης. Στην τελευταία περίπτωση, η οδοντιατρική θεραπεία μπορεί να πραγματοποιηθεί όταν αποδράμουν οι βλάβες.

ΈΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων αποτελεί οξεία επώδυνη λοίμωξη της πρωκτογεννητικής περιοχής που οφείλεται στο ιό του απλού έρπητα τύπου -1 ή -2 (HSV-1, -2) και χαρακτηρίζεται από συχνές υποτροπές και υψηλά ποσοστά λανθάνουσας λοίμωξης και ασυμπτωματικής έκλυσης του ιού.

Επιδημιολογία

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων αποτελεί συχνό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα παγκοσμίως, με 50% περίπου των περιπτώσεων να οφείλεται στον HSV-1.

Αιτιοπαθογένεια

Ο ιός του απλού έρπητα τύπου -1 και -2 (HSV), ανήκει στην ευρύτερη οικογένεια των ανθρωπίνων ερπητοϊών.

Ο HSV-1 αποτελεί το κύριο αίτιο των ερπητικών λοιμώξεων που εντοπίζονται πάνω από τη μέση, και κυρίως του στοματικού βλεννογόνου (πρωτοπαθής ερπητική ουλοστοματίτιδα, επιχείλιος έρπητας, δευτεροπαθής ερπητική στοματίτιδα), του ρινικού βλεννογόνου, των οφθαλμών, του δέρματος και του εγκεφάλου. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η πρωτοπαθής λοίμωξη είναι ασυμπτωματική. Η μετάδοση γίνεται μέσω στενής επαφής και μεταφοράς μολυσμένου σιάλου π.χ. με το φιλί και τη στοματογεννητική επαφή, ενώ μπορεί να συμβεί και αυτοενοφθαλμισμός.

Ο HSV-2 προσβάλλει κυρίως το δέρμα και τους βλεννογόνους κάτωθεν της μέσης και μεταδίδεται κυρίως μέσω σεξουαλικής επαφής, συνήθως με ασυμπτωματικό ασθενή που εκλύει τον ιό. Οι ιοί HSV-1 και -2 μπορεί επίσης να μεταδοθούν κάθετα στο νεογνό από μητέρα που πάσχει.

Η παθογένεια της λοίμωξης από τους HSV-1 και -2 είναι παρόμοια. Κατά την πρωτοπαθή έκθεση, τα επιθηλιακά και επιδερμικά κύτταρα προσβάλλονται από τον HSV και ακολουθεί η ιική αντιγραφή η οποία συνοδεύεται από καταστροφή των κυττάρων με αποτέλεσμα οίδημα, φλεγμονή και δημιουργία ενδοεπιθηλιακών φυσαλίδων, οι οποίες ρήγνυνται καταλείποντας ελκώσεις που καλύπτονται από ψευδομεμβράνη.

Στη συνέχεια, οι απόγονοι ιοί (viral progeny) μεταναστεύουν στα επιχώρια γάγγλια (ο HSV-1 κυρίως στο γασσέριο γάγγλιο του τριδύμου νεύρου και ο HSV-2 στα ιερά γάγγλια), όπου παραμένουν σε λανθάνουσα κατάσταση. Ο ιός μπορεί να επανενεργοποιηθεί ύστερα από την έκθεση του ατόμου σε παράγοντες όπως τραύμα, ηλιακό φως, έμμηνος ρύση, σεξουαλική επαφή, ανοσοκαταστολή κλπ. Οι επανενεργοποιημένοι απόγονοι ιοί μεταναστεύουν κατά μήκος των νευραξόνων και μπορεί να προκαλέσουν εμφάνιση βλαβών παρόμοιων με αυτές της πρωτοπαθούς λοίμωξης, οι οποίες όμως συνήθως έχουν λιγότερο θορυβώδη εικόνα και είναι πιο εντοπισμένες.

Κλινικές εκδηλώσεις

Οι κλινικές εκδηλώσεις της λοίμωξης από τον έρπητα των γεννητικών οργάνων διακρίνονται στις **πρωτοπαθείς** (primary) και στις **υποτροπιάζουσες** (recurrent) λοιμώξεις.

