

**Διαφάνειες που προέκυψαν μετά
από ερωτήσεις των φοιτητριών**

Organization	Age to initiate (years) [¶]	Age to discontinue (years)	Recommended screening test and frequency		Post-hysterectomy (with cervix removed) for benign disease	HPV vaccination
In our practice, we use the following guidelines, in order of preference:						
USPSTF (2018)	21	65 ^Δ	Age 21 to 29 years Pap test every 3 years	Age ≥30 years One of these methods: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pap test every 3 years ▪ Primary HPV testing[◇] alone every 5 years ▪ Co-testing (Pap test and HPV testing) every 5 years 	Not indicated [§]	Same recommendations as unvaccinated patients

HPV DNA testing

¶ Regardless of the age of initiation of sexual activity.

Organization	Age to initiate (years) [¶]	Age to discontinue (years)	Recommended screening test and frequency	Post-hysterectomy (with cervix removed) for benign disease	HPV vaccination
ACS (2020)	25	65 [¥]	<p>Age ≥25 years</p> <p>One of these methods:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primary HPV testing[◇] every 5 years (preferred) ▪ Co-testing (Pap test and HPV testing) every 5 years ▪ Pap test every 3 years 	Not indicated [‡]	Same recommendations as unvaccinated patients

HPV DNA testing

¶ Regardless of the age of initiation of sexual activity.

Organization	Age to initiate (years) [¶]	Age to discontinue (years)	Recommended screening test and frequency		Post-hysterectomy (with cervix removed) for benign disease	HPV vaccination
ACOG (2016)	21	65 ^Δ	One of these methods: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pap test every 3 years ▪ Can consider primary HPV testing[◇] every 3 years for patients age ≥25 	One of these methods: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Co-testing (Pap test and HPV testing) every 5 years (preferred) ▪ Pap test every 3 years ▪ Can consider primary HPV testing[◇] every 3 years for patients age ≥25 	Not indicated [§]	Same recommendations as unvaccinated patients

HPV DNA testing

¶ Regardless of the age of initiation of sexual activity.

Organization	Age to initiate (years) [¶]	Age to discontinue (years)	Recommended screening test and frequency		Post-hysterectomy (with cervix removed) for benign disease	HPV vaccination
ACP (2015)	21	65 ^Δ	Pap test every 3 years	One of these methods: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pap test every 3 years ▪ Alternative: Co-testing (Pap test and HPV testing) every 5 years 	Not indicated [§]	N/A

HPV DNA testing

¶ Regardless of the age of initiation of sexual activity.

Organization	Age to initiate (years) [¶]	Age to discontinue (years)	Recommended screening test and frequency		Post-hysterectomy (with cervix removed) for benign disease	HPV vaccination
ASCCP/SGO (2015 interim guidelines)	21	N/A	Can consider primary HPV testing [◇] every 3	Can consider primary HPV testing [◇] every 3	N/A	N/A
ACS/ASCCP/ASCP (2012)	21 [¶]	65 [†]	Pap test every 3 years (preferred)	One of these methods: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Co-testing (Pap test and HPV testing) every 5 years (preferred) ▪ Pap test every 3 years 	Not indicated**	Same recommendation as unvaccinated patients

HPV DNA testing

[¶] Regardless of the age of initiation of sexual activity.

In **France**, CC prevention is based on individual voluntary screening (IndScr) for CC of women aged 25–65 years and vaccination.

The first invitation is sent to eligible people at the age of 24.5 years. People aged **25 to 49 receive invitations every 3 years**. People aged 50 to 64 receive invitations every 5 years. Cervical screening is not recommended for anyone under 25 years old

[Cervical screening: programme overview - GOV.UK](#)



Australian Government

Department of Health and Aged Care

Home

Topics

Initiatives and programs

Resources

[Home](#) > [Initiatives and programs](#)

National Cervical Screening Program

The National Cervical Screening Program reduces illness and death from cervical cancer. Women and people with a cervix aged 25 to 74 years of age are invited to have a Cervical Screening Test every 5 years through their healthcare provider.

Summary recommendation for the general population of women

WHO suggests using either of the following strategies for cervical cancer prevention:

- HPV DNA detection in a screen-and-treat approach starting at the age of 30 years with regular screening every 5 to 10 years.
- HPV DNA detection in a screen, triage and treat approach starting at the age of 30 years with regular screening every 5 to 10 years.

Summary recommendation for women living with HIV

WHO suggests using the following strategy for cervical cancer prevention among women living with HIV:

- HPV DNA detection in a screen, triage and treat approach starting at the age of 25 with regular screening every 3 to 5 years.

