

Η λοίμωξη του περινέου από HPV

Η λοίμωξη του περινέου από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) είναι μια συχνή σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη. **Το περίνεο** είναι η περιοχή μεταξύ του πρωκτού και των γεννητικών οργάνων. Ο HPV είναι γνωστό ότι προκαλεί **κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων** και μπορεί επίσης να οδηγήσει σε ορισμένους τύπους καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου του **καρκίνου του πρωκτού, του τραχήλου της μήτρας και του πέους**.

Τα συμπτώματα της λοίμωξης από HPV

Η μόλυνση με τον HPV μπορεί να συμβεί μέσω επαφής με δέρμα με δέρμα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας. **Τα συμπτώματα της λοίμωξης** του περινέου από τον HPV μπορούν να περιλαμβάνουν **κνησμό, κάψιμο και πόνο** στην πληγείσα περιοχή. Ενδέχεται επίσης να αναπτυχθούν κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων, τα οποία μπορούν να έχουν **ανάγλυφη, επίπεδη ή κουνουπιδοειδή εμφάνιση**. Αυτά τα κονδυλώματα μπορούν να είναι επώδυνα και να προκαλέσουν αιμορραγία κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας. Η πρόληψη της λοίμωξης από τον HPV του περινέου μπορεί να επιτευχθεί μέσω πρακτικών ασφαλούς σεξ. Όπως η χρήση προφυλακτικών και ο περιορισμός των σεξουαλικών συντρόφων. Διατίθενται επίσης εμβόλια για την πρόληψη ορισμένων στελεχών του HPV που είναι γνωστό ότι προκαλούν καρκίνο και κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων.

Οι θεραπευτικές επιλογές για τη λοίμωξη του περινέου από τον HPV

Οι θεραπευτικές επιλογές για τη λοίμωξη του περινέου από τον HPV περιλαμβάνουν **τοπικά φάρμακα**, κρυοθεραπεία και χειρουργική αφαίρεση των κονδυλωμάτων ή του ανώμαλου ιστού **παλιά. Σήμερα η επιλογή για τη λοίμωξη του περινέου από τον HPV είναι το LASER CO2**. Είναι σημαντικό να αναζητήσετε ιατρική βοήθεια εάν υποψιάζεστε ότι έχετε λοίμωξη HPV του περινέου για να προλάβετε επιπλοκές και να μειώσετε τον κίνδυνο εξάπλωσης του ιού σε άλλους. Η πρόληψη της λοίμωξης από τον HPV του περινέου μπορεί να επιτευχθεί μέσω πρακτικών ασφαλούς σεξ, όπως η χρήση προφυλακτικών και ο περιορισμός των σεξουαλικών συντρόφων. Διατίθενται επίσης εμβόλια για την πρόληψη ορισμένων στελεχών του HPV που είναι γνωστό ότι προκαλούν καρκίνο και κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων. Οι θεραπευτικές επιλογές για τη λοίμωξη του περινέου από τον HPV περιλαμβάνουν τοπικά φάρμακα, κρυοθεραπεία και χειρουργική αφαίρεση των κονδυλωμάτων ή του ανώμαλου ιστού. Είναι σημαντικό να αναζητήσετε ιατρική βοήθεια εάν υποψιάζεστε ότι έχετε λοίμωξη HPV του περινέου για να προλάβετε επιπλοκές και να μειώσετε τον κίνδυνο εξάπλωσης του ιού σε άλλους. Διατίθενται επίσης εμβόλια για την πρόληψη ορισμένων στελεχών του HPV που είναι γνωστό ότι προκαλούν καρκίνο και κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων. Οι θεραπευτικές επιλογές για τη λοίμωξη του περινέου από τον HPV περιλαμβάνουν τοπικά

φάρμακα, κρυοθεραπεία και χειρουργική αφαίρεση των κονδυλωμάτων ή του ανώμαλου ιστού.

Σήμερα η επιλογή για τη λοίμωξη του περινέου από τον HPV είναι το LASER CO2. Είναι σημαντικό να αναζητήσετε ιατρική βοήθεια εάν υποψιάζεστε ότι έχετε λοίμωξη HPV του περινέου για να προλάβετε επιπλοκές και να μειώσετε τον κίνδυνο εξάπλωσης του ιού σε άλλους.

Διαβάσαμε για εσας στο <https://www.intechopen.com/chapters/56814>

Κολποσκόπηση αιδοίου και περινέου

Κολποσκόπηση και Παθολογία Τραχήλου

Αφηρημένη

Λόγω της φυσιολογικής ιστολογίας αυτής της περιοχής και της πολυεστιακής φύσης της ενδοεπιθηλιακής νόσου του αιδοίου, η αιδοσκόπηση είναι πιο δύσκολη και λιγότερο αντικειμενική από την εξέταση του τραχήλου της μήτρας. Θα αναθεωρηθεί η βάση της κολποσκόπησης του αιδοίου καθώς και οι καλοήθεις δερματικές διαταραχές του αιδοίου που συνήθως εντοπίζονται σε μια γυναικολογική εξέταση ρουτίνας.

Λέξεις-κλειδιά

- κολποσκόπηση
- αιδοίο
- λοιμώξεις
- τραύμα
- Liqueen esclerosus
- HPV
- VIN

1. Εισαγωγή

Η κολποσκόπηση του αιδοίου - η αιδοσκόπηση - είναι ένα ουσιαστικό βήμα στη γυναικολογική εξέταση. Ωστόσο, δεν είναι τόσο συστηματική όσο η κολποσκοπική εξέταση του τραχήλου της μήτρας λόγω της φυσιολογικής ιστολογίας, καθώς αυτή η περιοχή και η πολυεστιακή φύση της ενδοεπιθηλιακής νόσου του αιδοίου καθιστά την εξέταση πιο δύσκολη και λιγότερο αντικειμενική από την εξέταση του τραχήλου της μήτρας.

Σε αυτό το κεφάλαιο, θα επικεντρωθούμε στις μη νεοπλασματικές διαταραχές των δερματικών διαταραχών του αιδοίου που συνήθως θα μπορούσαμε να βρούμε σε μια γυναικολογική εξέταση ρουτίνας. Οι νεοπλασματικές διαταραχές του αιδοίου θα πρέπει να χρειάζονται αναθεώρηση σε άλλο κεφάλαιο.

2. Ιστική βάση κολποσκόπησης του αιδοίου

Επί του παρόντος, το οξικό οξύ χρησιμοποιείται παγκοσμίως ως συμπλήρωμα στην κολποσκοπική εξέταση [1]. Ως εργαλείο για την εξέταση του τραχήλου της μήτρας και του κόλπου, η κολποσκόπηση βασίζεται στη μεταβλητή απορρόφηση και ανάκλαση του λευκού φωτός από τις διαφορετικές διεπαφές ιστών [2]. Το χρώμα του βλεννογόνου ιστού εξαρτάται από την ποσότητα της αιμοσφαιρίνης που παρατηρείται στην επιφάνεια του ιστού, η οποία δίνει στον ιστό διαφορετικούς βαθμούς ερυθρότητας. Ο βαθμός ερυθρότητας εξαρτάται από την απόσταση μεταξύ του υποκείμενου αγγείου και της επιφάνειας, γεγονός που έμμεσα υποδηλώνει την ποσότητα του κυτταρικού υλικού (στρώματος και επιθηλίου) μεταξύ των αγγείων και της επιφάνειας.

Το πώς λειτουργεί το οξικό οξύ ως σκιαγραφικό είναι ασαφές. Αν και το οξικό οξύ μπορεί να βελτιώσει την επιφανειακή ανάκλαση του φωτός διαλύοντας τη βλέννα, μπορεί επίσης να τροποποιήσει τις κυτταρικές πρωτεΐνες, συμπεριλαμβανομένων των κυτοκερατινών και των πυρηνικών πρωτεϊνών. Τέλος, πιστεύεται (αλλά δεν έχει ακόμη αποδειχθεί) ότι το οξικό οξύ αφυδατώνει το κύτταρο, το οποίο αφαιρεί το μεγαλύτερο μέρος του κυτταροπλάσματος. Μετά την αφυδάτωση, το κύτταρο μένει με οργανίδια, νημάτια κυτταροσκελετού και πυρηνικές πρωτεΐνες. Οι επιδράσεις του οξικού οξέος είναι παροδικές: όταν συμβαίνει επανυδάτωση του κυτταροπλάσματος του κυττάρου, τυχόν μεταβολές της πρωτεΐνης επανέρχονται στην κανονική τους κατάσταση [3].

Επειδή το οξικό οξύ τροποποιεί ειδικά το κυτταρόπλασμα και τις πυρηνικές πρωτεΐνες του κυττάρου, η αντίθεση που δημιουργείται από την εφαρμογή του στον τραχηλικό και τον κολπικό βλεννογόνο εξαρτάται από τον αριθμό των επιθηλιακών κυττάρων της επιφάνειας, την ποσότητα του κυτταροπλάσματος σε αυτά τα κύτταρα και την ποσότητα πυρηνικού υλικού σε κάθε κύτταρο. Θα ακολουθούσε ότι περισσότερο φως θα απορροφούνταν και θα ανακλούσε λίγο φως εάν υπήρχαν λίγα επιφανειακά κύτταρα με μικρούς πυρήνες και μεγάλες ποσότητες κυτταροπλάσματος. Οι επιδράσεις του οξικού οξέος σε αυτά τα κύτταρα θα απαιτούσαν συχνές επαναλαμβανόμενες εφαρμογές για να διατηρηθεί η αφυδατωμένη κατάσταση. Το αντίθετο (περισσότερη ανάκλαση φωτός) θα συνέβαινε εάν η επιφανειακή διεπιφάνεια αποτελείται από πολυάριθμα κύτταρα με μεγάλους πυρήνες και μικρές ποσότητες κυτταροπλάσματος. Οι επιδράσεις του οξικού οξέος θα διαρκέσουν περισσότερο επειδή αυτά τα κύτταρα θα έχουν ελάχιστο κυτταροπλασματικό υγρό για επανυδάτωση.

