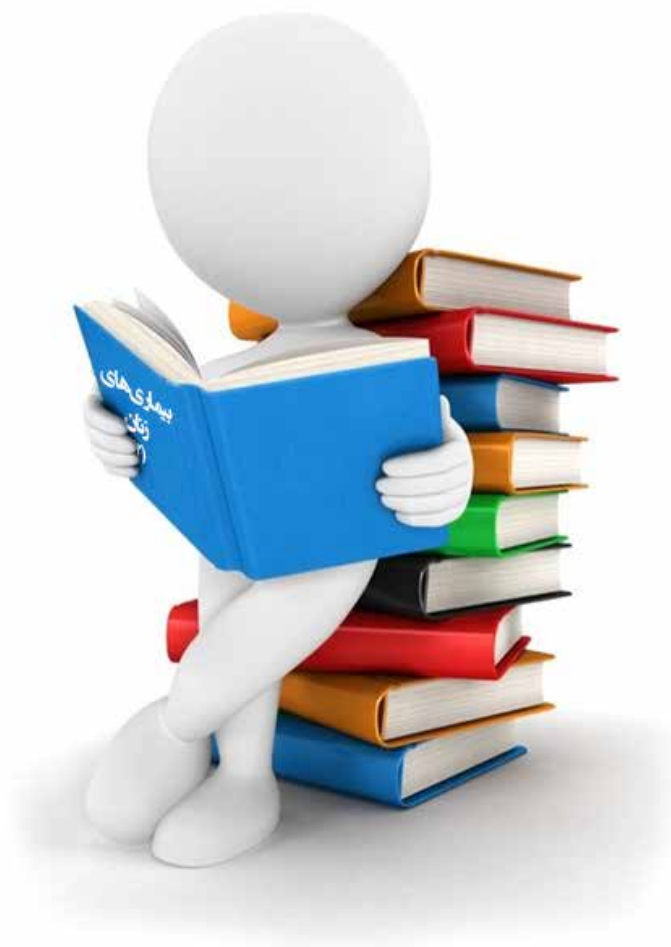




فصل سوم

عقودهای دستگاه تناسلی

فصل سوم

عفونت‌های دستگاه تناسلی

عفونت‌های ناحیه‌ی وولو

هرپس سмплекс

همان‌طور که می‌دانیم، ۷۵ تا ۸۵٪ از عفونت‌های هرپس ناحیه‌ی ژنیتالیا، مربوط به HSV تایپ II می‌باشد و HSV تایپ I (عامل اصلی هرپس دهانی)، تنها مسئول ۱۵٪ از موارد بروز هرپس ژنیتالیا می‌باشد. طبق ادعای دنفورت، تظاهرات بالینی این دو نوع عفونت هرپسی، کاملاً مشابه یکدیگر بوده و از نظر بالینی قابل افتراق نمی‌باشند؛ اما جالب است بدانیم که اکثر موارد عود هرپس ژنیتالیا زیر سر HSV تایپ II می‌باشد.

علائم بالینی

از علائم شایع در این بیماران می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- ضایعات وزیکولر متعدد و ۲ طرفه که به سرعت زخمی شده و به شدت دردناک می‌شوند. (طراحان متمرک سوال، معمولاً علاقه ویژه‌ای به استفاده از اصطلاح ضایعات زخمی سطحی برای توصیف ضایعات هرپتیک دارند)

- لنفادنوپاتی ۲ طرفه اینگوینال

- علائم سیستمیک همچون تب، ضعف و سردرد (ناشی از مننژیت آسپتیک) + احتباس ادراری (ناشی از میلیت)

- دیזורی اکسترنال (ناشی از تماس ادرار با وزیکول‌های زخمی)

- در صورت درگیری کانال واژینال و سرویکس «» بروز ضایعات نکروتیک اگزوفیتیک در این نواحی «» بروز لکوره فراوان (به رنگ هاکستری) حاوی مواد نکروتیک دهانه‌ی رحم



نکته: علائم سیستمیک و احتباس ادراری در این بیماران، معمولاً تا یک هفته بهبود پیدا می‌کنند؛ اما بهبود ضایعات ولو ممکن است ۳ تا هفته به طول بیانجامد.

توجه:

- بعد از عفونت اولیه، HSV به فاز نهفته رفته و در گانگلیون‌های ساکرال و درم جا خوش می‌نماید! گفته می‌شود حدود ۹۰٪ از این بانوان، طی هفته‌ها یا ماه‌ها، عودهای راجعه بیماری را تجربه می‌نمایند و در ۵۰٪ موارد، هم ممکن است شاهد ریزش بدون علامت ویروس باشیم.
- هر چه، عفونت اولیه شدیدتر باشد، احتمال عود علامتدار بیماری هم بیشتر خواهد بود.
- در موارد عود بیماری، ضایعات معمولاً به صورت یک‌طرفه و متمرکز بروز پیدا می‌کنند، با درد کمتری همراه می‌باشند؛ طول دوره‌ی بیماری کوتاه‌تر می‌باشد (۱۰-۳ روز). علاوه بر این در این مرحله، انتظار بروز تظاهرات سیستمیک همچون تب، ضعف و سردرد را نخواهیم داشت.

پیشتر بدانیم: احتمال انتقال بیماری در عفونت اولیه بیش از عفونت ثانویه می‌باشد و در دفع بدون علامت ویروس در حداقل ممکن می‌باشد.