HPV DNA testing



2. Ιστορικό στη μαιευτική.

Είναι σημαντικό να λαμβάνεται ένα πλήρες μαιευτικό ιστορικό και να γίνονται ξεκάθαρες και ειδικές ερωτήσεις όπως: Μείνατε ποτέ έγκυος; Πόσες φορές έχετε μείνει έγκυος; Ποια ήταν η έκβαση κάθε κύησης; (Brown 1993). Εδώ καταγράφονται χρονολογικά οι προηγούμενες κυήσεις και η έκβαση κάθε μιας.

Comparative Study > Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 Nov;99(11):1469-1475.
doi: 10.1111/aogs.13881. Epub 2020 May 14.

Very short cervix in low-risk asymptomatic singleton pregnancies: Outcome according to treatment and cervical length at diagnosis

Athena P Souka ^{1 2 3}, Maria Papamihail ², Athanasios Pilalis ^{1 2 3}

Αυτές οι ερωτήσεις έχουν ιδιαίτερη σημασία και στη γυναικολογική ογκολογία, αφού, για παράδειγμα, η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων πριν από μια πρώτη τελειόμηνη κύηση ενοχοποιήθηκε για αύξηση της πιθανότητας ΚΜ. Επίσης, η γέννηση για πρώτη φορά σε μεγάλη ηλικία περιλαμβάνεται στους παράγοντες κινδύνου για ΚΜ

Η ατοκία περιλαμβάνεται, επίσης, στους παράγοντες κινδύνου για ΚΜ. Ωστόσο, φάνηκε ότι η γέννηση του πρώτου παιδιού σε μεγάλη ηλικία αποτελεί σοβαρότερο παράγοντα κινδύνου για ΚΜ από την ατοκία.

Κα-

ταγράφεται τέλος οποιαδήποτε παθολογική κατάσταση συνυπήρχε στις προηγούμενες κυήσεις, όπως προεκλαμψία, διαβήτης, και Rh ευαισθητοποίηση.

. Για παράδειγμα, προτάθηκε η χορήγηση (π.χ. 75 mg ασπιρίνης - Salospir) στη διάρκεια της κύησης σε γυναίκες με τουλάχιστον ένα παράγοντα υψηλού κινδύνου για προεκλαμψία όπως *ιστορικό υπέρτασης σε προηγούμενη κύηση, χρόνια υπέρταση, διαβήτη, νεφρική νόσο ή τουλάχιστον 2 μέτριους παράγοντες κινδύνου για προεκλαμψία όπως οικογενειακό ιστορικό προεκλαμψίας, πρώτη κύηση, δείκτη μάζας σώματος ≥ 35 kg/m², ηλικία ≥ 40 ετών* (Visintin et al 2010, Seidler et al 2018).

8

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ



- Από το γενικό ιστορικό, καταγράφεται το κληρονομικό και το ατομικό αναμνηστικό.
- Από το γυναικολογικό ιστορικό, ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στα χαρακτηριστικά του εμμηνορρυσιακού κύκλου.
- Από το μαιευτικό ιστορικό, ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στη χρονολογική καταγραφή των προηγούμενων κυήσεων και την έκβαση καθεμιάς.



Κλινική-Γυναικολογική εξέταση.

1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η επισκόπηση της γυναίκας μπορεί να βοηθήσει στην εξαγωγή συμπερασμάτων

Η υπερτρίχωση και η παχυσαρκία, για παράδειγμα.

(selected text)

Obesity – BMI ≥ 30 kg/m²

• Obesity class 1 – BMI 30 to 34.9 kg/m²

• Obesity class 2 – BMI 35 to 39.9 kg/m²

• Obesity class 3 – BMI ≥ 40 kg/m²

(selected text-please check other references and individualize)

Delivery timing – Delivery timing and indications for labor induction are not altered solely based on maternal obesity; however, induction by the estimated date of delivery is reasonable and does not appear to increase cesarean birth rates (UpToDate 2022).

(selected text-please check other references and individualize)

Pregnant people with obesity are at increased risk for an array of maternal and perinatal complications, and the risks are amplified with increasing severity of the condition (UpToDate 2022).

Η εξέταση των κάτω άκρων για την πιθανή παρουσία κιρσών, δερματικών βλαβών ή οιδήματος μπορεί να μας κατευθύνει σε πιθανή διάγνωση ή να επηρεάσει τη συνταγογραφία μας.