Το πάχος του δέρματος επηρεάζει την αδιαφάνεια και ποικίλλει από διαφορετικές περιοχές του αιδοίου. Το δέρμα των περιοχών που φέρουν τρίχες είναι παχύτερο από το δέρμα άλλων περιοχών του αιδοίου. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο οι ιστολογικά πανομοιότυπες βλάβες μπορεί να έχουν διαφορετική εμφάνιση όταν υπάρχουν σε διαφορετικά μέρη του αιδοίου. Το εξέχον επιφανειακό στρώμα κερατίνης του δεν παρέχει σαφή εικόνα των υποκείμενων αιμοφόρων αγγείων. Η μελάγχρωση μπορεί επίσης να κρύψει τα αιμοφόρα αγγεία. Επομένως, τα αγγειακά μοτίβα είναι λιγότερο έντονα και λιγότερο αξιόπιστα σε σχέση με την κολποσκόπηση του τραχήλου της μήτρας. Αγγειακές εκτροπές όπως σημεία στίξης και μωσαϊκά μοτίβα δεν αναπτύσσονται εύκολα στο δέρμα του αιδοίου. Είναι λιγότερο συχνές και μπορούν πρακτικά να παρατηρηθούν μόνο στις περιοχές που δεν ακοή. Έτσι, η λευκοπλασία και το ακετόλευκο επιθήλιο είναι οι πιο συχνές κολποσκοπικές εκδηλώσεις της παθολογίας του αιδοίου.

3. Τεχνική αιδοιοσκόπησης

3.1. Επιθεώρηση

Η κλινική εξέταση του αιδοίου πρέπει να αποτελεί μέρος της γυναικολογικής εξέτασης ρουτίνας, επιτρέποντας έτσι τόσο τη σωστή διάγνωση και θεραπεία πολλών αλλοιώσεων όσο και την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του αιδοίου (VIN) και των επεμβατικών νεοπλασιών. Μια σωστή αξιολόγηση θα πρέπει να περιλαμβάνει βασικά αναμνηστικά δεδομένα, έναν κατάλογο συμπτωμάτων που εντοπίζονται στην περιοχή του αιδοίου και μια προσεκτική επιθεώρηση και ψηλάφηση. Το αιδοίο θα πρέπει να εξετάζεται με συστηματικό τρόπο ώστε να περιλαμβάνει τα ηβικά και μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, την κλειτορίδα, το περίνεο και τις περιοχές του πρωκτού. Κατά την εξέταση του προθαλάμου πρέπει να δίνεται προσοχή στον δακτύλιο ή τα υπολείμματα του υμενίου, στα ανοίγματα του αδένα (Bartholin's και Skene) και στον ουροποιητικό πόρο.

Ο διαδοχικός στόχος είναι να εντοπιστούν οι κύριες κλινικές πτυχές της βλάβης που μπορούν να συνοψιστούν ως αλλαγές χρώματος, παρουσία οιδημάτων στην επιφάνεια και απώλεια ουσίας. Η κριτική αξιολόγηση των βλαβών θα πρέπει να επιτρέπει την κριτική αξιολόγηση των βλαβών και επίσης να επιτρέπει στον γυναικολόγο να διατυπώσει μια διάγνωση για να προτείνει στον παθολόγο. Με αυτόν τον τρόπο, η συνεργασία κλινικού ιατρού και παθολόγου μπορεί να συμβάλει στην πρόοδο στη διάγνωση και θεραπεία των ασθενειών του αιδοίου.

3.2. Εφαρμογή οξικού οξέος

Θα πρέπει να εκτελείται μετά την εφαρμογή 3-5% οξικού οξέος στον αιδοίο για αρκετά λεπτά χρησιμοποιώντας εμποτισμένα επιθέματα γάζας. Η κερατινοποίηση απαιτεί μεγαλύτερη εφαρμογή οξικού οξέος για αποτέλεσμα και συχνά καθιστά τα τυπικά κριτήρια κολποσκοπικής ταξινόμησης άχρηστα. Η κολποσκόπηση θα πρέπει να ξεκινά χρησιμοποιώντας τη χαμηλότερη μεγέθυνση (6×) για γρήγορη σάρωση του αιδοίου. Αργότερα, μπορεί να προχωρήσει σε μεγαλύτερες μεγεθύνσεις, ανάλογα με τις ανάγκες, για την εξέταση μικρότερων δορυφορικών αλλοιώσεων.

Το οξικό οξύ μπορεί να προκαλέσει λεύκανση του κανονικού δέρματος στον προθάλαμο, φυσιολογική παραλλαγή του δέρματος στον προθάλαμο και τη φυσιολογική παραλλαγή αιθουσαίας θηλωμάτωσης, γεγονός που μπορεί να περιορίσει τη χρησιμότητά του στην πράξη. Οποιαδήποτε φλεγμονώδης κατάσταση του αιδοίου, συμπεριλαμβανομένης της λοίμωξης και του τραύματος από τη σεξουαλική επαφή, μπορεί να προκαλέσει λεύκανση ακετόνης (Εικόνα 1).



Φιγούρα 1.

Φυσιολογική ακετολεύκανση του δέρματος του αιδοίου.

3.3. Τεστ Collins

Η εξέταση που χρησιμοποιεί ένα διάλυμα κυανού τολουιδίνης για την επισημάνση βλαβών του αιδοίου είναι γνωστή ως δοκιμή Colling. Όλες οι εστίες πυρηνικής δραστηριότητας θα διατηρήσουν το χρώμα και θα λεκιαστούν. Αυτό μπορεί να συμβεί όχι μόνο σε νεοπλασίες αλλά και παρουσία εξελκώσεων, οδοντωτών δερματικών αλλαγών και παρακεράτωσης. Ιστορικά, το μπλε της τολουιδίνης και τα διαλύματα ιωδίου του Lugol χρησιμοποιήθηκαν για τη χρώση του αιδοίου και τη βοήθεια στον εντοπισμό μη φυσιολογικών περιοχών, αλλά αυτή η πρακτική έχει σε μεγάλο βαθμό αποδυναμωθεί λόγω των υψηλών ψευδώς θετικών και ψευδώς αρνητικών ποσοστών [5].

3.4. Βιοψία

Η αιδοσκόπηση μπορεί να εντοπίσει ακριβώς τη βλάβη. Συνήθως δεν μπορεί να προβλέψει την ιστολογική φύση της βλάβης. Η βιοψία ενδείκνυται για ορατές βλάβες για τις οποίες δεν μπορεί να γίνει οριστική διάγνωση για κλινικούς λόγους, πιθανή κακοήθεια, ορατές βλάβες με εικαζόμενη κλινική διάγνωση που δεν ανταποκρίνεται στη συνήθη θεραπεία, βλάβες με άτυπα αγγειακά μοτίβα ή σταθερές βλάβες που αλλάζουν γρήγορα σε χρώμα, όριο , ή μέγεθος. Η γνώμη των ειδικών δίστανται σχετικά με την ανάγκη βιοψίας όλων των κονδυλωμάτων, αλλά η βιοψία πρέπει να γίνεται σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με εμφανή κονδυλώματα και σε

γυναίκες όλων των ηλικιών με υποψία κονδυλώματος στις οποίες οι τοπικές θεραπείες έχουν αποτύχει.

Αν και οι πληροφορίες σχετικά με την αξιολόγηση των γυναικών με ανοσοκατεσταλμένες παθήσεις και ασθένεια που σχετίζεται με τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) είναι περιορισμένες, οι οροθετικοί ασθενείς με τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και οι ασθενείς σε ανοσοκαταστολή μετά από μεταμόσχευση οργάνου μπορεί να χρειαστούν βιοψία βλαβών όταν το επίπεδο υποψίας είναι χαμηλότερα [6].

Η περιοχή προς βιοψία θα πρέπει να διηθείται με 1-2% λιδοκαΐνη χρησιμοποιώντας μια βελόνα λεπτού διαμετρήματος [7]. Η επινεφρίνη με τη λιδοκαΐνη μπορεί να βοηθήσει στην αιμόσταση, αλλά μπορεί να κάνει την ένεση να καεί.

Μετά από μια δοκιμή για την εξασφάλιση επαρκούς αναισθητικού αποτελέσματος με χρήση λαβίδας με λεπτή άκρη, μπορεί να ληφθεί βιοψία χρησιμοποιώντας μια λαβίδα βιοψίας τραχήλου, μια διάτρηση 3-5 mm ή μια μικρή λεπίδα νυστέρι, ανάλογα με το μέγεθος και τη φύση της βλάβης. Μικρές θέσεις βιοψίας μπορούν να αντιμετωπιστούν με διάλυμα Monsel ή νιτρικό άργυρο για να επιτευχθεί αιμόσταση. Μόνο σπάνια απορροφήσιμα ράμματα χρειάζονται. Η θέση των βιοψιών θα πρέπει να αναφέρεται σε διάγραμμα ή φωτογραφία του αιδοίου και πολλαπλές βιοψίες θα πρέπει να αποστέλλονται χωριστά για παθολογική αξιολόγηση (Εικόνες 2 και 3).



Σχήμα 2.

Βιοψία αιδοίου με λαβίδα τραχήλου.



Εικόνα 3.

Βιοψία αιδοίου με διάτρηση πλήκτρων.

Η απλούστερη μέθοδος είναι η βιοψία με λαβίδα βιοψίας τραχήλου, αλλά θα πρέπει να γίνει προσπάθεια λήψης δείγματος, πάχους τουλάχιστον 5 mm. Οι ελκώδεις αλλοιώσεις και οι πολύ παχιές βλάβες θα πρέπει να αφαιρούνται πλήρως για να αποκλειστεί η εστιακή εισβολή (βιοψία εκτομής).

4. Φυσιολογική υπερπλασία (αιθουσαία θηλωμάτωση)

Η αιτιολογία και η κλινική σημασία της αιθουσαίας θηλωμάτωσης του αιδοίου (VVP) είναι ακόμη αμφιλεγόμενες. Στο παρελθόν, θεωρήθηκε ότι ήταν αποτέλεσμα μόλυνσης από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), αλλά στην πραγματικότητα, υπάρχουν πολλές μελέτες που δείχνουν μόνο μια σπάνια σχέση μεταξύ VVP και HPV. Επί του παρόντος, η VVP θεωρείται ως ανατομική παραλλαγή του αιδοίου [8].

Η VVP αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά το 1981. Λίγα χρόνια αργότερα, το 1991, η έκθεση της International Society for the Study of Vulvar Diseases (ISSVD) περιέγραψε τη θηλωμάτωση του προθαλάμου του αιδοίου ως την παρουσία πολλαπλών θηλών που μπορεί να καλύπτουν την επιφάνεια του βλεννογόνου του μικρά χείλη. Έκτοτε, η VVP έχει αναφερθεί με μια ποικιλία ονομάτων: αιθουσαία θηλώματα, ιριδοειδή θηλώματα αιδοίου, πλακώδης θηλωμάτωση αιδοίου, μικροθηλωμάτωση χειλέων και πολλά άλλα [8]. Έχει παρατηρηθεί VVP με λοίμωξη HPV, αλλά δεν έχει αποδειχθεί σταθερή συσχέτιση. Ως εκ τούτου, οι περισσότερες πρόσφατες μελέτες θεωρούν το VVP ως μια φυσιολογική παραλλαγή στην αρχιτεκτονική του προθαλάμου του αιδοίου, που δεν σχετίζεται άμεσα με τη μόλυνση από τον HPV [9]. Είναι πιθανό ότι αυτό το εύρημα είναι ένα θηλυκό αντίστοιχο των αρσενικών μαργαριταρένιων βλατίδων του πέους [10] (Εικόνα 4).