Κύρια χαρακτηριστικά της πρωτοπαθούς ερπητικής λοίμωξης αποτελούν η λεμφαδενοπάθεια και η αιμία. Στους ανοσοικανούς ασθενείς η μόλυνση από τον ιό διαρκεί περίπου 10-20 ημέρες ενώ μπορεί να παρατηρηθεί εξάπλωση και σε άλλες περιοχές, όπως στο δέρμα των δαχτύλων

(ερπητική παχυνουχία) ή στους οφθαλμούς (κερατοεπιπεφυκίτιδα). Σπάνια, σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα ή νεογνά, η μόλυνση από τον ιό μπορεί να είναι συστηματική και εκτεταμένη οδηγώντας σε σημαντική νοσηρότητα ή και θνητότητα.

Η πρωτοπαθής λοίμωξη των γεννητικών οργάνων από τον HSV μπορεί να είναι ασυμπτωματική στα 2/3 των λοιμώξεων από τον HSV-1 και στο 40% από τον HSV-2 και σε μεγαλύτερο ποσοστό στους άνδρες ασθενείς. Μετά από περίοδο επώασης 2-10 ημερών, παρατηρούνται βλάβες της πρωτοπαθούς ερπητικής λοίμωξης στην πρωκτογεννητική περιοχή. Στις γυναίκες προσβάλλονται τα εσωτερικά και εξωτερικά γεννητικά όργανα καθώς και το δέρμα της περινεϊκής περιοχής, των μηρών και των γλουτών. Οι ερπητικές βλάβες στους άνδρες εντοπίζεται στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ενώ μπορεί να επεκτείνονται και στο δέρμα της βουβωνικής περιοχής. Στις περιοχές που παρατηρείται υγρασία οι βλάβες ελκώνονται γρήγορα, είναι επώδυνες και μπορεί να προκαλέσουν δυσκολία στην ούρηση. Συνυπάρχουν λεμφαδενοπάθεια και γενική συμπτωματολογία όπως αδυναμία, κεφαλαλγία, μυαλγία και πυρετός. Τα συμπτώματα αποδράμουν σε διάστημα περίπου δύο εβδομάδων και η επούλωση των βλαβών ολοκληρώνεται σε διάστημα 3 έως 5 εβδομάδων.

Οι υποτροπιάζουσες εκδηλώσεις του έρπητα των γεννητικών οργάνων είναι πιθανό να συμβούν από δύο έως έξι φορές σε ένα έτος και οι εκδηλώσεις είναι λιγότερο θορυβώδεις σε σχέση με την πρωτοπαθή λοίμωξη. Το στέλεχος HSV-2 του ιού σχετίζεται περισσότερο με τις υποτροπές, ενώ η επανενεργοποίηση είναι πιο συχνή σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Πριν από την εμφάνιση των φυσαλιδωδών βλαβών, ο ασθενής μπορεί να έχει ενοχλήσεις στην περιοχή, όπως αίσθημα κνησμού, καύσου, πόνου και παραισθησίας. Συνήθως δεν παρατηρείται γενική συμπτωματολογία ενώ η διαδικασία της επούλωσης πραγματοποιείται σε διάστημα 10 έως 14 ημερών.

Οι ερπητικές βλάβες είναι ιδιαίτερα μολυσματικές πριν από το στάδιο της εφελκιδιοποίησης. Μεταξύ των υποτροπών, τα μολυσμένα άτομα μπορεί να μεταδώσουν τον ιό μέσω διαλείπουσας ασυμπτωματικής έκλυσης του ιού (viral shedding) από την πρωκτογεννητική περιοχή.

Διάγνωση

Η διάγνωση τίθεται με λήψη δείγματος από ενεργές βλάβες για την πραγματοποίηση καλλιέργειας, NAAT ή άμεσου ανοσοφθορισμού. Ο ορολογικός έλεγχος για IgG αντισώματα έναντι του HSV-1 ή -2 μπορεί να αποκαλύψει προηγούμενη λοίμωξη ενώ ο έλεγχος για IgM αντισώματα δεν είναι χρήσιμος για τη διάγνωση πρόσφατης ή αρχικής λοίμωξης, καθώς η θετικοποίηση μπορεί να καθυστερήσει αρκετές εβδομάδες ή και μήνες.