Αριθμός Έκδοσης 1η

Ετος Τρέχ. Έκδοσης 2021

Λέξεις κλειδιά

Θεματικές Ενότητες

ISBN 978-618-5442-10-1

Εκδόσεις Εκδόσεις Ζεβελεκάκη

Το σύστημα πήξης στη διάρκεια της κύησης χαρακτηρίζεται από αύξηση του ινωδογόνου του πλάσματος κατά $(\geq)50\%$, αύξηση των παραγόντων II, VII, VIII, IX και X, επίκτητη προοδευτική αντίσταση στη δράση της ενεργοποιημένης πρωτεΐνης C (στο 2^ο και 3^ο τρίμηνο)*, ελάττωση των επιπέδων των πρωτεϊνών C και S και επηρεασμό της ινωδόλυσης

*Malhotra A, Weinberger SE. Deep vein thrombosis in pregnancy: Epidemiology, pathogenesis, and diagnosis. UpToDate 2022

Belfort MA. Postpartum hemorrhage: Medical and minimally invasive management. The normal fibrinogen level in a term pregnancy is 350 to 650 mg/dL (nonpregnant adults: 200 to 400 mg/dL)

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Μ. ΙΑΤΡΑΚΗΣ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΤΣΙΚΟΥΡΑΣ
ΝΙΚΟΣ Κ. ΝΙΚΟΛΕΤΤΟΣ

ΒΙΒΛΙΟ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ΕΜΒΡΥΟΥ

DESMOS DIGITAL

(selected text-please check other references and individualize)

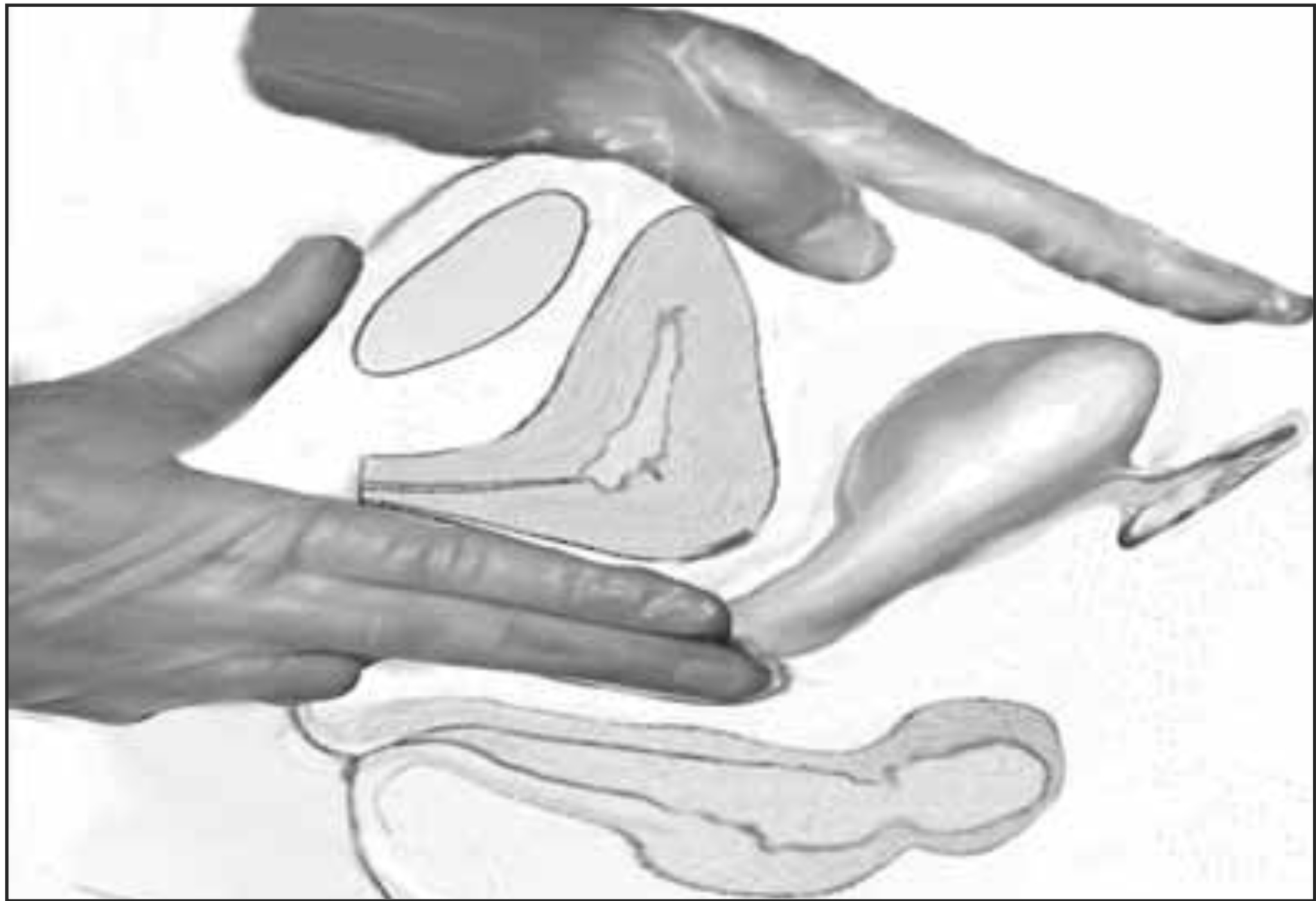
Prior epidemiological studies have identified obesity as a risk factor for antepartum VTE and postpartum VTE. Less clear is the independent effect of maternal BMI on VTE. This is of important clinical relevance because BMI-specific recommendations for VTE prevention are limited and inconsistent. For example, the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) recommend postpartum thromboprophylaxis if obesity is present with 3 other VTE risk factors. In contrast, the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) provide no recommendations for postpartum thromboprophylaxis according to maternal BMI. Butwick AJ et al. Prepregnancy maternal body mass index and venous thromboembolism: A population based cohort study. BJOG 2019, 126: 581-8.