Εικόνα 4.

Αιθουσαία θηλωμάτωση.

Η αιθουσαία θηλωμάτωση έχει καταγραφεί σε υγιείς νεαρές γυναίκες της τάξης του 1-33%. Τα θηλώματα διαμέτρου 1–2 mm έχουν το ίδιο χρώμα με τον παρακείμενο βλεννογόνο. Οι βλάβες είναι μαλακές και συμμετρικές ή μπορεί να είναι γραμμικές. Μπορεί να καλύπτουν τα μικρά χείλη και τον εισαγωγικό κόλπο σε μεταβλητό βαθμό. Μπορεί να μοιάζουν με κονδυλώματα, αλλά διακρίνονται από το γεγονός ότι οι βάσεις των μεμονωμένων βλατίδων παραμένουν χωριστές σε αντίθεση με τα κονδυλώματα όπου οι νηματώδεις προεξοχές τείνουν να συντήκονται στη βάση και οι βλάβες δεν περιορίζονται στον προθάλαμο ή στις εσωτερικές πτυχές των μικρών χειλέων. Επιπλέον, η εφαρμογή οξικού οξέος 5% προκαλεί λεύκανση των βλαβών στα κονδυλώματα, ενώ τα αιθουσαία θηλώματα παραμένουν αμετάβλητα.

5. Μολύνσεις αιδοίου

Οι λοιμώξεις του αιδοίου μπορεί να είναι ποικίλης εντόπισης και πολλαπλής αιτιολογίας. Οι λοιμώξεις του κατώτερου γεννητικού συστήματος μπορεί να είναι τόσο ειδικές όσο και μη ειδικές και επηρεάζουν τον αιδοίο περισσότερο ή λιγότερο έντονα. Ορισμένες λοιμώξεις του αιδοίου ξεκινούν στον αιδοίο και άλλες στον κόλπο ή σε κοντινά όργανα [11].

Τα εξωτερικά όργανα του αιδοίου περιλαμβάνουν τα μεγάλα και μικρά χείλη (πτυχές του δέρματος), την κλειτορίδα και τους αιθουσαίους αδένες. Τα βασικά συμπτώματα της αιδοιοπάθειας είναι επιφανειακά ερυθρά, διογκωμένες και επιβαρυνμένες με υγρασία βλάβες στο δέρμα του αιδοίου.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι ερύθημα, οίδημα, κνησμός, απολέπιση και έλκη.

Κατά την αιδοσκόπηση, θα πρέπει να σημειωθούν οι αλλαγές χρώματος, η τοπογραφία, το περίγραμμα της επιφάνειας και η αγγειοαρχιτεκτονική όλων των τμημάτων του αιδοίου. Υπάρχουν κάποιες αιδοσκοπικές εικόνες χαρακτηριστικές για αιδοιογενείς λοιμώξεις.

1. Στο δέρμα, περιοχές ασετόλευκες και ανυψωμένες στο δέρμα ή περιοχές με έντονες κιτρινόλευκες κηλίδες. Εάν επικρατούν κοκκινωπές βλάβες, μπορεί να υποπτευόμαστε μόλυνση από candida, δερματοφυτίτιδες, σύφιλη, ερυσίπελα ή απλά υποδόρια κυτταρίτιδα.
2. Στον βλεννογόνο, οι λοιμώξεις παράγουν μια εικόνα του βλεννογόνου acetoblanca και χωρίς να είναι ανυψωμένος.
3. Μπορούμε να απεικονίσουμε σε ολόκληρο τον αιδοίο τραυματισμούς του τύπου ρωγμών, διαβρώσεων και ελκών διαφορετικών χαρακτηριστικών.
4. Η παρουσία όγκων μολυσματικού συστατικού κάνει κάποιον να σκεφτεί μόλυνση στους ιδρωτοποιούς αδένες, στους σμηγματογόνους αδένες του αιδοίου ή ακόμα και στα ωοθυλάκια ή στους αδένες Bartholin.

6. Βακτηριακές λοιμώξεις

6.1. Θυλακίτιδα

Τοπική μόλυνση του τριχοθυλακίου της τρίχας του αιδοίου από μικρόβια του τύπου *H. ασθένεια του σταφυλοκοκκού* *Στρεπτόκοκκος*. Αυτό μπορεί να συμβεί λόγω ξυρίσματος, αποτρίχωσης ή ακόμα και τριβής.

Περιγράφεται ως φλεγμονή του δέρματος που περιβάλλει το ωοθυλάκιο και ερύθημα με ανύψωση, μικρές επώδυνες ερυθματώδεις πλάκες ή ψηλάφηση με διάστικτη φλύκταινα. Η θεραπεία είναι συνήθως τοπικό τοπικό αντιβιοτικό και σε περιπτώσεις αυξημένης διάδοσης συστηματική αντιβιοτική αγωγή, παράγωγα πενικιλίνης όπως κλαβουλανική αμοξικιλίνη ή μινοκυκλίνη και στην τοπική θεραπεία μουπιροκίνη.

6.2. Κυτταρίτιδα

Η μόλυνση του υποδόριου κυτταρικού συνδετικού ιστού βρέθηκε κάτω από το δέρμα στην περιοχή του αιδοίου και με εύκολη επέκταση σε άλλες περιοχές μέσω του υποδόριου ιστού. Η είσοδος των βακτηρίων μπορεί να είναι από πληγή ή διάβρωση ή συχνή βράση στον αιδοίο.

Περιγράφεται ως ερυθματώδης ζώνη, θερμή και με ελαφρύ οίδημα που προσβάλλει τον υποδόριο ιστό.

Τα πιο συχνά μικρόβια στην κυτταρίτιδα είναι *Σταφυλόκοκκος* και *Στρεπτόκοκκος*. *στρεπτόκοκκος* ομάδας Α (*Στρεπτόκοκκος*) τα βακτήρια είναι η πιο κοινή αιτία. Τα βακτήρια εισέρχονται στο σώμα σας όταν παθαίνετε τραυματισμό, όπως μώλωπες, έγκαυμα, χειρουργική περικοπή ή πληγή.

Η θεραπεία τους πρέπει να γίνεται με συστηματικό αντιβιοτικό, κλαβουλανική αμοξικιλίνη ή αμπικιλίνη (Εικόνα 5).



Εικόνα 5.

Η αιδοιοκυτταρίτιδα.

6.3. Νεκρωτική απονευρωσίτιδα

Είναι μια σοβαρή οξεία βακτηριακή λοίμωξη που εξαπλώνει τον ιστό μέσω των υποδόριου κυττάρων και της περιτονίας με αποτέλεσμα τη νέκρωση των ιστών. Το ένα τρίτο των ασθενών καταλήγει σε σηπτικό σοκ με πολυοργανική ανεπάρκεια. Η θεραπεία πρέπει να είναι ταχεία με

αιμοδυναμική υποστήριξη, εκτεταμένη χειρουργική θεραπεία και συστηματική αντιβιοτική θεραπεία.

Στην περίπτωση της περιοχής του αιδοίου μπορεί να συσχετιστεί δευτερογενώς με χειρουργικές διεργασίες, όπως μερικές αιδοιοεκτομές, επισιοτομές τοκετού ή ρήξεις του αιδοίου λόγω τραύματος.

6.4. Υδραδενίτιδα πυώδης

Η πυώδης ιδραδενίτιδα (HS) [12] είναι μια ασυνήθιστη δερματική πάθηση που επηρεάζει τον αιδοίο και άλλα μέρη του δέρματος. Τα εξογκώματα που μοιάζουν με σπυράκια τείνουν να αναπτύσσονται σε μέρη όπου δεν εμφανίζονται καθημερινά σπυράκια. Οι χρόνιες φλεγμονώδεις ασθένειες των αποκρινών σμηγματογόνων αδένων μολύνονται στη συνέχεια από βακτήρια όπως ο *Proteus*, *Escherichia coli*, *Κλεμπσιέλα*, *Ψευδομονάς*, *Στρεπτόκοκκος* ή *σταφυλόκοκκος*.

Αρχικά, είναι υποδόρια οζίδια που εξελίσσονται περιστασιακά προς το σχηματισμό αποστήματος λόγω βακτηριακής υπερμόλυνσης και ρήξης. Μπορεί να επηρεάσει το δέρμα της περιοχής του αιδοίου και να συρρικνωθεί αργότερα.

Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μπορεί να αποτρέψει την επιδείνωση του HS. Η πρόωμη και μακροχρόνια θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο του πόνου, να προωθήσει την επούλωση των πληγών, να εμποδίσει το σχηματισμό νέων εξογκωμάτων και να αποτρέψει τις επιπλοκές. Η θεραπεία είναι χειρουργική με παροχέτευση και σχετική αντιβιοτική θεραπεία, μερικές φορές συστηματική, ανάλογα με τη διάδοση και τη σοβαρότητα της λοίμωξης (Εικόνα 6).



Εικόνα 6.

Εξογκώματα που μοιάζουν με σπυράκια στην πυώδη ιδραδενίτιδα.

7. Απόστημα Bartholin

Οι αδένες Bartholin βρίσκονται κάτω από το δέρμα και στις δύο πλευρές του ανοίγματος του κόλπου. Είναι μια μολυσματική διαδικασία δευτερογενής από την απόφραξη του πόρου του

αδένα Bartholin που ευνοεί την βακτηριακή υπερμόλυνση. Γενικά, τα μικρόβια που προκαλούν τη μόλυνση είναι μικτή βακτηριακή χλωρίδα.

Κλινικά εκδηλώνεται ως όγκος, με πόνο, κοκκίνισμα και τοπική ζέστη.

Γενικά, στην οξεία διαδικασία με χειρουργική παροχέτευση με μαρσιποποίηση του αδένα ή αυθόρμητη παροχέτευση αρκεί σε συνδυασμό με τη χρήση αντιβιοτικών από το στόμα (κεφαλοσπορίνες, αμοξικιλίνη και δοξυκυκλίνη).

