

CHLAMÝDIOVÉ INFEKČIE Z POHĽADU GYNEKOLÓGA

Juraj Šimko

II. gynekologicko-pôrodná klinika, Bratislava

Autor podáva v práci stručný prehľad problematiky urogenitálnych chlamydióz so zameraním na klinické príznaky, diagnostiku a liečbu tohto v súčasnosti najrozšírenejšieho bakteriálneho pohlavného ochorenia.

Kľúčové slová: Chlamydia trachomatis, klinické príznaky, diagnostika, terapia.

Kľúčové slová MeSH: Chlamydia, infekcie – diagnostika, terapia; Chlamydia trachomatis; choroby urogenitálne.

Via pract., 2005, roč. 2 (4): 204–205

Úvod do problematiky

Chlamydie patria medzi mikroorganizmy prenášané pohlavným stykom, ktoré u gynekologických pacientiek spôsobujú celý rad patologických stavov so širokou škálou klinických príznakov. Premorenosť populácie dosahuje v niektorých krajinách 5–7%, takže chlamydiové infekcie sa stávajú s odstupom najrozšírenejším bakteriálnym sexuálne prenosným patogénom súčasnosti. Odhaduje sa, že na svete je približne 90 mil. nositeľov tejto infekcie a každý rok pribudnú asi 4 mil. nových prípadov.

Náklady spojené s chlamydiovými infekciami, zahŕňajúce diagnostiku a liečbu infikovaných, odstraňovanie následkov ochorenia (sterilita, pelvic pain) pomocou operačných zákrokov, cenu podpornej terapie i ďalších postupov, ktoré sú nutné na nápravu následkov infekcie, stúpajú geometrickým radom (1, 2).

Chlamydie prvotne osídľujú cylindrický epitel cervixu a parauretrálnych žliaz. Viac ako tretina primárne endocervikálnych infekcií sa ascendentne šíri. K šíreniu infekcie dochádza genitálnym kanálom a nie krvou, ani lymfatickými cestami. Významnú úlohu pri prenose infekcie môžu mať infikované spermie, ale aj snaha chlamydii kolonizovať ďalší priestor (3).

Klinický obraz urogenitálnej chlamydiózy môže byť veľmi pestrý a siaha od častého asymptomatického priebehu až k rozsiahlym akútnym infekciám so závažnými následkami. Z extragenitálnych prejavov sa niekedy vyskytuje zápal parauretrálnych a Bartoliných žliaz. Príznaky – začervenanie, bolesť, zdurené po stranách pošvového vchodu – sú štandardné, nápadná je jedine častá afebrilita pri vytvorení aj rozsiahleho abscesu (4).

Mukopurulentná cervicitída je u prvotných akútnych infekcií najčastejším prejavom prítomnosti patogénu. Pacientka sa sťažuje na dlhodobý krémový, hnedastý, prípadne nazelenalý výtok. Následkom infekcie sa stáva cervix fragilným, takže pri vyšetrení v pákach a odbere materiálu na mikrobiologické vyšetrenie dochádza k stopovému krvácaniu (spotting) (5, 6).

Chlamydiová endometritída je často asymptomatická, alebo sprevádzaná len slabou intrapelvicou bolesťou. Mimomenštruačné krvácanie, silný, zápachajúci výtok, palpačná citlivosť a bolesť pri pohyboch uterom sa vyskytujú skôr výnimočne – spravidla po diagnostickej alebo terapeutickú kyretáži, ktoré aktivujú latentnú infekciu. U pacientiek s chlamydiovou infekciou bola tiež pozorovaná väčšia bolesť a predĺženie doby krvácania pri menarché (7).

Pomalším nástupom a miernejším priebehom než infekcie spôsobené inými mikroorganizmami sú charakterizované aj chlamydiové adnexitídy. Akútne ochorenie sa môže vyznačovať subfebrilitami až febrilitami, mukopurulentným výtokom, spottingom a bolesťou, ktorá zosilnie pri pohlavnom styku alebo palpácii. Uvedené príznaky spravidla rýchlo odznejú a u približne polovice infikovaných pacientiek sa nevyskytujú vôbec. Z tohto dôvodu sa pre uvedený patologický stav používa aj výstižný názov „tichá adnexitída“ (silent adnexitis) (8).