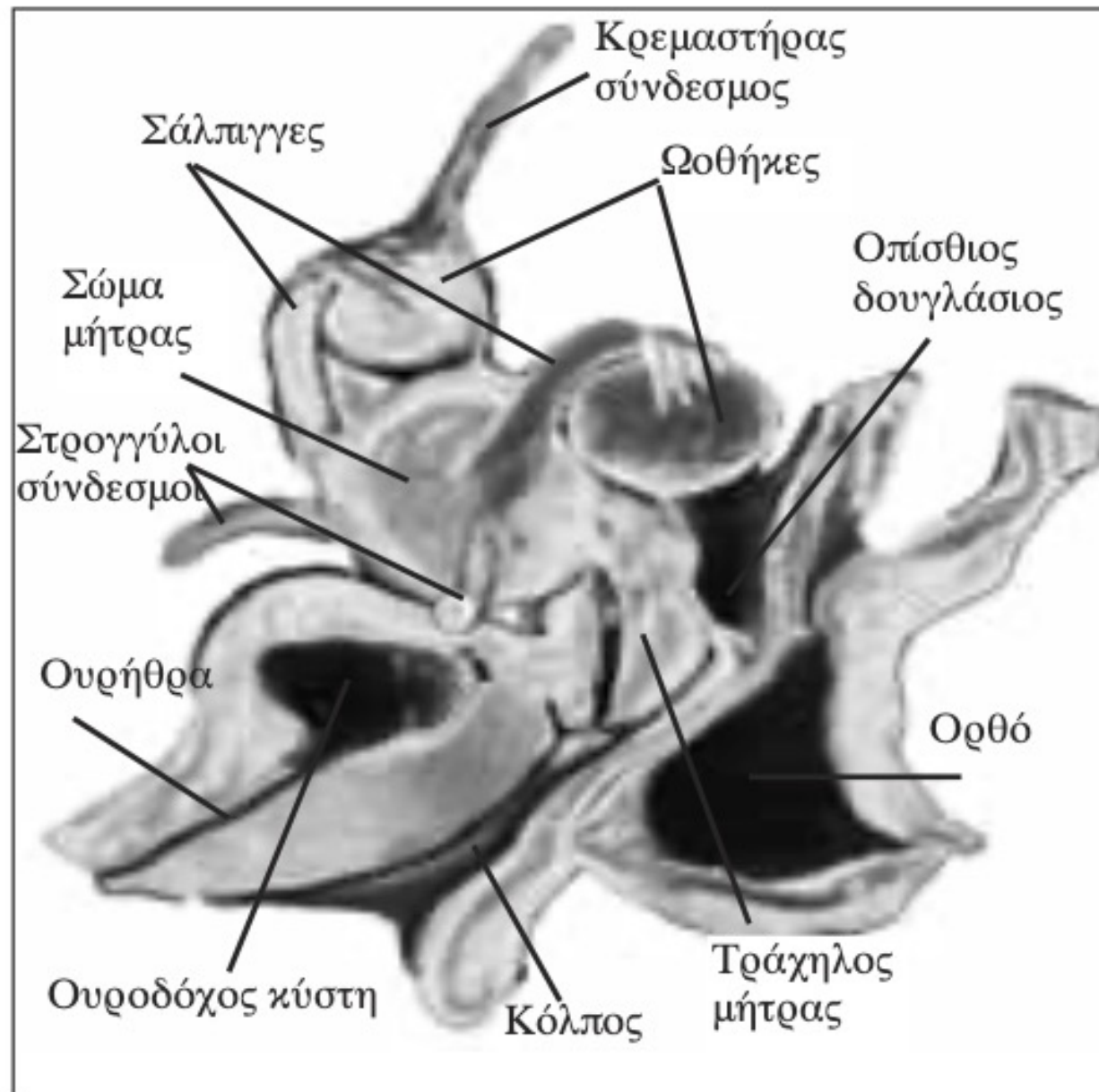
Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα είναι ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες. Μπροστά τους βρίσκεται η ουροδόχος κύστη και πίσω τους το έντερο