Ιατρική αντιμετώπιση

Όλοι οι ασθενείς και οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι πρέπει να λαμβάνουν συμβουλευτική για την φυσική πορεία της λοίμωξης, τη σεξουαλική και νεογνική μετάδοση και τους τρόπους μείωσης της μετάδοσης του ιού. Στις περιπτώσεις πρώτου επεισοδίου εμφάνισης έρπητα γεννητικών οργάνων η θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση αντικών φαρμάκων per os και συγκεκριμένα ακυκλοβίρης, φαμισκλοβίρης ή βαλακυκλοβίρης, τα οποία αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό του ιού και θεωρούνται σχετικά ασφαλή και για εγκύους. Η τοπική χορήγηση ακυκλοβίρης στις βλάβες του έρπητα των γεννητικών οργάνων είναι λιγότερο αποτελεσματική σε σχέση με την συστηματική αγωγή και δεν συνιστάται. Η συστηματική θεραπεία μπορεί να μειώσει τη διάρκεια, τη συχνότητα εμφάνισης, τα συμπτώματα, τη συχνότητα ασυμπτωματικής

έκλυσης του ιού και τον κίνδυνο μετάδοσης. Τα αντιϊκά φάρμακα μπορούν επίσης να χορηγηθούν προληπτικά (ιδίως σε ασθενείς με λανθάνουσα λοίμωξη) ή εντός μίας ημέρας από την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Τέλος, με τα μέχρι σήμερα γνωστά δεδομένα δεν υπάρχει αποτελεσματικό εμβόλιο έναντι του ιού.

Στοματικές εκδηλώσεις- Οδοντιατρική διαχείριση

Σπάνια η λοίμωξη από τον έρπητα των γεννητικών οργάνων μπορεί να μεταδοθεί από τα γεννητικά όργανα και στον στοματικό βλεννογόνο. Η ερπητική ουλοστοματίτιδα και η ερπητική φαρυγγοαμυγδαλίτιδα αποτελούν τις πιο συχνές κλινικές εκδηλώσεις της πρωτοπαθούς λοίμωξης κυρίως από τον ιό HSV-1 και σπανιότερα από τον -2. Η κλινική εικόνα προσομοιάζει με τις φυσαλιδώδεις βλάβες που εντοπίζονται και στην πρωκτογεννητική περιοχή, οι οποίες ρήγνυνται καταλείποντας μικρές διαβρώσεις που καλύπτονται από υποκίτρινες ή λευκωπές ψευδομεμβράνες. Οι βλάβες του βλεννογόνου μπορεί να επεκτείνονται και στην περιστοματική περιοχή, ενώ παρατηρείται συνοδός αμφίπλευρη λεμφαδενίτιδα. Η υποτροπιάζουσα λοίμωξη εκδηλώνεται κυρίως ως **επιχείλιος έρπητας**, με παρουσία επώδυνου φυσαλιδώδους εξανθήματος στο ερυθρό κράσπεδο των χειλέων και πιθανή επέκταση στο δέρμα της σύστοιχης περιστοματικής χώρας και σπανιότερα ως **ενδοστοματικός έρπης**. Οι βλάβες επουλώνονται χωρίς την παρουσία ουλής ύστερα από διάστημα 6 με 10 ημερών.

Οι ερπητικές βλάβες του στοματικού βλεννογόνου και της περιστοματικής περιοχής, ανεξαρτήτως τύπου HSV, είναι ιδιαίτερα μολυσματικές και η οδοντιατρική θεραπεία πρέπει να αναβάλλεται έως την πλήρη ίαση. Οι οδοντιατρικοί χειρισμοί στο στάδιο της μολυσματικότητας μπορεί να οδηγήσουν σε: α) ενοφθαλμισμό του ιού σε άλλη θέση του ασθενούς, β) μόλυνση του οδοντιάτρου και γ) ενοφθαλμισμό μολυσμένων σταγονιδίων ή αερολύματος στον επιπεφυκότα του ασθενούς ή του οδοντιατρικού προσωπικού. Μετά την εφελκιδοποίηση οι βλάβες θεωρούνται σχετικά μη μολυσματικές. Επίσης, μπορεί να απαιτηθεί χορήγηση προφυλακτικής αντιϊκής αγωγής μετά την οδοντιατρική θεραπεία για την αποφυγή υποτροπής.