Ascendentné rozšírenie infekcie na orgány malej panvy s následným možným vznikom endometritídy, adnexitídy a príp. až peritonitídy má v gynekológii špecifické pomenovanie. Nazývame ho „**zápalové ochorenie malej panvy**“ (pelvic inflammatory disease – PID). PID, ktorého pôvodcom sú celulárne parazity (chlamydie, mykoplazmy, ureaplazmy), nemá jasne vyhranené klinické obraz a vyznačuje sa skôr chronickou bolesťivosťou viacerých bodov, diskretnou palpačnou citlivosťou často v celej oblasti malej panvy a len nevýraznou alebo žiadnou odozvou vo zvýšení hladín zápalových markerov. Slabé začervenanie (nástrek) jednotlivých orgánov, prítomnosť sérosangvinolentného exudátu hromadiaceho sa v Douglasovom priestore a nálež často prekvapivo početných adhézií je možné odhaliť len laparoskopicky. Chlamydie hrajú významnú úlohu pri vzniku PID a zapríčiňujú 40 až 50% týchto patologických stavov (9, 10).

Chlamydiová proktitída síce nepatrí k ochoreniam urogenitálneho traktu, ale spôsobom šírenia i lokalizáciou má s nimi veľa spoločného. Vyskytuje sa hlavne u homosexuálne oriento-

vaných mužov, ale aj u heterosexuálnych žien praktizujúcich análny spôsob pohlavného styku. Postihnuté udávajú bolesťivosť v anorektálnej oblasti, tenezmy, krvavý mukopurulentný výtok z konečníka, v stolici sa objavuje krv a hnis.

Análny pohlavný styk je v našej populácii pomerne rozšírený, aj keď väčšina pacientiek ho z morálnych dôvodov nepriznáva (11, 12). Dôsledná anamnéza zameraná aj na urogenitálne problémy a spolupráca internistu s gynekológom pri verifikácii kolorektálnej chlamydiózy by sa v takýchto prípadoch mala stať samozrejmosťou.

Dôkaz a diferenciálna diagnostika chlamydiových infekcií sú často problematické. Klinické prejavy nie sú vyhranené a nemôžu sa preto stať hlavným vodídlom pre určenie diagnózy. Ani bežné laboratórne parametre nám infekciu jednoznačne nepotvrďia.

Nešpecifické zápalové markery (sedimentácia, leukocyty, hladina C-reaktívneho proteínu) u chlamydióz často neprekračujú hranice normy.

Priame detekčné metódy – mikroskopia, široko propagované jednoduché imunofluorescenčné a hybridizačné testy, sú veľmi nespoľahlivé. Kultivácia na bunkových kultúrach alebo kuracích embryách, ktorá bola vo svete dlho „zlatým štandardom“ diagnostiky, pre svoju nákladnosť nikdy nenašla v našich podmienkach širšie uplatnenie.

Preto sa najrozšírenejšou metódou diagnostiky Ch. trachomatis v posledných rokoch stali **metódy molekulárnej biológie**, predovšetkým polymerázová reťazová reakcia (13).

V prípade, že priamy dôkaz nie je úspešný a klinické príznaky svedčia o možnej chlamydiovej infekcii, je metódou voľby opakované stanovenie titra špecifických protilátok.

Urogenitálna chlamydióza je ochorenie prenášané pohlavným stykom a môže byť príznakom promiskuitnej sexuálnej aktivity. Približne v polovici prípadov je chlamydióza sprievodnou infekciou iného pohlavného ochorenia – kvapavky, syfilisu, HPV a pod.

Preto pri podozrení na akékoľvek sexuálne prenosné ochorenie je nevyhnutné zisťovať aj prítomnosť chlamydii, predovšetkým pre úplne

odlišné schémy terapie Ch. trachomatis a ostatných pohlavne prenosných ochorení (10).