7.1. Σύφιλη

Είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που προκαλείται από ήπια μεταδοτική *Treponema pallidum*.

Η αρχική βλάβη ονομάζεται πρωτοπαθής σύφιλη. Ορίζεται ως το πρωτεύον τσάνκρας που είναι η θέση ενοφθαλμισμού του τρεπονήματος και μετά την εμφάνιση αρχικών βλατίδων από μια ωχρά κηλίδα που καταλήγουν σε σκληρυμένο και ανώδυνο έλκος, αυτό το έλκος συνήθως συνοδεύεται από βουβωνική αδενοπάθεια. Αυτή η βλάβη ονομάζεται chancre και ορίζεται ως ένα σφιχτό, ανώδυνο και μη ερεθιστικό έλκος του δέρματος, αλλά μπορεί να υπάρχουν πολλαπλές πληγές. Η αρχική βλάβη μπορεί να εμφανιστεί στον αιδοίο, στον κόλπο ή στον τράχηλο. Μπορεί να διατηρηθεί έως και 2-8 εβδομάδες και στη συνέχεια να θεραπευτεί αυθόρμητα.

Η δευτερογενής σύφιλη μπορεί να εκδηλωθεί σε 6 εβδομάδες ή 6 μήνες αργότερα με αιμοποιητική διάδοση του τρεπονήματος. Αυτή τη στιγμή, οι χαρακτηριστικές βλάβες του αιδοίου είναι τα επίπεδα κονδυλώματα και το διαβρωτικό εξάνθημα της ωχράς κηλίδας (Εικόνα 7).



Εικόνα 7.

Βλάβες σύφιλης.

Τριτογενής σύφιλη εμφανίζεται σε περιπτώσεις που δεν έχουν αντιμετωπιστεί. Μετά από λίγα χρόνια μετά την πρώτη μόλυνση, χαρακτηρίζεται γιατί δεν έχει χαρακτηριστικές βλάβες του αιδοίου.

Η διάγνωση της πρωτοπαθούς και δευτερογενούς σύφιλης μπορεί να γίνει με μικροσκοπική εξέταση σε σκούρο φόντο, στην οποία μπορεί να απεικονιστεί η σπειροχαίτη και μια άλλη διαγνωστική μέθοδος είναι οι ορολογικές εξετάσεις, αν και αυτές γίνονται θετικές στην ύστερη πρωτογενή φάση (VDRL και RPR ή ειδικές TPPA και FTA-ABS).

Η θεραπεία σε οποιοδήποτε στάδιο είναι με ένεση βενζαθίνης πενικιλίνης G σε μν 2,4 εκατομμυρίων. Στην τριτογενή σύφιλη θα πρέπει να χρησιμοποιούμε ενδοφλέβια βενζαθίνη πενικιλίνη G.

7.2. Chancroid

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα προκαλούνται από *Haemophilus ducreyi*. Η *ducreyi* είναι ένα επίμονο gram-αρνητικό βακτήριο κοκκοβάκιλλου που συχνά εμφανίζεται στον τρίτο κόσμο.

Μετά από μια περίοδο επώασης 5-7 ημερών, αναπτύσσονται βλάβες στην περιοχή του αιδοίου, στην κλειτορίδα ή στα χείλη. Με πολλαπλές επώδυνες βλατίδες που περιβάλλονται από ερύθημα, αυτές οι βλάβες καταλήγουν να υπερμολύνουν και καταλήγουν να εξελκωνονται. Το chancre είναι μαλακό επιφανειακό και περιβάλλεται φλεγμονώδες ερύθημα με νεκρωτικό υπόβαθρο. Δεν παρουσιάζονται όλοι οι ασθενείς με αυτό το chancre, το ένα τρίτο παρουσιάζει πολλαπλά έλκη που τείνουν να ενώνονται και συνοδεύονται από την παρουσία φλεγμονώδους και επώδυνης βουβωνικής αδενοπάθειας.

Η διάγνωση γίνεται με χρώση γραμμαρίου. Η *ducreyi* μπορεί να καλλιεργηθεί σε άγαρ σοκολάτας. Η θεραπεία είναι μια εφάπαξ δόση αζιθρομυκίνης ή κεφτριαξόνης.

7.3. Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα

Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα είναι ένα ασυνήθιστο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα που προκαλείται από *Chlamydia trachomatis*. ο αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα είναι ενδημικό σε ορισμένες περιοχές της Αφρικής, της Νοτιοανατολικής Ασίας, της Ινδίας, της Καραϊβικής και της Νότιας Αμερικής. Είναι σπάνιο στις βιομηχανικές χώρες.

Χαρακτηρίζεται από ανώδυνη ελκώδη βλάβη στο αιδοίο ή στο αιδοίο, η οποία στις 15 ημέρες σχετίζεται με πολλαπλή και οξεία περιφερειακή λεμφαδενίτιδα. Στις βλάβες του αιδοίου, οι κόμβοι που επηρεάζονται περισσότερο είναι οι αποφρακτικοί.

Η διάγνωση γίνεται με καλλιέργεια ή διακοπή αντισωμάτων.

Η θεραπεία είναι από του στόματος δοξυκυκλίνη ή ερυθρομυκίνη.

8. Μύκητες

8.1. Καντιντίαση

Είναι η πιο συχνή μόλυνση του αιδοίου και συνήθως σχετίζεται με αιδοιοκολπίτιδα. Ο σαπροφυτικός μύκητας που παράγεται από τον μύκητα candida, βρίσκεται συνήθως στο γεννητικό και εντερικό σωλήνα.

Στο περιβάλλον μας, το πιο συχνό είναι *Candida albicans* και υπολογίζεται ότι προκαλεί το 90% των αιδοιοκολπικών λοιμώξεων. Άλλες λιγότερο συχνές αλλά πιο ανθεκτικές στη θεραπεία μπορεί να είναι η *candida Candida krusei*, *Candida glabrata*, ή *Candida tropicalis*.

Η κλινική είναι μεταβλητή και περισσότερο σε προσβολή του αιδοίου, μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή να προκαλεί κνησμό με ερύθημα και οίδημα του αιδοίου. Εάν συνοδεύεται από κολπίτιδα, θα υπάρχει και λευκοκίτρινη λευκόρροια. Σε προχωρημένες περιπτώσεις, μπορούμε να δούμε βλατίδες και φλύκταινες με έλκη και ρωγμές.

Η θεραπεία γίνεται με τοπικές ή συστηματικές ιμιδαζόλες. Θα πρέπει πάντα να σκέφτεται κανείς την απόρριψη των καταστάσεων ανοσοκαταστολής (Εικόνα 8).



Εικόνα 8.

Candida albicans αιδοιοκολπική λοίμωξη.

8.2. Δερματοφύτωση (Λοιμώξεις Tinea)

Οι λοιμώξεις από δερματοφύτωση (tinea) είναι μυκητιασικές λοιμώξεις που προκαλούνται από δερματόφυτα - μια ομάδα μυκήτων που εισβάλλουν και αναπτύσσονται στη νεκρή κερατίνη. Αρκετά είδη εισβάλλουν συνήθως στην ανθρώπινη κερατίνη, και αυτά ανήκουν στα γένη *epidermophyton*, *microsporum* και *trichophyton*. Τείνουν να αναπτύσσονται προς τα έξω στο δέρμα, δημιουργώντας ένα μοτίβο που μοιάζει με δακτύλιο, το οποίο επινόησε τον όρο "ringworm". Η βλάβη είναι ερυθματώδης και φαγούρα και εκτείνεται μέσω των πτυχών και της εσωτερικής πλευράς των μηρών, που ονομάζεται επίσης περιθωριακό έκζεμα της Hebra. Η θεραπεία γίνεται με αντιμυκητιακούς παράγοντες, είτε τοπικά είτε συστηματικά (μέσω του αίματος).

9. Λοίμωξη από παράσιτα

9.1. Ψώρα

Είναι μια μόλυνση που παράγεται από το *Sarcoptes scabiei* ή το ακάρεα που προκαλεί φαγούρα που είναι ένα παρασιτικό αρθρόποδο που διεισδύει στο δέρμα και προκαλεί ψώρα. Οι βλάβες θεωρούνται ως αντίδραση υπερευαισθησίας του δέρματος στο παράσιτο.

Οι βλάβες είναι γραμμές ή αυλακώσεις που έχουν μια μικρή βλατίδα στο τέλος. Είναι πολύ κνησμώδες και συνοδεύεται από τραύματα από ξύσιμο. Η διάγνωση γίνεται με την οπτικοποίηση του παρασίτου στις βλάβες.

Η θεραπεία γίνεται με 5% περμεθρίνη.

9.2. Ηβική ηβική αιματοχυσία

Η ηβική Pediculosis είναι μια ανθρώπινη εξωπαρασίτωση που προκαλείται από *Phthirus pubis*, αυτό θεωρείται γενικά ως προς τη σεξουαλική μετάδοση και μεταβλητά ποσοστά σχετίζεται με άλλες ασθένειες αυτού του είδους.

Είναι μια μόλυνση που προκαλείται από ψείρες, *P. ηβική*, σε τρίχες αιδoίου. Η Pediculosis είναι μια πολύ μεταδοτική σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια. Το παράσιτο μπορεί να επιβιώσει έως και 24 ώρες εκτός του ξενιστή.

Η πρωτοβάθμια κλινική είναι ο κνησμός και κατά συνέπεια οι ορατές βλάβες είναι βλάβες από γρατσουνιές.

Η διάγνωση είναι η οπτικοποίηση του εντόμου ή των κόνιδων.

Η θεραπεία ήταν επίσης με 1% περμεθρίνη.

10. Μολύνσεις από ιούς

10.1. Μολυσματική τέρμινθος

Είναι μια μόλυνση που παράγεται από έναν ιό ευλογιάς. Η μετάδοση γίνεται με άμεση επαφή και είναι συχνή στα παιδιά. Στους ενήλικες, μπορεί να θεωρηθεί ότι μεταδίδεται σεξουαλικά μέσω της επαφής. Η βλάβη χαρακτηρίζεται ως ροζ βλατιδώδης ανύψωση, που στη συνέχεια γίνεται πιο blaquescina, συνοδεύεται από ερυθρηματώδες φωτοστέφανο, η βλάβη είναι πολύ κνησμώδης και συνήθως ομφαλοειδής.

Είναι πολλαπλά και μικρού μεγέθους.

Η θεραπεία γίνεται με χειρουργική ή ιατρική απόξεση.