HPV ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΒΛΑΒΕΣ-ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Οι ιοί των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Viruses-HPV's) αποτελούν DNA ιούς που μολύνουν και πολλαπλασιάζονται στο δέρμα και στους βλεννογόνους. Μέχρι σήμερα έχουν ταυτοποιηθεί περισσότεροι από 120 γονότυποι του ιού και από αυτούς, περισσότερο από 40 στελέχη μεταδίδονται σεξουαλικά. Τα διαφορετικά στελέχη του ιού, προτιμούν να εδράζονται και να αναπτύσσονται σε συγκεκριμένες περιοχές.

Οι διαφορετικοί τύποι του HPV κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες, στους **χαμηλού κινδύνου** (>90% οι υπότυποι 6 και 11), οι οποίοι προκαλούν καλοήθεις βλάβες και στους **υψηλού κινδύνου** (κυρίως οι υπότυποι 16 και 18), οι οποίοι σχετίζονται με ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις και καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του κόλπου και του πρωκτού. Ο HPV 16 υπότυπος σχετίζεται επίσης ισχυρά και με τον καρκίνο του στοματοφάρυγγα.

Επιδημιολογία

Παγκοσμίως, τα οξύτενη κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων αποτελούν το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

Αιτιοπαθογένεια

Η μόλυνση από το ιό μπορεί να συμβεί με άμεση επαφή κατά τη διάρκεια όλων των ειδών σεξουαλικής επαφής ενώ η μόλυνση του εμβρύου από τον ιό είναι σπάνια. Ο ιός HPV εισέρχεται στο επιθήλιο ή στην επιδερμίδα μέσω μικροεκδορών και μολύνει τη βασική στιβάδα. Οι μη ογκογόνοι υπότυποι 6 και 11, έχουν την τάση να προκαλούν επιθηλιακή υπερπλασία, οδηγώντας σε οξυτενή κονδυλώματα ενώ οι υπότυποι υψηλού κινδύνου όπως οι 16 και 18, έχουν την τάση να προκαλούν δυσπλασία και κακοήθεια.

Κλινικές εκδηλώσεις

Τα κονδυλώματα που εντοπίζονται στην πρωκτογεννητική περιοχή είναι κυρίως εξωτερικά αν και μπορούν να εμφανίζονται και ενδοκολπική, ενδοτραχηλική, ενδοπρωκτική και ενδοουρηθρική εντόπιση. Τα εξωτερικά κονδυλώματα εμφανίζουν ποικίλη κλινική εικόνα που κυμαίνεται από μικρές, πολλαπλές συρρέουσες βλάβες (<1mm) έως μεγάλες, εξωφυτικές, θηλωματώδεις ή ανθοκραμβοειδείς βλάβες με αρκετά εκατοστά διάμετρο. Στους άνδρες, οι βλάβες εντοπίζονται στο πέος, στο όσχεο, στην ηβική περιοχή, στον πρωκτό και ενδοουρηθρικά ενώ στις γυναίκες συνήθως παρατηρούνται σε περιοχές με υγρασία όπως τα χείλη και η είσοδος του κόλπου. Οι ασθενείς συνήθως δεν εμφανίζουν συμπτώματα αν και μπορεί να αναφέρουν ήπιες ενοχλήσεις όπως κνησμό, πόνο και παρουσία αιμορραγίας σε περίπτωση τραυματισμού.

Στοματικές εκδηλώσεις

Τα οξυτενή κονδυλώματα του στοματικού βλεννογόνου εντοπίζονται κυρίως στην κοιλιακή επιφάνεια της γλώσσας, στα ούλα, στα χείλη και στην υπερώα είτε ως μεμονωμένες βλάβες είτε ως πολλαπλά συρρέοντα ογκίδια με σχετικά επίπεδη ή ανθοκραμβοειδή επιφάνεια, μέγεθος που μπορεί να κυμαίνεται από λίγα χιλιοστά έως μερικά εκατοστά και ρόδινο ή υπόλευκο χρώμα.