Následky chlamydiových infekcií urogenitálneho traktu

Urogenitálne chlamydiozy majú po akútnej fáze často tendenciu k pomerne rýchlej, spontánnej, spravidla dlhotrvajúcej remisii s úplnou absenciou klinických príznakov. V týchto obdobiach nedochádza k eliminácii samotného patogénu, ktorý vďaka svojmu spôsobu existencie perzistuje v tkanivách aj desaťky rokov, ale iba k vytvoreniu určitej rovnováhy medzi infekciou a reakciou imunitného systému organizmu. Nakoľko chlamydia mení antigénne vlastnosti hostiteľskej bunky, lokálna zápalová reakcia spojená s produkciou špecifických protilátok, ale aj migráciu makrofágov a snahu o likvidáciu napadnutého tkaniva ostáva „trvale zapnutá“. Každá bunka s hostujúcimi chlamydiami sa tak stáva ložiskom mikrozápaly (14).

Následky dlhodobej aktivácie lokálnej zápalovej reakcie sú ďalekosiahle a často nezvratné. Medzi najzávažnejšie patria: vznik chronickej panvovej bolesti (pelvic pain), sterilita a tiež zvýšený výskyt mimomaternicových gravidít u infikovaných pacientiek.

Najčastejším následkom dlhotrvajúcej chlamydiovej infekcie je vznik zrástov. Podľa ich rozsahu a lokalizácie sú zdrojom občasných alebo trvalých tupých bolestí v podbrušku, výraznejších po fyzickej námahe, pri kohabitácii alebo pri menzes (15).

Druhým najčastejším následkom urogenitálnej chlamydiozy je sterilita. Uvádza sa, že približne u pätiny pacientiek so sterilitou je príčinou prekonaná chlamydiová infekcia. U pacientiek s opakovanou chlamydiozou sa sterilita pozorovala vo viac ako polovici prípadov.

Ak je infekcia rozpoznaná a liečená včas (pred vytvorením adhézií), pričom voľba antibiotika i dĺžka terapie sú zvolené optimálne, dochádza pomerne rýchlo k úplnému obnoveniu plodnosti (16).

Chlamydie a gravidita

Infekcia Ch. trachomatis je všeobecne považovaná za rizikový faktor gravidity. Prítomnosť tohto patogénu koreluje v skorších štádiách tehotnosti so zvýšenou frekvenciou spontánnych potratov, krvácaním, bolesťami v podbrušku, v pokročilejšej gravidite sú chlamydie príčinou odtoku plodovej vody, kontrakcií a predčasného pôrodu (17).

Pri prechode pôrodnými cestami infikovanej rodičky sa nakazia asi $\frac{2}{3}$ detí, z ktorých asi

u polovice sa vyvinie konjunktivitída. Jej inkubačný čas je od 5 do 14 dní, typickým prejavom je mukopurulentný výtok.

U 10% až 20% exponovaných detí sa vyvinie chlamydiová pneumónia. Viacerí autori dávajú do korelácie túto popôrodnú pneumóniu a zvýšenú frekvenciu subakútnych ochorení pľúc (bronchitíd, astmy, chrapotu) v neskoršom veku (18).

Terapia chlamydiových infekcií urogenitálneho traktu

Penicilíny a cefalosporíny sú v liečbe intracelulárnych chlamydiových infekcií neúčinné.

Tetracyklíny a chinolóny pri zodpovedajúcom dávkovaní nesklamú, problémom je skôr dodržanie predpísanej dlhodobej schémy terapie infikovanými pacientkami.

V súčasnosti sa do popredia pri liečbe dostávajú *makrolidy* s jednoduchým dávkovaním a minimom nepriaznivých účinkov. Široko propagované monodávky makrolidov sú ale postačujúce len pri nekomplikovaných, krátko trvajúcich cervicitídach a uretritídach.

Chlamydiové adnexitídy je nutné liečiť dlhodobým (až 21 dňovým) podávaním antibiotík s opakovanými kontrolami prítomnosti patogénu v mesačnom, polročnom a ročnom intervale. V prípade perzistujúceho a opakovaného infektu sa odporúča dvojkombinácia antibiotík makrolid + chinolón.

Pri terapii urogenitálnych chlamydioz nesieme zabúdať na liečbu sexuálneho partnera (partnerov), ktorí predstavujú zdroj pingpongovkej infekcie (19).