10.2. Ο ιός του έρπητα

Συνολικά το 80% των βλαβών του αιδοίου και του ιού του έρπητα των γεννητικών οργάνων παράγονται από τον HSV-2 και εκτιμάται ότι είναι το 15% του HSV-1. Ο επιπολασμός της αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Η μετάδοση μπορεί να γίνει με άμεση επαφή με ελκώδεις βλάβες ή σε σχέση με ασυμπτωματικό άτομο.

Οι βλάβες του αιδοίου είναι κυστίδια σε διαφορετική θέση με έλκη και ερύθημα γύρω τους, που χαρακτηρίζονται από πολύ επώδυνες. Εάν επηρεάσει την ουρήθρα, μπορεί να οδηγήσει σε δυσουρία.

Η διάγνωση είναι κλινική και επιβεβαιώνεται με ιική καλλιέργεια. Η θεραπεία γίνεται με Acyclovir, ανάλογο γουανοσίνης ή φαμσικλοβίρη ή βαλασικλοβίρη (Εικόνα 9).



Εικόνα 9.

Οι βλάβες του έρπητα του αιδοίου είναι κυστίδια.

11. Λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV).

Οι ιοί των θηλωμάτων είναι μια μεγάλη και ποικιλόμορφη ομάδα ιών. Περιλαμβάνει περίπου 200 πλήρως περιγραφμένους τύπους που έχουν ανιχνευθεί σε ανθρώπους. Οι ιοί των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) είναι αιτιολογικοί παράγοντες κατά τη διάρκεια διαφόρων καλοήθων και κακοήθων βλαβών της βλεννογόνου μεμβράνης και του επιθηλίου του δέρματος. Ο HPV μεταδίδεται μέσω της επαφής με μολυσμένο δέρμα ή βλεννογόνο. Πολύ

σημαντικό, η επίμονη λοίμωξη από HPV ορισμένων τύπων είναι η κύρια αιτία καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας, του πέους, του αιδοίου, του κόλπου, του πρωκτικού πόρου και των κογχών (συμπεριλαμβανομένης της βάσης της γλώσσας και των αμυγδαλών). Η προφύλαξη από τη λοίμωξη HPV είναι το καλύτερο μέσο για τον έλεγχο ασθενειών που προκαλούνται από τον ιό HPV και ο εμβολιασμός, όπως είχε αποδειχθεί, είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος προφύλαξης (Πίνακας 1).

A. Κλινική: εμφανής χωρίς μεγέθυνση ή οξικό οξύ

1. Acuminate

2. Papular

3. Παμηλομάτος

B. Υποκλινικό: αξιολογείται καλύτερα με μεγέθυνση και οξικό οξύ

1. Μικροθηλώδες

2. Επίπεδη

Γ. Μη κλινική: εμφανής με εργαστηριακές τεχνικές

Τραπέζι 1.

Ονοματολογία του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV).

Οι τύποι HPV χωρίζονται σε τύπους χαμηλού και υψηλού κινδύνου με βάση τον σχετικό κίνδυνο για καρκίνο. Οι χαμηλού κινδύνου τύποι HPV 6 ή/και HPV 11 ανιχνεύονται σε περίπου 90% των ανογεννητικών κονδυλωμάτων, αν και η ταυτόχρονη μόλυνση με άλλους τύπους HPV χαμηλού ή υψηλού κινδύνου είναι συχνή.

Τα κύρια χαρακτηριστικά και οι κλινικές εκδηλώσεις της λοίμωξης από τον ιό των θηλωμάτων εξετάζονται ως εξής:

11.1. Κλινική λοίμωξη από HPV

Η λοίμωξη από τον HPV είναι η πιο κοινή σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια στον κόσμο. Τουλάχιστον το 75% των σεξουαλικά ενεργών ενηλίκων στις ΗΠΑ έχουν μολυνθεί με τουλάχιστον έναν τύπο HPV των γεννητικών οργάνων κάποια στιγμή [13]. Το εκτιμώμενο ποσοστό επιπολασμού της ανογεννητικής λοίμωξης από τον HPV στον ενήλικο πληθυσμό των ΗΠΑ είναι 10–20% μεταξύ των μη εμβολιασμένων ατόμων. Τα ποσοστά μόλυνσης από τον ιό HPV τείνουν προς τα κάτω στις χώρες όπου έχει εφαρμοστεί ο εμβολιασμός κατά του HPV.

Τα κονδυλώματα είναι σχετικά κοινά. Τα αναφερθέντα ποσοστά επιπολασμού με βάση τις ανασκοπήσεις διοικητικών βάσεων δεδομένων ή ιατρικών διαγραμμάτων και εκθέσεις μελλοντικών ιατρών κυμαίνονταν από 0,13 έως 0,56%, και τα αναφερόμενα ποσοστά επιπολασμού με βάση τις εξετάσεις των γεννητικών οργάνων κυμαίνονταν από 0,2 έως 5,1%. Τα οξέα κονδυλώματα (CA) είναι τα πιο συχνά σε νεαρούς ενήλικες [15].

Η σεξουαλική δραστηριότητα είναι ο πρωταρχικός παράγοντας κινδύνου για τη λοίμωξη από τον ανογεννητικό ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Μόλις αποκτηθεί, η μόλυνση από τον HPV μπορεί να εισέλθει σε λανθάνουσα φάση χωρίς σημεία ή συμπτώματα.

Ωστόσο, μόνο ένα μικρό ποσοστό ασθενών που έχουν μολυνθεί από αυτόν τον ιό θα εκφράσουν τη νόσο. Ωστόσο, αυτή η δερματίτιδα παραμένει ένα από τα πιο διαδεδομένα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και δημιουργεί προβλήματα στη διαχείρισή της. Αυτά τα προβλήματα επικεντρώνονται σε φαινόμενα ικής λανθάνουσας κατάστασης, τα οποία δεν επιτρέπουν σε κάποιον να εγγραφεί την ίαση του ασθενούς και την απουσία ειδικής αντι-ικής θεραπείας.

Η ανοσοκαταστολή σχετίζεται με την ανάπτυξη μεγαλύτερων και πιο ανθεκτικών στη θεραπεία κονδυλωμάτων, υψηλότερων ποσοστών υποτροπής και κακοήθους μετασχηματισμού των ανογεννητικών κονδυλωμάτων. Ως παραδείγματα, τα κονδυλώματα σε ασθενείς με λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική θεραπεία ή με διαβήτη [16] μπορεί να είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν. Εκτεταμένα κονδυλώματα έχουν αναφερθεί σε ασθενείς με λοίμωξη από τον ανθρώπινο T-λεμφοτροπικό ιό τύπου I (HTLV-I) και σε σχέση με το φλεγμονώδες σύνδρομο της ανοσολογικής ανασύστασης [14 , 17].

Το κάπνισμα έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο για κονδυλώματα. Ο κίνδυνος για κονδυλώματα μπορεί να αυξηθεί καθώς αυξάνεται ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζονται την ημέρα και ο αριθμός των πακέτων ετών.

Η ανδρική περιτομή μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μόλυνσης από HPV.

Ο HPV μπορεί να μολύνει οποιοδήποτε μέρος του αιδoίου, αλλά οι αρχικές αλλαγές εμφανίζονται πιο συχνά στις περιοχές που έχουν τραυματιστεί κατά τη σεξουαλική επαφή. Τα εξωτερικά ανωγεννητικά κονδυλώματα εντοπίζονται συνήθως στον αιδoίο και τη βουβωνική χώρα. Συχνά επεκτείνονται στον κάτω κόλπο και μερικές φορές επηρεάζεται ολόκληρος ο κόλπος. Η οπίσθια λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί στο περίνεο, στο περιπρωκτικό δέρμα και/ή στο υπερηβικό δέρμα. Κατά την εξέταση εφαρμόζεται οξικό οξύ και εξετάζεται κολποσκοπικά το πεδίο.

11.1.1. Acuminata κονδυλώματος

Παρόλο που ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) 6 και HPV 11, τύποι HPV χαμηλού κινδύνου, ευθύνονται για τις περισσότερες περιπτώσεις ΚΑ, η συνλοίμωξη με γονότυπους HPV υψηλού κινδύνου που συνδέονται με καρκίνο του γεννητικού συστήματος και του κεφαλιού και του τραχήλου είναι συχνή.

Σε ασθενείς που αναπτύσσουν ΚΑ, η συνήθης περίοδος επώασης είναι τρεις εβδομάδες έως οκτώ μήνες.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι κλινικοί γιατροί που είναι εξοικειωμένοι με τις κλινικές εκδηλώσεις της ΚΑ μπορούν να διαγνώσουν ΚΑ με βάση τη φυσική εξέταση. Τα ευρήματα που υποδηλώνουν ότι η ΚΑ είναι μεμονωμένες ή πολλαπλές μαλακές, λείες ή θηλώδεις βλατίδες ή πλάκες περιορίζονται στην ανογεννητική περιοχή. Το χρώμα ποικίλλει: τα κονδυλώματα μπορεί να είναι λευκά, στο χρώμα του δέρματος, ερυθρηματώδη (ροζ ή κόκκινο), ιώδη, καφέ ή υπερχρωματισμένα. Τα κονδυλώματα είναι συνήθως μαλακά στην ψηλάφηση και μπορεί να

κυμαίνονται από 1 mm έως περισσότερα από αρκετά εκατοστά σε διάμετρο. Τα κονδυλώματα είναι συνήθως ασυμπτωματικά αλλά μπορεί να είναι κνησμώδη.

Οι ασθενείς μπορεί να έχουν ταυτόχρονη μόλυνση της γεννητικής περιοχής και του περιπρωκτικού δέρματος. Επομένως, θα πρέπει να εξετάζονται όλες οι περιοχές προδιάθεσης για CA (αιδοίο, πέος, περίνεο, περιπρωκτικό δέρμα, ηβική ηβική και τριχοειδείς πτυχές). Αξίζει να σημειωθεί ότι η ακροποσθία ή τα μαλλιά χωρίς περιτομή μπορεί να κρύψουν τα κονδυλώματα, κάτι που δικαιολογεί προσεκτική εξέταση.

Η φυσική εξέταση θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει αξιολόγηση για άλλα κλινικά σημεία που μπορεί να υποδηλώνουν συνυπάρχοντα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως έλκη, αδενοπάθεια, κυστίδια ή εκκρίσεις.

Εάν υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με τη διάγνωση, θα πρέπει να γίνει βιοψία. Συνήθως αρκεί μια διαδικασία ξυρίσματος για την αφαίρεση ενός ύποπτου κονδυλώματος ή τη δειγματοληψία ενός μεγάλου ύποπτου κονδυλώματος.

