

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące zakażeń *Chlamydia trachomatis* w położnictwie i ginekologii

W dniu 2 marca 2007 Zespół Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w składzie:

Przewodniczący:

Dr hab. Tomasz Niemiec

Członkowie:

Prof. dr hab. Jacek Brązert
Dr hab. Agata Karowicz
Prof. dr hab. Jan Kotarski
Dr med. Michał Pawlaczyk
Prof. dr hab. Krzysztof Szaflik
Dr med. Jacek Tomaszewski
Prof. dr hab. Krzysztof Drews

Opracował wytyczne dotyczące profilaktyki i leczenia zakażeń *Chlamydia trachomatis* w położnictwie i ginekologii.

- Zakażenia przenoszone drogą płciową (Sexual Transmitted Disease; STD) są jednym z najważniejszych problemów zdrowotnych u kobiet. Działania zmierzające do obniżenia zachorowalności i śmiertelności kobiet z powodu STD stanowią priorytet w działaniach prozdrowotnych krajów Unii Europejskiej.
- Faktyczna liczba przypadków STD w Polsce nie jest znana i prawdopodobnie znacznie przewyższa liczbę odnotowanych zachorowań. Jest to związane zarówno z brakiem sprawnie działającego systemu ewidencji chorób przenoszonych drogą płciową (liczne przypadki leczone i nie zgłaszane), jak i z ograniczeniami wynikającymi z braku schematów dotyczących wykrywania i terapii zakażeń. Sytuacja ta dotyczy szczególnie zakażeń *Chlamydia trachomatis* (CT) co uzasadnia potrzebę aktualizacji i rozszerzenia rekomendacji w tym zakresie
- Zapobieganie i kontrola zakażeń *Chlamydia trachomatis* (CT) opiera się na następujących zasadach:
 - Edukacji i poradnictwie dotyczącym promocji bezpiecznych zachowań seksualnych
 - Identyfikacji bezobjawowych osób zakażonych i/lub z objawami klinicznymi, które same nie szukają możliwości diagnostyki i leczenia
 - Skutecznej diagnostyce i leczeniu osób zakażonych
 - Identyfikacji, ocenie, poradnictwie i leczeniu partnerów seksualnych osób zakażonych chorobami przenoszonymi drogą płciową
 - Poradnictwo i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową powinno być prowadzone z zachowaniem zasady poufności.
- Zakażenia chlamydialne, obok zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), należą do najczęstszych chorób przenoszonych drogą kontaktów seksualnych. Odsetek pacjentek zakażonych CT wynosi od kilku do kilkudziesięciu procent ogółu populacji kobiet. Zakażenia częściej dotyczą kobiet młodych, nieródek, rasy czarnej, wczesnie rozpoczynających współżycie płciowe, posiadających licznych partnerów seksualnych,

niestosujących antykoncepcji barierowej oraz o niskim statusie socjoekonomicznym. *Chlamydia trachomatis* jest czynnikiem etiologicznym wywołującym zapalenie cewki moczowej, szyjki macicy oraz narządów miednicy mniejszej kobiety (PID - Pelvic Inflammatory Disease). Bezobjawowe nosicielstwo CT zwiększa ryzyko wystąpienia ciąży pozamacicznej, niepłodności, niepowodzeń położniczych i/lub przewlekłego bólu w miednicy mniejszej.

- W populacji kobiet europejskich częstość występowania bezobjawowego zakażenia CT wynosi od 1.7 do 17 procent a dla kobiet polskich od 4.3-50 procent. Najbardziej zagrożoną grupą są nastolatki (46%) oraz kobiety pomiędzy 20 a 24 rokiem życia (33%).
- Częstość występowania zakażenia CT wśród kobiet ciężarnych waha się w granicach od 2.7 do 35 procent. Najniższe wskaźniki zakażeń CT u kobiet ciężarnych odnotowano w krajach skandynawskich, gdzie już od ponad dwudziestu lat prowadzi się systematyczne badania przesiewowe w kierunku infekcji chlamydialnych.
- Ze względu na dużą liczbę zakażeń bezobjawowych oraz konsekwencje zdrowotne istotne jest rutynowe wykonywanie badań przesiewowych w kierunku *Chlamydia trachomatis* oraz zastosowanie skutecznego leczenia (Tabela I).

Tabela I: Badania profilaktyczne w kierunku *Chlamydia trachomatis* w zależności od wieku

≤ 25 roku życia	<p>Kobiety nieciążarne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Badanie raz w roku (<i>zwłaszcza przed planowaną ciążą</i>) <p>Kobiety ciężarne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Badanie w pierwszym i w trzecim trymestrze (<i>zalecane przy pierwszej wizycie</i>)
> 25 roku życia	<p>Kobiety nieciążarne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Badanie przynajmniej raz w roku u kobiet podejmujących ryzykowne zachowania seksualne, zwłaszcza przed planowaną ciążą. <p>Kobiety ciężarne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Badanie w pierwszym trymestrze (<i>zalecane przy pierwszej wizycie</i>), w trzecim trymestrze tylko u kobiet z grupy ryzyka
Zalecane badanie partnera seksualnego jeden raz w roku	

- Rekomendowanym miejscem do pobierania materiału diagnostycznego w kierunku infekcji CT jest kanał szyjki macicy. W celu wykrycia nosicielstwa CT pobiera się wymazy z kanału szyjki macicy, cewki moczowej i odbytu, wymazy z wewnętrznej powierzchni górnej i dolnej powieki spojówki oka.