Záver

Problematika urogenitálnych chlamydioz je natoľko rozsiahla, že ju nie je možné zhrnúť do jediného niekoľkostranového prehľadného článku. Narastajúce množstvo publikovaných údajov svedčí o tom, že chlamydiové infekcie urogenitálneho traktu sa stávajú jedným z najzávažnejších problémov súčasnej gynekológie a to v podstatne väčšej miere, ako to prevažná časť odbornej verejnosti pripúšťa.

Literatúra

- Schachter J. Epidemiology of human chlamydial infections. In: Proceedings fourth meeting of the European society for chlamydia research. Helsinki, Finland, August 20.–23., 2000: 331–333.
- WHO. Report on Infectious Diseases 2000.
- Mardh PA. Ascending chlamydial infection in the female genital tract. In: Chlamydial infections. Oriel JD, et al. Cambridge University Press, New York, 1986: 173–184.
- Grossman MB, Saul HM. The role of Chlamydia trachomatis in Bartholin's gland abscess. Am. J. Obst Gynecol. 1998; 158: 576–577.
- Braga V, Badaeva V, Gache D. Epidemiology study of cervicitis with Chlamydia trachomatis in women by RIF. In: Proceedings fourth meeting of the European society for chlamydia research. Helsinki, Finland, August 20.–23., 2000: 463.
- Mårdh PH, Sikström B, Nagy E. Chlamydial infection may explain spotting. In: In: Proceedings fifth meeting of the European society for chlamydia research. Budapest, Hungary, September 1.–4., 2004: 226.
- Yakovleva E, Tolkach N. Particularities of the menstrual function establishment in teenage girls with chlamydial infection. In: Proceedings fourth meeting of the European society for chlamydia research. Helsinki, Finland, August 20.–23., 2000: 448.
- Osser S, Persson K, Liedholm P. Tubal infertility and silent Chlamydial salpingitis. Hum. Reprod., 4, 1989: 280–284.
- Westrom L, Mardh PA. Acute pelvic inflammatory disease. In: Sexually transmitted diseases, Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF. 2 vyd., Mc Graw-Hill, New York, 1990: 593–613.
- Věžník Z, Zospíšil L. Chlamydiové infekce. Vyd. I., IVPZ, Brno, 1997: 163 s.
- Ossewarde JM, Nieuwenhuis RF, Dees J. An outbreak of lymphogranuloma venereum proctitis among men having sex with men in Rotterdam, the Netherlands. In: In: Proceedings fifth meeting of the European society for chlamydia research. Budapest, Budapest, Hungary, September 1.–4., 2004: 226–463.
- Kazár J. Chlamydie a pohlavne prenosné nákazy. Bratisl. Lek. Listy, 1984; 82: 905–1040.
- Stary A. Diagnosis of genital chlamydial infections in the era of amplification technologies. In: Proceedings fifth meeting of the European society for chlamydia research. Budapest, Hungary, September 1.–4., 2004: 61.
- Caldwell HD, Nelson D, Virok D, Wood H, McClarty G. New insights in chlamydial immunology and pathogenesis. In: Proceedings fifth meeting of the European society for chlamydia research. Budapest, Hungary, September 1.–4., 2004: 127.
- Safrin S, Schachter J, Dahrouge D, Sweet RL. Long-term sequelae of acute pelvic inflammatory disease. A retrospective cohort study. Am. J. Obst. Gynecol. 1992; 166: 1300–1305.
- Řezáčová J, Mašata J, Souda I. Chlamydia trachomatis a její podíl na neplodnosti žen. Čes. Gynekol., 1998; 63: 276–279.
- Gencay M, Koskiniemi M, Fellman V, Ammala A, Vaheri A, Puolakkainen M. Chlamydia trachomatis infection in preterm birth. In: Proceedings fourth meeting of the European society for chlamydia research. Helsinki, Finland, August 20.–23., 2000: 285.
- Dimitrakov J, Anavi A, Mikhailova E, Schachter J. Disseminated Chlamydia trachomatis infection in a newborn. In: Proceedings fourth meeting of the European society for chlamydia research. Helsinki, Finland, August 20.–23., 2000: 277.
- Šimko M, Šimko J, Kostolný I. Gynekologický zápal a sexuálne prenosné ochorenia. In: Šuška a kol. Vybrané kapitoly z gynekológie. I. vydanie, Bratislava, Univerzita Komenského Bratislava, 2003: 254 s.