Διάγνωση

Για τη διάγνωση του ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) πραγματοποιείται βιοψία και ιστολογική εξέταση ενώ ο προσδιορισμός του υπότυπου του ιού πραγματοποιείται με *in situ* υβριδισμό.

Ιατρική αντιμετώπιση

Όπως ισχύει για όλα τα ΣΜΝ, η θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει και τον ερωτικό σύντροφο για να αποφευχθεί η επαναλοίμωξη και τη χρήση μεθόδων προφύλαξης για να περιοριστεί η μετάδοση. Οι βλάβες που παραμένουν αθεράπευτες μπορεί να λάβουν μεγάλες διαστάσεις και να εξαπλωθούν αν και μπορεί να υποχωρήσουν από μόνες τους. Για την απομάκρυνση των βλαβών, τη μείωση των υποτροπών και την πρόληψη περαιτέρω μετάδοσης ο θεράπων ιατρός μπορεί να συστήσει διάφορους τρόπους αντιμετώπισης, ανάλογα με την βλάβη και την εντόπιση. Οι επεμβατικές τεχνικές που πραγματοποιούνται για την αφαίρεση των βλαβών περιλαμβάνουν τη χειρουργική αφαίρεση, την ηλεκτροχειρουργική, την εξάχνωση με laser, την κρυοθεραπεία, τη φωτοδυναμική θεραπεία και χημικούς τρόπους εξάχνωσης. Οι μη επεμβατικές μέθοδοι περιλαμβάνουν την τοπική εφαρμογή ποδοφυλλοτοξίνης, ποδοφυλλίνης, ιμικουιμόδης και 5-φθοριουρακίλης. Επίσης, χρησιμοποιούνται και άλλοι παράγοντες όπως τα ρετινοειδή και η ιντερφερόνη. Στις περιπτώσεις εμφάνισης HPV + ακανθοκυτταρικού

καρκινώματος, η θεραπεία περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση με ή χωρίς ακτινοθεραπεία ή στοχευμένη θεραπεία.

Οδοντιατρική διαχείριση

Η εντόπιση οξυτενών κονδυλωμάτων στον στοματικό βλεννογόνο σε παιδιά θα πρέπει να εγείρει την υποψία σεξουαλικής κακοποίησης και να αναφέρεται αρμοδίως. Ο οδοντίατρος χρειάζεται να μπορεί να αναγνωρίσει τις βλάβες ώστε να ενημερώσει τον ασθενή για περαιτέρω έλεγχο για ΣΜΝ. Γενικά, ο κίνδυνος μετάδοσης HPV-λοίμωξης στο οδοντιατρικό προσωπικό είναι μικρός. Οι μονήρεις βλάβες αντιμετωπίζονται με χειρουργική εξαίρεση και ιστοπαθολογική εξέταση, ενώ η αντιμετώπιση πολλαπλών HPV βλαβών περιλαμβάνει τη χειρουργική εξαίρεση, τον καυτηριασμό ή την αφαίρεση με laser CO₂. Κατά τη συνεδρία laser απαιτείται αυστηρή εφαρμογή των βασικών προφυλάξεων και χρήση χειρουργικής αναρρόφησης για την αποφυγή της επιμόλυνσης των επιφανειών και της εισπνοής μολυσμένου αερολύματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καθώς οι ασθενείς με ΣΜΝ μπορεί να είναι δυνητικά μολυσματικοί για το οδοντιατρικό προσωπικό, η οδοντιατρική διαχείριση προϋποθέτει την αναγνώριση όλων των ασθενών με ενεργό νόσο. Αυτό δεν είναι πάντα εφικτό, είτε γιατί οι ασθενείς μπορεί να αποκρύψουν το ιστορικό τους είτε γιατί μπορεί να μην έχουν εμφανή κλινικά σημεία ή συμπτώματα ενδεικτικά νόσου, και για το λόγο αυτό θα πρέπει όλοι οι ασθενείς να αντιμετωπίζονται ως δυνητικά μολυσματικοί και να εφαρμόζονται οι βασικές προφυλάξεις (Standard Precautions) και τα ατομικά μέτρα προστασίας (Personal Protective Equipment-PPE).