- Wykrycie materiału genetycznego CT w komórkach obecnych w moczu, wydzielinie pochwy, gruczołu krokowego, nasienia, łez, płynie stawowym, płynie owodniowym oraz tkankach umożliwia metoda PCR. Czułość tego badania zależy od prawidłowej techniki pobrania materiału komórkowego. Metody oparte na hodowlach komórkowych nie są rutynowo stosowane w praktyce klinicznej.
- Do metod wykrywających antygeny *Chlamydia trachomatis* lub jego DNA należą: immunofluorescencja bezpośrednia (DFA), m. immunoenzymatyczna (ELISA), szybkie testy enzymatyczne oraz metody oparte na wykrywaniu DNA (LCR) w moczu. Pobranie materiału do tej metody może odbyć się bez badania ginekologicznego.
- Zakażenie wywołane przez *Chlamydia trachomatis* często współistnieje z innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową. W związku z tym u pacjentki, u której zostanie potwierdzona infekcja CT należy rozważyć wykonanie badań przesiewowych w kierunku innych zakażeń przenoszonych drogą płciową: rzeżączki, kiły, zapalenia wątroby typu B i C oraz HIV.
- Wybór skutecznego schematu leczniczego zakażeń narządów miednicy mniejszej jest trudny. Ze względu na złożoną etiologię PID uważa się, że monoterapia nie jest skuteczna w większości postaci klinicznych tego schorzenia. W leczeniu PID z zastosowaniem schematów terapii wielolekowej wykazano wysoką skuteczność terapeutyczną azytromycyny, zwłaszcza w przypadku infekcji CT.
- Antybiotykoterapia w zakażeniu CT powinna rozpocząć się jak najszybciej po postawieniu rozpoznania klinicznego, przed uzyskaniem ostatecznego rozpoznania mikrobiologicznego.
- Jednoczesne leczenie partnera seksualnego ma podstawowe znaczenie w prewencji nawrotów zakażenia CT
- Terapia powinna być krótka, w jednorazowej dawce oraz efektywna klinicznie.
- W przypadku wykrycia infekcji CT zaleca się leczenie partnerów jednorazową dawką azytromycyny (1 g), podawaną doustnie
- Azytromycyna jest lekiem z wyboru w leczeniu zakażeń CT, szczególnie u pacjentek źle współpracujących lub uczulonych na tetracykliny lub erytromycynę.
- W leczeniu ciężkich postaci PID stosuje się azytromycynę z metronidazolem (azytromycyna 500 mg iv./1-2 dni, azytromycyna 250 mg p.o./ 7 dni z metronidazolem w dawce dobowej 1.5 g i.v. a następnie doustnie przez 12-14 dni)
- Alternatywnie schematy lecznicze infekcji chlamydialnych opierają się na doustnym zastosowaniu:
 - doksycykliny - w dawce 100 mg co 12 godz. przez 7 dni
 - erytromycyny- w dawce 800mg cztery razy dziennie przez 7 dni
 - ofloksacyny – w dawce 300mg doustnie dwa razy dziennie przez 7 dni
 - levofloksacyny - w dawce 500mg doustnie przez 7 dni.
- Nie zaleca się stosowania ofloksacyny u osób poniżej 16 r.ż. oraz u kobiet w ciąży.
- Wiele badań potwierdziło bezpieczeństwo stosowania antybiotyków makrolidowych u kobiet w ciąży. Aktualnie pozostają one lekiem pierwszego rzutu w zakażeniach CT u ciężarnych.
- Kobietom w ciąży zakażonych CT zaleca się podawanie 1g azytromycyny jednorazowo lub erytromycyny w dawce 500 mg cztery razy dziennie przez 7 dni
- U kobiet ciężarnych należy obligatoryjnie zalecić wykonanie kontrolnego badania diagnostycznego potwierdzającego całkowite wyleczenie infekcji CT po trzech tygodniach od zakończeniu leczenia. Ciężarną należy poinformować o konieczności

abstynencji seksualnej przez okres 7 dni od zakończenia leczenia azytromycyną lub dopóki partner nie otrzyma stosownego leczenia.

- Po leczeniu azytromycyną lub doksycykliną u nieciążarnych kobiet nie istnieje potrzeba wykonywania kontrolnych testów w kierunku zakażenia CT, chyba, że stwierdza się utrzymywanie objawów infekcji (należy wykluczyć inne choroby przenoszone drogą płciową) lub powtórne zakażenie chlamydialne. Test kontrolny po leczeniu zakażenia CT jest zalecany tylko u pacjentów przyjmujących erytromycynę.
- Zaleca się przeprowadzenie wizyty kontrolnej mającej na celu ocenę skuteczności leczenia oraz wykluczenie ponownego zakażenia. Ważne jest uzyskanie informacji o jednoczasowej terapii partnera seksualnego
- Wysoka skuteczność azytromycyny, stosowanej w pojedynczej dawce, usprawiedliwia jej zastosowanie profilaktyczne w planowych operacjach pochwowych lub brzusznych (laparoscopia, histeroscopia, wyłyżeczkowanie po poronieniu, założenie IUD, biopsja rysowa kanału szyjki macicy i jamy macicy, elektrokoagulacja, histerosalpnigografia i inwazyjne techniki rozrodu wspomaganego medycznie).

Przewodniczący:

Dr hab. Tomasz Niemiec.....

Członkowie:

Prof. dr hab. Jacek Brązert.....

Dr hab. Agata Karowicz.....

Dr med. Michał Pawlaczyk.....

Prof. dr hab. Krzysztof Szaflik.....

Dr med. Jacek Tomaszewski.....

Prof. dr hab. Krzysztof Drews.....

Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Prof. dr hab. n. med. Jan Kotarski