تشخیص

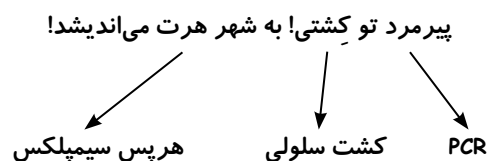
در حضور زخم‌های تیپیک متعدد، دردناک و کم‌عمق در ناحیه‌ی ولو، تشخیص هرپس زیتالیا قطعی می‌باشد؛ اما در موارد زیر، تأیید آزمایشگاهی تشخیص ضروری می‌باشد:

- ضایعات آتیپیک
- ضایعات به وجود آمده در دوران بارداری

توجه:

برای تأیید آزمایشگاهی تشخیص معمولاً از روش‌های زیر استفاده می‌شود:

PCR و کشت سلولی (هسایت PCR بیش از کشت سلولی می‌باشد)

**عبارت یادبار**

پهچه‌ها مواظب باشیم: از روش‌های زیر برای تشخیص هرپس استفاده نمی‌شود:

- تهیه‌ی اس‌میر از ضایعات و انجام رنگ‌آمیزی‌های خاص (نکته: در اس‌میر این بیماران ممکن است سلول‌های ژانت پند هسته‌ای حاوی اجسام انگلیوزونی رؤیت شود، اما حساسیت این روش برای Dx هرپس پندران چشمگیر نمی‌باشد و در حضور یک اس‌میر منفی تشخیص هرپس R/O نمی‌شود)
- انجام مطالعات سرولوژیک و کشف آنتی‌بادی علیه HSV (پراکله برای تولید این آنتی‌بادی‌ها در عفونت اولیه، حداقل نیاز به ۳ هفته زمان می‌باشد و بعد از تشکیل این آنتی‌بادی‌ها، معمولاً به صورت طولانی‌مدت، شاهد حضورشان در بیمار خواهیم بود)

پیشتر بدانیم:

آنتی‌بادی‌های ایجاد شده علیه HSV خاصیت چندانی نداشته و از عود عفونت HSV در بدن بیمار جلوگیری نمی‌کنند. اما در مادران باردار، در حضور آنتی‌بادی‌های فوق (و انتقال آن‌ها به جنین) معمولاً شاهد کاهش عفونت‌های مهاجم نوزادی می‌باشیم.

درمان

- آسیکلوویر خوراکی (۴۰۰mg سه بار در روز) یا
 - فامسیکلوویر (۲۵۰mg سه بار در روز)
 - والاسیکلوویر (یک گرم دو بار در روز)
- طول دوره درمان: ۷ تا ۱۰ روز (مشاوره با پارتنرهای جنسی بیمار هم ضروری می‌باشد)

نکته: در صورت تجربه‌ی ۶ عود یا بیشتر در طی یک سال، درمان ساپرسیو (طبق Order زیر) در این بیماران ضروری می‌باشد:

- آسیکلوویر خوراکی (۴۰۰mg، ۲ بار در روز) یا
- فامسیکلوویر (۲۵۰mg، ۲ بار در روز)
- والاسیکلوویر (اگر م روزانه)

توجه:

- با تجویز درمان ساپرسیو به مدت یک سال، میزان عود عفونت تا ۷۰٪ کاهش می‌یابد.
- در مواردی که تعداد عودهای بیمار، کمتر از ۶ بار در سال می‌باشد، به بیمار توصیه می‌شود از زمان شروع علائم پرودرمال یا اولین روز ظهور ضایعات، به مدت ۵ روز درمان را شروع نماید.
- تجویز کورتیکواستروئید و پمادهای آنتی‌میکروبیال، جایگاهی در درمان ضایعات HSV ندارند.
- نشستن در وان به مدت ۱۰ دقیقه و سپس خشک کردن موضع با سشوار (حداقل برای ۴-۳ مرتبه در روز) می‌تواند روند بهبودی بیمار را تسریع نماید.

HPV^۱

HPV، شایع‌ترین STD در سنین باروری می‌باشد؛ البته دنفورث مدعیست اغلب عفونت‌های ایجاد شده توسط این ویروس ساب‌کلینیکال بوده و تنها در حدود ۱٪ از بانوان آلوده به این ویروس شاهد Wart (زگیل)های قابل مشاهده در ناحیه ژنیتالیا می‌باشیم.

توجه:

- اغلب Wartهای ناحیه ژنیتال محصول فعالیت HPV تیپ ۶ و ۱۱ می‌باشند.
- این زگیل‌ها معمولاً در نواحی زیر رؤیت می‌شوند:
- Labia و فورشت خلفی
- کانال واژینال و سرویکس (زگیل‌های این مناطق از زگیل‌های ناحیه‌ی Labia شایع‌تر می‌باشند)
- متوسط دوره‌ی کمون برای زگیل‌های قابل مشاهده حدود ۳ ماه می‌باشد.



Human Papillomavirus (HPV)

نکته:

اغلب زگیل‌های موجود در ناحیه‌ی سرویکس، مسطح بوده و تنها توسط کولپوسکوپی قابل مشاهده می‌باشند. این زگیل‌های مسطح، اگر محصول فعالیت HPVهای تیپ ۱۶، ۱۸، ۳۱، ۳۳، ۳۵ و ۴۵ باشند، متأسفانه با High grade dysplasia و کنسر سرویکس همراهی دارند < در مواجهه با بیماران حاوی زگیل مسطح بهتر است به صورت زیر برخورد شود:

- تهیه‌ی پاپ‌اسمیر
- تعیین تیپ HPV، در پاپ‌اسمیرهای Low grade یا آنیپیک
- در صورت پرخطر بودن تیپ HPV DNA «» انجام کولپوسکوپی و بیوپسی از ضایعات
- در موارد کم‌خطر «» تکرار پاپ‌اسمیرهای روتین طبق برنامه