Μπροστά από την ουροδόχο κύστη, υπάρχει ο προκυστικός χώρος ή χώρος του Retzius, που πληρώνεται από λιπώδη ιστό και εκτείνεται προς τα πάνω μέχρι τον ομφαλό.

Δίπλα στο εξεταστήριο υπάρχει τουαλέτα και ζητείται απαραίτητα από τη γυναίκα να ουρήσει πριν από τη γυναικολογική εξέταση (αφού η γεμάτη ουροδόχος κύστη εμποδίζει την ψηλάφηση της μήτρας και των εξαρτημάτων).

Η αμφίχειρη γυναικολογική (πυελική) εξέταση γίνεται μετά το τέλος της επισκόπησης και την αφαίρεση των κολποδιαστολέων, αφού ζητήσουμε από τη γυναίκα να χαλαρώσει. Όπως και για την κολπική εξέταση, έτσι και για την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, πρέπει να προηγείται συνεννόηση (2005b). Σε αδύνατες γυναίκες, όπως και σε παθολογικές καταστάσεις (ενδομητριωσικές κύστες, καρκίνος των ωοθηκών κ.λπ.), μπορεί να ψηλαφηθούν οι ωοθήκες ενώ οι σάλπιγγες θα ψηλαφηθούν σε παθολογικές καταστάσεις που κατέληξαν στη διόγκωσή τους (σαλπιγγίτιδα, υδροσάλπιγγα κ.λπ.).





Εικόνα 4.13. Εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας όπως φαίνονται από τα πλάγια.



Η αμφίχειρη πυελική εξέταση στη διάρκεια της κύησης πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και ανάλογα με την ΤΕΡ της γυναίκας συμπεραίνουμε αν η αναμενόμενη ηλικία κύησης συμπίπτει με τα ευρήματά μας. Κατά την εξέταση αυτή, σε γυναίκες με μικρές πυέλους, μπορεί να γίνει αισθητό το ακρωτήριο των μαιευτήρων (Cunningham et al 2010).

McRobert's Maneuver.

Gesner T, Toncar A, Griggs, Jr RP.
2022 Jul 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-.

PMID: 30725965

Free Books & Documents.

Shoulder dystocia occurs when the anterior shoulder of the fetus becomes lodged behind the maternal pubic symphysis or the posterior shoulder lodged behind the maternal sacral **promontory**. The impaction of either shoulder impedes descent and expulsion of the fetus. ...Studi ...

Η εξέταση των μαστών, παρά το γεγονός ότι στην καθημερινή πρακτική (ίσως σε νοσοκομεία με μεγάλο φόρτο δουλειάς) παραλείπεται, θεωρήθηκε απαραίτητο τμήμα της κλινικής εξέτασης. Ωστόσο, η Ομάδα Υπηρεσιών Πρόληψης των ΗΠΑ (U.S. Preventive Services Task Force-USPSTF) βρήκε ανεπαρκή αποδεικτικά στοιχεία ώστε να μπορεί να συστήσει υπέρ ή κατά της κλινικής εξέτασης των μαστών (Gregory & Sawaya 2010).

Role of clinical breast examination — We suggest **not** performing CBE as part of **screening** of average-risk women; however, a diagnostic CBE remains an important part of the evaluation for women with breast complaints or abnormalities. There is a lack of evidence showing any benefit of screening CBE alone or with screening mammography, a lack of data on whether CBE improves patient outcomes, and evidence suggesting an increase in false-positive rates.

UpToDate 2022

Στη διάρκεια της κύησης, λόγω του σχετικού οιδήματος και της ευαισθησίας των μαστών, η εξέτασή τους είναι συχνά δυσκολότερη.