Επιπλέον, μια βιοψία για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και τον αποκλεισμό κακοήθειας είναι ευεργετική για την ΚΑ που φαίνεται ανθεκτική στη θεραπεία, ειδικά σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Άλλες ενδείξεις για βιοψία περιλαμβάνουν άτυπα χαρακτηριστικά (π.χ. σκλήρυνση, στερέωση στις υποκείμενες δομές, αιμορραγία, άτυπη μελάγχρωση ή εξέλκωση).

Η εξέταση των κονδυλωμάτων για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) δεν ενδείκνυται συνήθως για διάγνωση. Ο έλεγχος δεν επιβεβαιώνει τη διάγνωση και δεν επηρεάζει τη διαχείριση της ΚΑ [18].

Η εφαρμογή οξικού οξέος έχει χαμηλή θετική προγνωστική αξία για τη διάγνωση των εξωτερικών ανογεννητικών κονδυλωμάτων. Επομένως, η χρήση δεν μπορεί να υποστηριχθεί για διάγνωση [19]. Συνήθως εμφανίζονται ψευδώς θετικά αποτελέσματα, που προκύπτουν από παρακεράτωση σε άλλες παθολογικές διεργασίες (π.χ. ψωρίαση, καντιντίαση, επουλωτικό επιθήλιο και ομαλό λειχήνα). Ο πόνος που σχετίζεται με την εξέταση οξικού οξέος είναι ένας άλλος λόγος για την αποφυγή της χρήσης του.

Η αξιολόγηση των ασθενών με ΚΑ θα πρέπει να περιλαμβάνει μια ανασκόπηση της ανάγκης για έλεγχο για άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την ταυτόχρονη εσωτερική εμπλοκή.

Οι ασθενείς με εξωτερικά κονδυλώματα μπορεί να έχουν ταυτόχρονη προσβολή της ουρήθρας, του κόλπου, του τραχήλου της μήτρας ή του ορθού.

Το γιγάντιο κονδύλιο ακουμινάτου είναι ένας σπάνιος όγκος που περιγράφηκε αρχικά ως όγκος Buschke-Löwenstein. Η ασθένεια ξεκινά ως ένα φαινομενικά απλό ιογενές κονδυλώματα, αλλά αδυσώπητα διευρύνει την καταστροφή στον περιβάλλοντα ιστό. Είναι μια χαμηλού βαθμού μορφή ακανθοκυτταρικού καρκινώματος που σχετίζεται με τους HPV 6 και 11 που εκδηλώνεται συχνότερα στη βαλάνο του πέους, της ακροποσθίας και των περιπρωκτικών περιοχών. Το γιγάντιο κονδύλιο acuminatum μπορεί να εκδηλωθεί σε μεγάλα σχήματα κουνουπιδιού και μπορεί να σχηματίσει συρίγγια ή/και αποστήματα με τοπική νεοπλασματική εισβολή. Κλινικά, ο

όγκος φαίνεται κακοήθης, αλλά σε αντίθεση με τον καρκίνο, δεν δίνει μεταστάσεις. Τείνει να διεισδύει στους υποκείμενους ιστούς και να προκαλεί τοπική καταστροφή.

Για γυναίκες με περιορισμένη νόσο του αιδοίου που μπορούν να συμμορφωθούν με την αυτοθεραπεία στο σπίτι, προτείνουμε το imiquimod έναντι της ποδοφυλλοτοξίνης ως αρχική ιατρική θεραπεία. Για όσους δεν μπορούν να συμμορφωθούν με την αυτο-θεραπεία ή αποτυγχάνουν στην αυτοθεραπεία, προτείνουμε θεραπεία με τριχλωροξικό οξύ (TCA) αντί κρυοθεραπείας.

Η αφαίρεση με λέιζερ είναι η προτιμώμενη χειρουργική μας προσέγγιση, καθώς είναι δυνατή η πρόσβαση στον κόλπο και το βάθος της θεραπείας μπορεί να ελεγχθεί (Εικόνα 10).



Εικόνα 10.

Κονδυλώματα αιδοίου.

11.2. Υποκλινικές λοιμώξεις

Οι υποκλινικές λοιμώξεις μπορούν να απεικονιστούν μέσω του κολποσκοπίου μετά την εφαρμογή οξικού οξέος 3-5%. Συνδέονται με ενδοεπιθηλιακή νόσο (VIN) στο 10-20% των περιπτώσεων. Αυτές οι βλάβες κατανέμονται γύρω από την κολπική εισαγωγή, στο περίνεο και στην περιπρωκτική περιοχή. Μπορεί να είναι ασυμπτωματικά, αλλά σε πολλές γυναίκες, μπορεί να προκαλέσουν κνησμό και δυσπαρεύνια. Η επιθεώρηση του αιδοίου θα είναι φυσιολογικό δέρμα και η κολποσκοπικά υποκλινική λοίμωξη HPV δεν μπορεί να διακριθεί από το VIN, καθιστώντας απαραίτητη τη βιοψία. Συνιστάται συντηρητική θεραπεία (Εικόνα 11 και Πίνακας 2).



Εικόνα 11.

Αλλαγές μωσαϊκού ακετόλευκου.

χαρακτηριστικό

Χρώμα

Μέγεθος και σχήμα της βλάβης

Τοποθεσία

Χρονικό διάστημα μέχρι την αλλαγή χρώματος, αριθμός των επαναληπτικών αιτήσεων

Σύνορο

Χαμηλού βαθμού αλλοίωση

Χιονάτη έως έντονο λευκό

Σχετικά μεγάλο και γεωγραφικό. ανασηκωμένο και θηλώδες

Σε όλο τον εξωτράχηλο

Αργή στην αλλαγή. απαιτεί πολλές επαναλαμβανόμενες εφαρμογές για να διατηρηθεί η διαφορά χρώματος

Ακανόνιστος; σχετικά ασαφής

Βλάβες υψηλού βαθμού

Λαμπερό λευκό έως θαμπό (στρει

Σχετικά μικρό; λεία και επίπεδη

Στην άνω ζώνη μετασχηματισμού κοντά στη νέα πλακώδη διασταύρ

Γρήγορη αλλαγή? απαιτεί λίγες επαναλαμβανόμενες εφαρμογές γ

διατηρηθεί η διαφορά χρώματος
Ίσια, ανυψωμένη ή
τυλιγμένη. διακεκριμένος

Πίνακας 2.

Αλλαγές λευκού ακετού σε κολποσκοπικές βλάβες χαμηλού και υψηλού βαθμού.

11.2.1. Τραύμα αιδοίου

Οι αιτιολογικοί παράγοντες που μπορούν να βλάψουν το γεννητικό σύστημα είναι πολλαπλοί και ποικίλοι και κυμαίνονται από γεννήσεις, συνουσία, ξένα σώματα, θερμικά ερεθίσματα, χημικά, ατυχήματα, χειρουργικές πράξεις και σε άλλη διάσταση, τραυματισμούς ή που προκαλούνται από σεξουαλική επιθετικότητα.

Οι πιο σοβαρές μορφές που διακυβεύουν σημαντικά την ανατομία ή τη φυσιολογία των γεννητικών οργάνων.

Οι πιο συχνοί τραυματισμοί είναι οι άμεσοι και ανάλογα με το πού εντοπίζονται μπορούμε να μιλάμε για:

1. Τραύμα παρθενικού υμένα: Ο παρθενικός υμένας είναι μια υποτυπώδης μεμβράνη που δεν είναι πολύ αγγειωμένη και μπορεί να σπάσει με την πρώτη σχέση ή με τη διείσδυση άλλων αντικειμένων όπως τα ταμπόν.
2. Σχισίματα του αιδοίου: Μπορεί να είναι δευτερογενή σε ξαφνική σεξουαλική επαφή ή διείσδυση ξένων σωμάτων και συνήθως έχουν συνέχεια με τον κόλπο. Εδώ, θα μπορούσαμε επίσης να περιγράψουμε την επισιοτομή ή ρήξη λόγω κολπικού τοκετού.
3. Τα τραύματα από ατύχημα είναι το πιο κοινό τραύμα του αιδοίου, όπως έχουμε περιγράψει προηγουμένως μπορεί να είναι άμεσο ή έμμεσο.

Οι άμεσες είναι με πτώσεις, χτυπήματα ή εμπαιγμούς με άλλα αντικείμενα. Είναι συχνές στα κορίτσια λόγω τραυματισμών με ποδήλατα ή χτυπημάτων κατά την έξοδο από το μπάνιο ή την πισίνα.

Τα έμμεσα τα βλέπουμε σε μεγάλα τροχαία ατυχήματα ή καταρρεύσεις.

Θεραπεία τραυμάτων και τραυματισμών της γεννητικής οδού: Έχει σχεδιαστεί για να περιέχει αιμορραγία και πλαστική ανακατασκευή του τραυματισμένου οργάνου εάν χρειάζεται. Η πρώτη θα γίνει με απολίνωση των αιμορραγούντων αγγείων που αναγνωρίζονται ή με αιμοστατικά σημεία. Η πληγή θα συρραφεί με χαλαρά ράμματα. Στη συνέχεια, θα υπάρξει απόφραξη στην περιοχή του τραύματος.

Στην περίπτωση των μώλωπες, οι περισσότερες περιπτώσεις απαιτούν παροχέτευση για να αποτραπεί το αιμάτωμα από την ανατομή των παρακείμενων ιστών λόγω της τάσης που δημιουργούν.

Σε όλους τους τραυματισμούς πρέπει να αποκλειστεί ότι δεν έχει προκληθεί τραυματισμός εσωτερικών οργάνων είτε άμεσα είτε έμμεσα.

Το πιο κοινό τραύμα του αιδοίου είναι αυτό που προκαλείται από τον τοκετό, αιδοιοκολπική ρήξη που μπορεί να απαιτεί μετέπειτα συρραφή (Εικόνα 12).



Εικόνα 12.

Τραύμα αιδοίου.

11.2.2. Liqueen esclerosus (LS)

Το LS είναι μια μη νεοπλασματική χρόνια φλεγμονώδης δερματοπάθεια που προκαλείται από λεμφοκύτταρα με χαρακτηριστική δερματική σκλήρυνση και με προδιάθεση για το ανογεννητικό δέρμα στις γυναίκες. Ο πραγματικός επιπολασμός δεν είναι γνωστός.

