Rzęsistkowica po menopauzie mylona z GSM

U kobiet 45–55 lat trichomonas jest jednym z najczęstszych STI i bywa mylony z „samą menopauzą", BV czy kandydozą; kluczowe są celowane badania, powtórne testy po leczeniu oraz niski próg do screeningu w perimenopauzie.

Epidemiologia i grupa ryzyka

- Około 2% kobiet w wieku rozrodczym ma trichomonas, przy czym rozkład częstości jest **dwuszczytowy**: ok. 4% w wieku 21–22 lata oraz ok. 5,5% w wieku 47–53 lata.
- 70–80% zakażonych kobiet jest bezobjawowych, co sprzyja przewlekłemu utrzymywaniu się infekcji latami.
- Najwyższa zapadalność dotyczy kobiet 45–55 lat; „drugi szczyt" to mieszanka nowych i wieloletnich nierozpoznanych zakażeń oraz zmian w zachowaniach seksualnych i mikrobiomie w okresie spadku estrogenów.

Obraz kliniczny i powikłania

- Typowe objawy: żółto-zielona, często drażniąca wydzielina, świąd, pieczenie, dyspareunia, nieprzyjemny zapach; możliwe krwawienie z kruchych ścian pochwy i krwista wydzielina.
- Zakażenie zwiększa ryzyko nabycia HIV, rzeżączki i chlamydiozy oraz wiąże się z ZUM narządów miednicy mniejszej; w ciąży z przedwczesnym porodem i niską masą urodzeniową.
- Częsta jest koinfekcja z BV, a obraz kliniczny może naśladować genitourinary syndrome of menopause (GSM), DIV i kandydozę; BV wyróżnia brak istotnej reakcji zapalnej (brak wyraźnego zaczerwienienia i licznych leukocytów).

Diagnostyka w gabinecie

- Złoty standard: NAAT z wymazu z pochwy lub moczu – czułość i swoistość bliska 100%.
- Szybkie narzędzia przyłóżkowe:
    - pH pochwy zwykle >4,5 (ale podwyższone pH występuje też w GSM, BV, DIV; prawidłowe pH przy objawach znacząco obniża prawdopodobieństwo trichomonas).
    - Test aminowy (KOH) często dodatni w trichomonas lub BV, ujemny w izolowanym GSM.
    - Mikroskopia świeżego preparatu: ruchliwe trofozoity i zwiększona liczba leukocytów, ale czułość silnie zależna od doświadczenia i liczby drobnoustrojów; brak ruchu szybko po pobraniu sprzyja przeoczeniu.
    - Szybki test OSOM: wykrywa ok. 83% zakażeń (fałszywie ujemne możliwe, fałszywie dodatnie rzadkie).

Leczenie, kontrola i oporność

- Standardowe schematy:
    - metronidazol 500 mg 2× dziennie przez 7 dni,

    - tinidazol 2 g jednorazowo,
    - seknidazol 2 g jednorazowo (w Polsce nie jest dostępny).
- Brak dobrych alternatyw poza tą grupą; w przypadku alergii zaleca się desensytyzację w konsultacji z alergologiem.
- Dane: ok. 10% kobiet po kuracji 7-dniowej metronidazolem 500 mg 2×/d jest dodatnich po 4 tygodniach, a 19% po jednorazowej dawce 2 g; w retrospektywnym badaniu u kobiet ≥45 lat 32% po dawce 2 g metronidazolu było ponownie dodatnich po 90–365 dniach (mieszanka niepowodzeń, reinfekcji i nowych zakażeń).
- Rekomendacja praktyczna: retest ≥3 tygodnie po zakończeniu leczenia (najczęściej 3–4 tygodnie) oraz ponownie po 3 miesiącach; zbyt wczesne testowanie grozi fałszywie dodatnim wynikiem.
- W przypadku utrzymywania się dodatniego wyniku bez ryzyka reinfekcji: metronidazol lub tinidazol 2 g/d przez 7 dni; przy dalszej nieskuteczności i braku reinfekcji w USA zalecano konsultację z CDC i badanie wrażliwości (obecnie dostępność tej usługi jest niepewna).
- Partner(ka) seksualna powinna być leczona równolegle; tam, gdzie to możliwe, warto rozważyć expedited partner therapy.
- Nie ma konieczności unikania alkoholu podczas terapii metronidazolem, tinidazolem czy seknidazolem; wcześniejsze ostrzeżenia nie znalazły potwierdzenia w badaniach.