In addition, the hormonal changes in pregnant and lactating women may cause proliferation of ducts and lobules that result in increased density and nodularity of the breast parenchyma on mammography. These changes make it difficult to identify small masses, asymmetries, and architectural distortions and thereby decrease the sensitivity of the examination -- --

UpToDate 2022

Mammary duct ectasia (MDE) is considered the focal dilatation and inflammatory disorder (periductal mastitis) of the lactiferous ducts affecting the nipple and the areola complex. The words “ectasia” and “dilatation” are deriving from the Greek language (“ektasi” and “diastoli” respectively) and, in certain cases, are used as synonyms. Focal dilatation of the lactiferous ducts is due to endoluminal plugs of thick secretions and cellular debris.

Loss of duct wall elastin with associated periductal inflammation and fibrosis are concurrent histopathologic findings. However, it is uncertain if duct ectasia and periductal inflammation are to be considered as a single disease or two distinct disease entities (Hamwi & Winters 2022). Thus, many clinicians consider mammary duct ectasia and periductal mastitis as distinct pathology conditions.

In women presenting with nipple discharge, MDE is included in the differential diagnosis since in 6 to <60% of those patients, MDE could be the final diagnosis.

“Risk factors” of this abnormality include pregnancy, lactation, abortion and smoking (Hamwi & Winters 2022, Mohamed 2021, Rahal et al 2005). Women with congenital nipple inversions or malformations are also at increased risk (Hamwi & Winters 2022). In particular, lactation has a strong association with the disease.

Imaging assessments, among others, especially in young women, include ultrasound imaging (method of choice in those younger than 35), galactogram (Iatrakis 2020) or duct endoscopy. Ultrasound findings (Wood 2021), among others, can include mammary duct dilatation and mixed masses (≥ 6 mm) close to the areola complex.

Although successful breastfeeding is crucial for a child's development, there are situations where breastfeeding should be stopped. Since lactation is included in the risk factors of the condition, and that to date, there is no gold standard for breastfeeding cessation, it would be interesting to compare two methods of lactation cessation in terms of duct dilatation impairment.

It must be noted that if an abrupt cessation of breastfeeding is desired, some measures may be helpful, including wearing a tight-fitting bra for the entire day and night and the application of cold compresses. The use of cabergoline for abrupt weaning is off-label and the drug can have some serious side effects. Actually, in the US labeling, cabergoline is not indicated for the inhibition or suppression of physiologic lactation (Cabergoline 2022). Even in hypergalactia (overabundant milk supply), cabergoline is used off label (Eglash 2014).

References

Cabergoline: Drug information. UpToDate 2022.

Eglash A. Treatment of maternal hypergalactia. *Breastfeed Med* 2014, 9:423-5.

Iatrakis G. Breast Imaging. In: *Gynecologic Oncology*. Athens, Greece, Zevelekakis ed. 2020.

Mohammed AA. Mammary duct ectasia in adult females; risk factors for the disease, a case control study. *Ann Med Surg (Lond)* 2021, 62:140-44.

Rahal RM, de Freitas-Júnior R, Paulinelli RR. Risk factors for duct ectasia. *Breast J* 2005, 11:262-5.

Hamwi MW, Winters R. Mammary Duct Ectasia. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2022, PMID: 32491597, Bookshelf ID: NBK557665.

Wood JR. Mammary Duct Ectasia: Symptomatology, Diagnosis, and Treatment. *Radiol Technol* 2021, 92:383M-98M.



Εργαστηριακή διερεύνηση/ΕΔ
(καλλιέργεια κ.λπ.) ούρων-ΕΔ κοιλιακού & τραχηλικού εκκρίματος

Ο έλεγχος για χλαμύδια, και ενδεχομένως για τον γονόκοκκο, από το κατώτερο γεννητικό σύστημα, μαζί με την καλλιέργεια των ούρων με έλεγχο της ευαισθησίας ανήκουν στις εξετάσεις ρουτίνας στη διάρκεια της κύησης (Ιατράκης 2011).

Chlamydia trachomatis is the most common bacterial cause of sexually transmitted genital infections [1]. The majority of affected persons are asymptomatic and, thus, provide an ongoing reservoir for infection.

UpToDate Sep 2022

The incubation period of symptomatic disease ranges from 5 to 14 days following infection. However, it is unclear how long those with asymptomatic disease may carry the infection.

In a systematic review of 10 studies of untreated, uncomplicated genital chlamydial infections, detection of chlamydia persisted over the short term (weeks to months after diagnosis) in 56 to 89 percent and for at least one year in 46 to 57 percent [2].

Nevertheless, despite the possibility of spontaneous resolution [5], all persons diagnosed with chlamydia should be treated to prevent further complications and transmission.