Εμφανίζεται συνήθως στην ανογεννητική περιοχή (85-98% των περιπτώσεων), αλλά μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιαδήποτε επιφάνεια του δέρματος. Εξωγεννητικές βλάβες είναι παρούσες σε έως και 15% των ασθενών, αν και αυτό μπορεί να είναι κάτω. Το Vulvar LS μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά τείνει να έχει δύο κορυφές έναρξης: κορίτσια προεφηβικής ηλικίας και περιεμμηνοπαυσιακές ή μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες [4]. Είναι μια από τις πιο συχνές παθήσεις που αντιμετωπίζονται σε κλινικές αιδοίου. Ο πραγματικός επιπολασμός δεν είναι γνωστός. Οι εκτιμήσεις κυμαίνονται από 1 στις 30 ηλικιωμένες ενήλικες γυναίκες έως 1 στις 59 γυναίκες σε γενικό ιατρείο γυναικολογίας έως 1 στους 300 έως 1000 ασθενείς που παραπέμπονται σε δερματολόγους.

Ο κνησμός και ο πόνος ή ο ερεθισμός είναι τα πιο κοινά συμπτώματα του LS του αιδοίου.

Άλλες γυναίκες είναι ασυμπτωματικές. Σε αυτούς τους ασθενείς, το LS ανιχνεύεται με προσεκτική επιθεώρηση του αιδοίου για το χαρακτηριστικό λεπτό, λευκό, ζαρωμένο δέρμα και αλλαγές στην αρχιτεκτονική του αιδοίου. Για παράδειγμα, μπορεί να υπάρξει απώλεια τμημάτων

ή όλων των μικρών χειλέων και η κλειτορίδα μπορεί να θαφτεί κάτω από τη συντηγμένη πρόφαση. Αν και ασυνήθιστη, η ενεργός νόσος μπορεί να είναι ασυμπτωματική.

Το κλασικό LS του αιδοίου εκφράζεται ως λευκές, ατροφικές βλατίδες που μπορεί να συνενωθούν σε πλάκες και η απόφραξη των ωοθυλακίων μπορεί να παρατηρηθεί σε πρώιμες βλάβες. Το LS μπορεί επίσης να είναι αιμορραγικό, πορφυρικό, υπερκερατωτικό, πομφολυγώδες, διαβρωμένο ή ελκώδες. Οι βλάβες επηρεάζουν συχνότερα τα μικρά ή/και μεγάλα χείλη, αν και η λεύκανση μπορεί να επεκταθεί στο περίνεο και γύρω από τον πρωκτό με τρόπο κλειδαρότρυπα. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί επέκταση στις γεννητικές πτυχές ή στους γλουτούς. Η ρωγμή παρατηρείται συχνά στο οπίσθιο φουρτσέτ, περιπρωκτικά, στις μεσοχειλικές πτυχές ή γύρω από την κλειτορίδα. Η εισαγωγή μπορεί να έχει κίτρινη, κηρώδη εμφάνιση. Οι κηλίδες Fordyce (μικρές ανυψωμένες βλατίδες κατά μήκος της εσωτερικής πλευράς των μικρών χειλέων, που αντιπροσωπεύουν φυσιολογικούς σμηγματογόνους αδένες) εξαφανίζονται.

Το ξύσιμο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα εκτομές και δευτερογενή ήπιο λειχηνισμό (πάχυνση της επιδερμίδας με υπερβολή των φυσιολογικών γραμμών του δέρματος), που συχνά σχετίζεται με οίδημα των μικρών χειλέων και της πρόποδας.

Η αρχιτεκτονική του αιδοίου παραμένει ανέπαφη στην αρχή της πορείας της νόσου. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, η διάκριση μεταξύ των μεγάλων και των μικρών χειλέων χάνεται και η κλειτορίδα θάβεται κάτω από τη συντηγμένη πρόφαση. Η συρρίκνωση της ενδομήτριας και του περινέου προκαλεί δυσπαρεύνια και περισσότερες ρωγμές κατά την επαφή ή την εισαγωγή ενός κατόπτρου. Στα τελικά στάδια του LS, ο αιδοίος είναι ωχρός και χωρίς χαρακτηριστικά λόγω της σύντηξης της μέσης γραμμής, η οποία αφήνει μόνο ένα οπίσθιο στόμιο οπής.

Η διάγνωση του LS αιδοίου βασίζεται στην παρουσία χαρακτηριστικών κλινικών εκδηλώσεων, ιδανικά με ιστολογική επιβεβαίωση.

Οι τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες από την Ευρωπαϊκή Ακαδημία Δερματολογίας και Αφροδισιολογίας αναφέρουν ότι δεν απαιτούν όλες οι περιπτώσεις LS με έναρξη του αιδοίου σε ενήλικες επιβεβαιωτική βιοψία. Ωστόσο, μια βιοψία μπορεί να είναι χρήσιμη για την επιβεβαίωση της διάγνωσης ή για την επανεκτίμηση της διάγνωσης εάν η αρχική θεραπεία αποτύχει ή εάν υπάρχει υποψία κακοήθειας.

Μια συσχέτιση μεταξύ του LS και του ακανθοκυτταρικού καρκίνου του αιδοίου (SCCV) έχει αναγνωριστεί από καιρό και θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα χρόνιας φλεγμονής και ουλών. Πολλά από τα διαθέσιμα στοιχεία της σχέσης μεταξύ LS και SCCV βασίζονται σε ιστορικές μελέτες και σε αναδρομικές σειρές περιπτώσεων. Ο κίνδυνος δεν έχει οριστεί ποτέ ως προς τη θεραπεία έναντι της μη θεραπευμένης ή μη αναγνωρισμένης νόσου ή ως προς το χρονικό διάστημα που υπάρχει η ασθένεια. Έχει υπολογιστεί μια συχνότητα 4,5% SCCV που προκύπτει στο LS, με μέση διάρκεια του προηγούμενου LS τα 10 χρόνια. Αυτή η συχνότητα είναι πιθανώς υπερεκτίμηση. Προγενέστερη ανίχνευση, εισαγωγή ισχυρών τοπικών κορτικοστεροειδών, πιο φιλελεύθερη χρήση βιοψίας εξωτερικών ασθενών, εκτομή αφύσικα παχυμένου δέρματος ανθεκτικού στην ιατρική θεραπεία, και η αυξημένη εκτίμηση της φύσης και της διαχείρισης της πάθησης ελπίζουμε ότι θα συμβάλει στη μείωση του κινδύνου καρκίνου του αιδοίου σε γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με LS σήμερα. Οι γυναίκες που δεν λαμβάνουν

θεραπεία ή έχουν ακανόνιστη θεραπεία για το LS τους φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο, αν και τα στοιχεία είναι πολύ μικρά για να είναι στατιστικά σημαντικά.

Ως εκ τούτου, συνιστούμε τη θεραπεία σε όλες τις γυναίκες με LS του αιδοίου, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που είναι ασυμπτωματικές, για να προσπαθήσουμε να αποτρέψουμε την εξέλιξη της νόσου. Οι στόχοι της θεραπείας θα πρέπει να είναι η επίλυση των συμπτωμάτων (κνησμός και πόνος) και των σημείων της νόσου, συμπεριλαμβανομένης της υπερκεράτωσης, των ραγάδων και των εκχυμώσεων [20]. Η ατροφία και η αποχρωματισμός μπορεί μερικές φορές να βελτιωθούν με τη θεραπεία. Ωστόσο, οι ουλές, εάν υπάρχουν, θα παραμείνουν. Η κλινική φωτογραφία μπορεί να βοηθήσει στην παρακολούθηση της νόσου και μπορεί να είναι χρήσιμη όταν δείχνει στους ασθενείς να εφαρμόζουν τοπική θεραπεία.

Συνιστούμε την αρχική θεραπεία του σκληρυντικού λειχήνα του αιδοίου με μια υπερισχυρή τοπική κορτικοστεροειδή αλοιφή. Συνήθως χορηγούμε αλοιφή προπιονικής κλοβεταζόλης 0,05% ή αλοιφή προπιονικής αλοβεταζόλης 0,05% καθημερινά τη νύχτα για 6–12 εβδομάδες, ακολουθούμενη από θεραπεία συντήρησης δύο έως τρεις φορές την εβδομάδα εάν βελτιωθούν τα συμπτώματα. Οι παχύρρευστες υπερτροφικές πλάκες μπορεί να ανταποκρίνονται καλύτερα στην ενδοβλαβική θεραπεία με κορτικοστεροειδή.

Σε ασθενείς με επίμονα συμπτώματα, προτείνουμε μια προσεκτική αξιολόγηση για τα αίτια της αποτυχίας της θεραπείας (Εικόνα 13).



Εικόνα 13.

Σκληρυντικός λειχήνας του αιδοίου.

11.2.3. Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του αιδοίου (VIN)

Παραδοσιακά, το πλακώδες VIN ταξινομήθηκε σε τρεις βαθμούς, ανάλογες με την τριβάθμια ταξινόμηση της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας. Το 2004, το ISSVD αντικατέστησε το προηγούμενο σύστημα ταξινόμησης τριών βαθμών με ένα σύστημα μονού βαθμού, στο οποίο μόνο η ασθένεια υψηλού βαθμού ταξινομείται ως VIN [21]. Σε αυτό το σύστημα, το VIN υποδιαιρείται σε

1. Συνηθισμένος τύπος VIN (συμπεριλαμβανομένου του κονδυλώδους, του βασαλοειδούς και του μικτού VIN)

Συνήθως, σχετίζεται με καρκινογόνους γονότυπους του HPV και άλλους παράγοντες κινδύνου επιμονής του HPV, όπως το κάπνισμα και η ανοσοκατεσταλμένη κατάσταση.

2. Διαφοροποιημένο VIN: Σχετίζεται με σκληρό λειχήνα και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του αιδοίου από το συνηθισμένο τύπο VIN. Επιπλέον, έχει υψηλότερο ποσοστό υποτροπής [22] και μειωμένη ειδική για τη νόσο επιβίωση από διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα [23].

Με βάση την ορολογία ISSVD του 2015 για τις πλακώδεις ενδοεπιθηλιακές βλάβες του αιδοίου, ο συνήθης τύπος VIN ταξινομείται πλέον ως HSIL του αιδοίου και το διαφοροποιημένο VIN παραμένει το ίδιο. Επίπεδες βλάβες που σχετίζονται με βασική ατυπία και κοίλοκυτταρικές αλλαγές (παλαιότερα ονομαζόταν VIN 1) θεωρούνται LSIL (φαινόμενο κονδυλώματος ή HPV) στο τρέχον σύστημα ταξινόμησης ISSVD του 2015.