Kluczowe implikacje dla praktyki ginekologicznej

- U pacjentek 45–55 lat z objawami „waginitis” (GSM, BV, DIV, nawracające „grzybice”) utrzymuj **niski próg** dla testowania w kierunku trichomonas, szczególnie przy podwyższonym pH, dodatnim teście aminowym lub leukocytach w preparacie bez wyraźnych cech BV.
- W każdej sytuacji, w której wykonujesz panel STI, warto włączyć trichomonas – częstość może być zbliżona do chlamydiozy i wyższa niż rzeżączki w niektórych populacjach.
- Przy braku ustąpienia objawów GSM/BV/DIV lub ich nawrotach po prawidłowym leczeniu potraktuj test NAAT na trichomonas jako obowiązkowy krok.
- Planuj rutynowy retest po leczeniu oraz edukuj pacjentki (szczególnie perimenopauzalne) na temat bezobjawowego przebiegu, konsekwencji (HIV, ciąża, PID) i konieczności leczenia partnerów.

Streszczenie:

Trichomonas vaginalis to nie „tylko starzejąca się pochwa”. To jedno z najczęstszych STI w późnej perimenopauzie, często mylone z GSM, BV czy „nawracającą grzybicą” – i w dużej mierze bezobjawowe.

Najważniejsze liczby

- 70–80% zakażonych kobiet nie ma żadnych objawów.
- U kobiet 21–22 lata częstość wynosi ok. 4%, ale drugi, wyższy szczyt pojawia się w wieku 47–53 lata (ok. 5,5%).
- Po standardowym leczeniu metronidazolem 500 mg 2×/d przez 7 dni ok. 10% kobiet pozostaje dodatnich po 4 tygodniach; przy jednorazowej dawce 2 g – ok. 19%.

- W badaniu retrospektywnym u kobiet ≥45 r.ż. aż 32% było ponownie dodatnich 90–365 dni po jednorazowej dawce 2 g metronidazolu (mieszanka niepowodzeń, reinfekcji i nowych zakażeń).

Co to zmienia w praktyce ginekologicznej?

- U kobiet 45–55 lat z „vaginitis" (GSM, BV, DIV, „grzybica") warto mieć niski próg do testowania w kierunku trichomonas – szczególnie przy pH >4,5 (ale tylko ok. 1/3 zdrowych kobiet po menopauzie ma kwaśny odczyn wydzieliny pochwowej), dodatnim teście aminowym i leukocytach w preparacie. pmc.ncbi.nlm.nih
- NAAT z wymazu/moczu powinien być standardem w diagnostyce, a testy przyłóżkowe (pH, aminy, mikroskopia, szybkie testy) raczej służyć do stratyfikacji podejrzenia niż wykluczania.pmc.ncbi.nlm.nih
- Po leczeniu planuj rutynowy retest: 3–4 tygodnie po zakończeniu terapii i ponownie po ok. 3 miesiącach; zbyt wczesne badanie grozi wynikiem fałszywie dodatnim.pmc.ncbi.nlm.nih
- Zawsze lecz partnerów/partnerki; pamiętaj, że mężczyźni częściej samoistnie eliminują zakażenie, więc ujemny wynik u partnera nie wyklucza źródła infekcji.pmc.ncbi.nlm.nih

Dodatkowe „pearls"

- Trichomonas istotnie zwiększa ryzyko nabycia HIV, rzeżączki i chlamydiozy; w ciąży wiąże się z porodem przedwczesnym i niską masą urodzeniową.pmc.ncbi.nlm.nih
- Nie ma potrzeby zakazu alkoholu przy terapii metronidazolem, tinidazolem czy seknidazolem – opisywana „reakcja disulfiramowa" nie znalazła potwierdzenia w badaniach.pmc.ncbi.nlm.nih

1. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2708568/
2. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3586271/
3. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2364407/
4. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11173628/
5. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3875579/
6. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1195594/
7. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7946386/
8. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3897282/