Genitourinary tract infection — In females, the cervix is the most commonly infected anatomic site [6], and a proportion of females may also have infection of the urethra. Untreated, cervical infection can ascend into the upper genital tract to cause pelvic inflammatory disease and its sequelae of infertility and chronic pain. Pregnant women with genital chlamydial infection are also at high risk for complications. (See '[Complications of pregnancy](#)' below.)

Cervicitis — The majority (at least 85 percent) of females infected at the cervix have neither signs nor symptoms, which is the rationale for routine annual screening of young sexually active females.

Pelvic inflammatory disease — *C. trachomatis* can ascend to the upper reproductive tract (uterus, fallopian tubes, and ovaries), where pelvic inflammatory disease (PID) can result

Complications of pregnancy — Beyond the risk of future ectopic pregnancy following chlamydia-associated PID, chlamydial genital infection during pregnancy can increase the risk for premature rupture of the membranes, preterm delivery, and low-birthweight

Ο έλεγχος για χλαμύδια, και ενδεχομένως για τον γονόκοκκο, από το κατώτερο γεννητικό σύστημα, μαζί με την καλλιέργεια των ούρων με έλεγχο της ευαισθησίας ανήκουν στις εξετάσεις ρουτίνας στη διάρκεια της κύησης (Ιατράκης 2011).

Females — Among females, most chlamydial and gonococcal infections are asymptomatic or minimally symptomatic and if left untreated, can lead to serious complications, including pelvic inflammatory disease (PID), infertility, complications of pregnancy, and chronic pelvic pain

UpToDate Sep 2022

Because the incidence of these infections are highest among adolescents and young adults, screening efforts have focused on this age group. Some proponents have argued that school-based health centers should implement systematic screening programs in adolescents to target these high-risk populations [12]. For older females, decisions on screening are based on the presence of personal behavioral risk factors. (See '[Risk factors](#)' below.)

UpToDate Sep 2022

Younger than 25 years — For sexually active females <25 years old, screening is recommended for the following [1,4] ( table 2):

- *C. trachomatis* genital infection, annually
- *N. gonorrhoeae* genital infection, annually

UpToDate Sep 2022

Gender	Population	Routine screening recommendation	Screening frequency
Women	Age <25 years	Genital chlamydia*	Annually
		Genital gonorrhoea*	Annually

UpToDate Sep 2022

Ο έλεγχος για χλαμύδια, και ενδεχομένως για τον γονόκοκκο, από το κατώτερο γεννητικό σύστημα, μαζί με την καλλιέργεια των ούρων με έλεγχο της ευαισθησίας ανήκουν στις εξετάσεις ρουτίνας στη διάρκεια της κύησης (Ιατράκης 2011).

Pregnant individuals — Intrauterine or perinatally transmitted STIs can have grave effects on pregnant individuals, their partners, and their fetuses. Pregnant individuals are routinely screened at the initial prenatal visit for HIV, HBV, syphilis, and (if <25 years or with risk factors) chlamydia and gonorrhea.

UpToDate Sep 2022

Ο έλεγχος για χλαμύδια, και ενδεχομένως για τον γονόκοκκο, από το κατώτερο γεννητικό σύστημα, μαζί με την καλλιέργεια των ούρων με έλεγχο της ευαισθησίας ανήκουν στις εξετάσεις ρουτίνας στη διάρκεια της κύησης (Ιατράκης 2011).

Screening — We agree with the guidelines from the Infectious Diseases Society of America that recommend screening all pregnant women for asymptomatic bacteriuria at least once in early pregnancy [2]. Other expert groups make a similar recommendation [29,30]. The rationale for screening is the same as for treatment of bacteriuria and is discussed elsewhere. (See '[Rationale for treatment](#)' below.)

UpToDate Sep 2022

ΧΛΑΜΥΔΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis* ή *CT*) προσβάλλει επιφανειακά το κυλινδρικό επιθήλιο και ευθύνεται για μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, τραχηλίτιδα, σαλπγγίτιδα και πυελική φλεγμονώδη νόσο.

Η χλαμυδιακή λοίμωξη είναι **ασυμπτωματική** στο 30-50% των περιπτώσεων και μπορεί να επιμένει για αρκετά χρόνια (Alexander & Smith 2002).