11.2.3.1. Συνήθης ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του αιδοίου (κλασικό VIN, uVIN)

Τα βασαλοειδή/μυρμηκωτικά SCC αναπτύσσονται από το κλασικό ή το συνηθισμένο VIN (uVIN) που εμφανίζεται πιο συχνά, αλλά όχι μόνο, σε σχετικά νεαρές γυναίκες ηλικίας μεταξύ 40 και 50 ετών και σχετίζεται με λοίμωξη από HPV υψηλού κινδύνου, πιο συχνά HPV 16 και λιγότερο συνήθως HPV 18 ή HPV 33. Επιπλέον, το uVIN είναι συνήθως πολυεστιακό, πολυκεντρικό και, ως εκ τούτου, σχετίζεται με άλλες ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες του κατώτερου γεννητικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένης της τραχηλικής, του κολπικού και του πρωκτού.

Υπήρξε μια αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης του uVIN και σε ορισμένες χώρες, η επίπτωση έχει διπλασιαστεί τα τελευταία 10 χρόνια.

11.2.3.1.1. Ακαθάριστα ευρήματα

Το uVIN χαμηλού βαθμού εμφανίζεται συνήθως ως μεμονωμένες ή πολλαπλές υπολευκές περιοχές, ενώ το uVIN υψηλού βαθμού εμφανίζεται ως πολυεστιακές ανυψωμένες πλάκες ή βλατίδες που τείνουν να συνενώνονται. Ένα μικρό ποσοστό των βλαβών (10%) μπορεί να είναι υπερμελάγχρωση. Υπάρχει υψηλή συχνότητα πολυεστιακού χαρακτήρα σε ασθενείς που παρουσιάζουν πολλαπλές βλάβες στην κατώτερη ανογεννητική οδό της γυναίκας [24].

Υπάρχουν ενδείξεις ότι το VIN III μπορεί να εξελιχθεί σε διηθητικό καρκίνωμα του αιδοίου. Ωστόσο, η διαθέσιμη βιβλιογραφία υποδηλώνει ότι ο ρυθμός εξέλιξης σε διηθητικό καρκίνωμα του αιδοίου είναι χαμηλός (Εικόνα 14).



Εικόνα 14.

VIN: υπερχρωματισμένες πολυεστιακές ανυψωμένες πλάκες.

11.2.3.2. Διαφοροποιημένη ή απλού τύπου ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του αιδοίου

Αν και το dVIN μπορεί να εμφανιστεί σε νεαρούς ασθενείς, αυτός ο τύπος VIN βρίσκεται συνήθως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και τείνει να είναι μονοεστιακός και μονοκεντρικός. Συχνά, το dVIN αναπτύσσεται σε γυναίκες με χρόνιες δερματολογικές παθήσεις όπως η υπερπλασία των πλακωδών κυττάρων, ο σκληρός λειχήνας (LS) και ο απλός λειχήνας. Επιπλέον, η μετάλλαξη του γονιδίου p53 φαίνεται να είναι ένα πρώιμο γεγονός στην ανάπτυξη του dVIN [25] με μελέτες που δείχνουν πανομοιότυπες μεταλλάξεις p53 στο LS και στο παρακείμενο SCC.

11.2.3.2.1. Ακαθάριστα ευρήματα

Το dVIN βρίσκεται σε ασθενείς με χρόνιες δερματικές παθήσεις που σχετίζονται με LS, υπερπλασία πλακωδών κυττάρων και χρόνιο απλό λειχήνα. Ωστόσο, η κλινική εικόνα είναι μη ειδική με τους ασθενείς συχνά να είναι ασυμπτωματικοί. Μπορεί να εμφανιστούν με εστιακό αποχρωματισμό, ακαθόριστες λευκές πλάκες καθώς και κόκκινες υπερκερατωτικές βλάβες. Ο κνησμός και ο πόνος είναι τα πιο συχνά συμπτώματα.

Το dVIN έχει υψηλότερο κίνδυνο εξέλιξης σε επεμβατικό SCC από το uVIN και ο χρόνος εξέλιξης σε SCC είναι σημαντικά μικρότερος στις περιπτώσεις dVIN σε σύγκριση με το uVIN.

βιβλιογραφικές αναφορές

1. Πάουελ JL. Βιογραφικό σκίτσο: Τα μαργαριτάρια του Πάουελ: Hans Peter Hinselmann, MD (1884-1959). Μαιευτική & Γυναικολογική Έρευνα. 2004;59:693-695
2. Maddox P, Szarewski A, Dyson J, et al. Έκφραση κυτταροκερατίνης και αλλαγή λευκού ακετυλοειδούς στο τραχηλικό επιθήλιο. Journal of Clinical Pathology. 1994;47:15-17
3. Burke L, Antonioli DA, Ducatman BS. Κολποσκόπηση: Κείμενο και Άτλαντας. Norwalk, CT: Appleton και Lange; 1991
4. Collins CG, Hansen LH, Theriot E. Μια κλινική χρώση για χρήση στην επιλογή θέσεων βιοψίας σε ασθενείς με νόσο του αιδοίου. Μαιευτική και Γυναικολογία. 1966;28(2): 158-163
5. Micheletti L, Bogliatto F, Lynch PJ. Βολβοσκόπηση: Ανασκόπηση μιας διαγνωστικής προσέγγισης που απαιτεί διευκρίνιση. The Journal of Reproductive Medicine. 2008;53(3): 179-182
6. Επιτροπή Γυναικολογικής Πρακτικής του Αμερικανικού Κολλεγίου Μαιευτήρων και Γυναικολόγων. Αμερικανική Εταιρεία Κολποσκόπησης και Παθολογίας Τραχήλου (ASCCP).
7. Modesitt SC, Waters AB, Walton L, et al. Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του αιδοίου. III. Απόκρυφος καρκίνος και η επίδραση της κατάστασης του περιθωρίου στην υποτροπή. Μαιευτική και Γυναικολογία. 1998;92(6): 262-266
8. Rodríguez Prieto MA, Vega Gutiérrez J, Sánchez Sambucety P. Vestibular papillae of the vulva. International Journal of Dermatology. 2004;43:143-144
9. Beznos G, Coates V, Focchi J, Hatim AO. Βιομοριακή μελέτη της συσχέτισης μεταξύ της θηλωμάτωσης του αιδοίου. Προθάλαμος σε Εφήβους και Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων. The Scientific World Journal. 2006;6:628-636
10. Chan CC, Chiu HC. Εικόνες στην κλινική ιατρική. Αιθουσαία θηλωμάτωση. The New England Journal of Medicine. 2008;358-314
11. Μαιευτική και Γυναικολογία 2011. Τόμ. 2. Usandizaga, De la Fuente
12. Sánchez M, Torres JV. Υδροσαδενίτιδα πυώδης αιδοίου, πυώδης υδροσαδενίτιδα. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2003;46:185-189. DOI: 10.1016/S0304-5013(03)75880-4
13. Welch JM, Nayagam M, Parry G, Das R, Campbell M, Whatley J, et al. Τι είναι η αιθουσαία θηλωμάτωση; Μελέτη του επιπολασμού, της αιτιολογίας και της φυσικής ιστορίας του. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1993;100:939-942
14. Patel H, Wagner M, Singhal P, Kothari S. Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts.. Infectious Diseases. 2013;13:39
15. King EM, Gilson R, Beddows S, Soldan K, Panwar K, Young C, Prah P, Jit M, Edmunds WJ, Sonnenberg P. DNA του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων σε άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες:

- επιπολασμός, παράγοντες κινδύνου και επιπτώσεις για τις στρατηγικές εμβολιασμού. *British Journal of Cancer*. 2015;112(9):1585-1593
16. 16.Hoy T, Singhal PK, Willey VJ, Insinga. Εκτίμηση της επίπτωσης και της οικονομικής επιβάρυνσης των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων με δεδομένα από έναν εμπορικά ασφαλισμένο πληθυσμό των ΗΠΑ. *Τρέχουσα Ιατρική Έρευνα και Γνώμη*. 2009;25(10):2343-2351
17. 17.Weiss DA, Yang G, Myers JB, Breyer BN. Υπερανάπτυξη κονδυλωμάτων που προκαλείται από φλεγμονώδες σύνδρομο ανοσολογικής ανασύστασης. *Ουρολογία*. 2009;74(5):1013-1014
18. 18.Workowski KA, Bolan GA, Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Κατευθυντήριες γραμμές θεραπείας σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, 2015. *Συστάσεις και αναφορές MMWR*. 2015;64(RR-03):1
19. 19.von Krogh G, Lacey CJ, Gross G, Barrasso R, Schneider A. European course on HPV σχετιζόμενη παθολογία: Οδηγίες για ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης για τη διάγνωση και τη διαχείριση των ανογεννητικών κονδυλωμάτων. *Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις*. 2000;76(3): 162
20. 20.Neill SM, Lewis FM, Tatnall FM, Cox NH, British Association of Dermatologists. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2011. *British Journal of Dermatology*. 2010;163(4):672
21. 21.Επιτροπή Γυναικολογικής Πρακτικής American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Οκτώβριος 2016;675:
22. 22.Eva LJ, Ganesan R, Chan KK, Honest H, Malik S, Luesley DM. Το πλακώδες καρκίνωμα του αιδοίου που εμφανίζεται σε ένα υπόβαθρο διαφοροποιημένης ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του αιδοίου είναι πιο πιθανό να υποτροπιάσει: Ανασκόπηση 154 περιπτώσεων. *The Journal of Reproductive Medicine*. 2008;53:397-401
23. 23.van de Nieuwenhof HP, van Kempen LC, de Hullu JA, Bekkers RL, Bulten J, Melchers WJ, et al. Ο αιτιολογικός ρόλος του HPV στο καρκίνωμα πλακώδους κυττάρου του αιδοίου είναι συντονισμένος. *Καρκίνος Επιδημιολογία Βιοδείκτες & Πρόληψη*. 2009;18:2061-2067
24. 24.Yang B, Hart WR. Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία αιδοίου απλού (διαφοροποιημένου) τύπου: Κλινικοπαθολογική μελέτη που περιλαμβάνει ανάλυση της έκφρασης του HPV και του p53. *The American Journal of Surgical Pathology*. 2000;24:429-441
25. 25.Pinto AP, Miron A, Yassin Y, et al. Η διαφοροποιημένη ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του αιδοίου περιέχει μεταλλάξεις Trp53 και συνδέεται γενετικά με το πλακώδες καρκίνωμα του αιδοίου. *Σύγχρονη Παθολογία*. 2010;23:404-412