Η σοβαρότητα της χλαμυδιακής προσβολής βρίσκεται στο γεγονός ότι σχετικά αθόρυβα μπορεί να προκαλέσει σαλπινγική προσβολή με σοβαρές αλλοιώσεις στη σάλπιγγα που μπορεί να συνεπάγονται μελλοντική υπογονιμότητα. Έως και 40% των γυναικών με χλαμυδιακή λοίμωξη μπορεί να καταλήξουν σε πυελική φλεγμονώδη νόσο και αν αφεθούν χωρίς θεραπεία, μέχρι και 20% από αυτές μπορεί να γίνουν στείρες (Grotowski & May 2008). Χρειάζεται, επομένως, ιδιαίτερη προσοχή στην ανίχνευση της χλαμυδιακής μόλυνσης. Τα χλαμύδια αυξάνουν παράλληλα την πιθανότητα έκτοπης κύησης

Στην κύηση έχουν ενοχοποιηθεί για χοριοαμνιονίτιδα και μπορεί να προσβάλλουν και το νεογνό. Στο παρελθόν, σε γυναίκες κάτω από 25 ετών, ελεύθερες ή με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους, προτάθηκε εξέταση για χλαμύδια, συνήθως με τη μέθοδο PCR (McFee 2005). **Σήμερα, η σύσταση είναι γενική: όλες οι γυναίκες που είναι <24-25 ετών πρέπει να κάνουν εξέταση για χλαμύδια και σε διαπίστωση λοίμωξης πρέπει να χορηγείται θεραπεία**

6. ΠΡΟΛΗΨΗ (& screening)

Στις γυναίκες που είναι νεότερες των 24-25 ετών συστήνεται (ετήσιος) έλεγχος για *CT* και χορήγηση κατάλληλης θεραπείας σε διαπίστωση λοίμωξης (Ιατροάκης 2015). Παρόμοια σύσταση ισχύει κατά την κύηση και κάποιοι δεν θα έβαζαν εκεί ηλικιακό όριο. Σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, το screening συνεχίζεται σε γυναίκες “υψηλού κινδύνου” (π.χ. εκείνες με περισσότερους από ένα σεξουαλικούς συντρόφους). Τα προγράμματα screening για τα *CT* έδειξαν ελάττωση των ποσοστών πνευμονικής φλεγμονώδους νόσου στις γυναίκες (Workowski & Bolan 2015).

Φαίνεται ότι υπάρχει κάποια σχέση της χλαμυδιακής λοίμωξης (ιδιαίτερα σε πρόσφατη λοίμωξη) και χοριοαμνιονίτιδας, πρόωρου τοκετού, πρόωρης ρήξης των υμένων (Karowicz-BiliDiska et al 2007), χαμηλού βάρους γέννησης και ενδομητρίτιδας μετά τον τοκετό (που όλες ελαττώνονται με την κατάλληλη αντιχλαμυδιακή θεραπεία της μητέρας). Τα CDC (Centers for Disease Control and Prevention) και η USPSTF (United States Preventive Services Task Force) συστήνουν screening σε όλες τις έγκυες γυναίκες <25 ετών και τις έγκυες ≥25 ετών με παράγοντες κινδύνου για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Chlamydia — Chlamydia prevalence is highly related to age and sexual behavior. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and United States Preventive Services Task Force (USPSTF) recommend screening all pregnant people <25 years of age and those ≥25 years of age with risk factors for sexually transmitted infection ( table 7) [58,70].

UpToDate Sep 2022

Σε φυσιολο-

γικές συνθήκες, η γονιμοποίηση γίνεται στη
λήκυθο της σάλπιγγας.

Η σοβαρότητα της χλαμυδιακής προσβολής
βρίσκεται στο γεγονός ότι σχετικά αθόρυβα
μπορεί να προκαλέσει σαλπιγγική προσβολή
με σοβαρές αλλοιώσεις στη σάλπιγγα που
μπορεί να συνεπάγονται μελλοντική υπογο-
νιμότητα. Έως και 40% των γυναικών με
χλαμυδιακή λοίμωξη μπορεί να καταλήξουν
σε πυελική φλεγμονώδη νόσο και αν αφεθούν
χωρίς θεραπεία, μέχρι και 20% από αυτές
μπορεί να γίνουν στείρες (Grotowski & May
2008). Χρειάζεται, επομένως, ιδιαίτερη προ-
σοχή στην ανίχνευση της χλαμυδιακής μό-
λυνσης. Τα χλαμύδια αυξάνουν παράλληλα
την πιθανότητα έκτοπης κύησης

Individuals at increased risk of acquiring a sexually transmitted infection

- Personal history of a prior sexually transmitted infection

- Age <25 years

- New sex partner in past 60 days

- More than one sex partner in the past 6 months

sex partner with multiple concurrent sex partners

- No or inconsistent condom use outside a mutually monogamous sexual partnership

- Meeting anonymous partners on the internet

- Living in a community with a high prevalence of sexually transmitted infections