

CİNSEL İLİŞKİ İLE BULAŞAN HASTALIKLAR

Cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklar (CİBH) tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de son yıllarda büyük bir artış göstermektedir. CİBH' in artış nedenleri arasında; eğitim yetersizliği, son yıllarda değişen cinsellik anlayışı ile seksüel aktivitenin erken yaşta başlaması ve artması, göçler, turizm (özellikle cinsellik üzerine kurulu dış turizm anlayışı) ve toplumun sosyo-ekonomik yapısında meydana gelen bozukluklar sayılabilir.

CİBH' m birçoğunda deri ve mukozaların hastalığa birlikte katıldığı gözlenir. Bununla birlikte genital bölgede ülser oluşumu ve genital akıntı cinsel ilişki ile bulaşan hastalıkların en önemli ve ilk akla gelen bulgularındandır. CİBH etyolojilerine göre sınıflandırılabilir:

I-Bakteri

Treponoma pallidum Sifiliz

Haemophilus ducreyi Chancroid

Chlamydia trachomatis Lenfogradüloza venerum

Neisseria gonorrhoea Gonore

Ureaplasma urealyticum Nongonokokkal üretrit

Calymmatobacterium granulomatis Granuloma inguinale (Donovaniasis)

Gardnerella vaginalis Bakteriyel vajinozis

2-Virus

Herpes simplex virüs Genital herpes

Human Papillomavirus Condyloma acuminatum

Poxvirus Molluscum contagiosum

Human immunodeficiency virüs Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

Hepatitis B virüs Viral hepatitis

3-Protozoa

Trichomonas vaginalis Trichomoniasis

Giardia lamblia Giardiasis (homoseksüel erkeklerde)

4-Fungus

Candida albicans Vulvovaginitis, balanitis

5-Ektoparazit

Phthirus pubis Pediculosis pubis (Ane bitlenmesi)

Sarcoptes scabiei Scabies

Genital ülserlerin morfolojik özellikleri ve laboratuvar ile çoğu kez tanıya ulaşmak kolaydır. Ancak infeksiyöz etiyojolojiye sahip bir genital ülserde aynı anda birden daha fazla sayıda CİBH' ı saptama olasılığı (%3-10) gözardı edilmemelidir. Genital bir ülserle yaklaşıırken bazı noktaların gözönünde bulundurulması gerekir. Bunlar; bölgedeki veneriyal hastalıkların epidemiyolojik özellikleri, iyi bir anamnez (ör: hastanın yaptığı geziler ve seks yaşamı mutlak sorgulanmalıdır), genital ülserin klinik özellikleri (ağrı, endürasyon, frajilite, kenar özellikleri vb), bölgesel lenfadenopati ve diğer sistemik muayeneler, laboratuvar testleri (karanlık saha mikroskopisi, sifiliz serolojisi, Tzanc yayması ve HSV-2 serolojisi, kültür, paterji vb) ve gerekirse biyopsi" dir.

Genital akıntı (erkeklerde üretral, kadınlarda vajinal), CİBH' in diğer önemli bir bulgusudur. Akıntının rengi, kıvamı, kokusu vb özellikleri tanı hakkında ipuçları verir. Akıntıdan yapılan KOH, Wet drop preparasyonları, smear ve mikroskopik bakı ve etkene yönelik boyamalar ve kültür tanıda önemli yöntemlerdir. Genital bölgedeki tüm lezyonların eldiven giyilerek muayene edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. SİFİLİZ

Tanım: Türkiye'de Frengi olarak bilinen ve cinsel ilişki ile bulaşan bir hastalıktır. Giriş yerinde ağnsız bir ülser ya da şankr ile başlangıç gösterir ve daha sonra karakteristik sekonder ve tersiyer dönemleri ile sistemik bir enfeksiyon görünümünü kazanır.

Epidemiyoloji: Hastalığın Amerika kökenli olduğu ve Avrupa'ya Christopher Columbus tarafından taşınarak büyük epidemilere yol açtığı düşünülür. Sosyal sınıf farkı gözetmeksizin dünyanın her yerinde gözlenmektedir. Erkeklerde ve cinsel aktivitenin yüksek olduğu 20-40 yaşları arasında daha sıktır.

Etiyoloji: Etken; spiroket grubundan Treponema Pallidum1 dur. Spiral veya tirbuşona benzeyen spiroket kültürde üretilmemiştir. Dış ortama, sabun, deterjan ve antiseptiklere karşı oldukça dayanıksız olan spiroket, kuru ortamda 1-2 dakika içinde ölür, ancak nemli ortamlarda birkaç saat canlı kalabilir.

Hastalığın tanısında en güvenli yöntem spiroket'in görülmesidir. Spiroket'ler, derinin derin katlarında bulduklarından, derinin tahriş edilmesiyle elde edilecek serumda saptanabilirler. Hazırlanan preparat karanlık alan mikroskopunda incelenir. Böylece, koyu ortamda parlak ve hareketli spiroketler görülebilir. Deri belirtisi yoksa büyümüş lenf bezlerinden ponksiyonla elde edilen serumda spiroket aranır (Hoffmann yöntemi).

Bulaşma: Treponema Pallidum, 1. ve 2. devir sifiliz'in bütün deri belirtilerinde bol miktarda bulunur. Üzeri erode olan lezyonlar bulaşmada önemli rol oynarlar. En bulaştırıcı lezyonlar condilomata lata ve papül erosiva'dır. Etken bu dönemlerde hastaların, kan, lenf, salya, idrar, ejakülat, süt ve BOS' dan izole edilebilir. Deri belirtilerinin gözlenmediği (Latent sifiliz) olgular, dikkat çekmemesi nedeniyle bulaştıncılık açısından oldukça risklidirler. 3. Devir sifiliz'de bulaştırcılık azalmıştır ancak, hasta kişinin kanı hala enfektedir.

Akkiz sifiliz en sık cinsel ilişkiyle bulaşır. Ayrıca kan transfüzyonları veya enfekte vücut sıvıları ile bulaşma görülebilir. Spiroketiri organizmaya girebilmesi için deri veya mukozanın, bütünlüğünün bozulmuş olması (yara, ülser, sıyrık vb.) gereklidir. Spiroket, hasta anneden fetusa plasental yolla geçiş gösterirse konjenital sifiliz tablosu ortaya çıkar. Anne, hamileliğinin sonuna doğru enfekte olmuşsa ve bebek spiroketi doğum kanalında alırsa akkiz sifiliz tablosu gelişir.

Seyir: Spiroket'in girişinden ortalama 3 hafta (10-90 gün) sonra giriş yerinde Sifilitik Şankr (Chancr) ortaya çıkar ve bu süre 1. İnkubasyon Dönemi olarak tanımlanır. Şankr çıktıktan sonra başlayan ve 2. Devir'e kadar geçen 6 haftalık süreye 2. İnkubasyon Dönemi denir. Şankr çıktıktan ortalama 2 hafta sonra Serolojik reaksiyonlar pozitifleşir. Bunun önce'si Seronegatif 1. Dönem olarak tanımlanırken, daha sonraki 4 haftalık süre Seropozitif 1. Dönem olarak ifade edilir. Akkiz sifiliz'de, 1. Devir toplam 9 hafta sürerken, genel lenfadenopati ile başlayan 2. Devir ortalama 4 yıl sürer. Deri belirtileri ile birlikte iç organ harabiyetlerinin görüldüğü 3. Devir ise, ortalama 6-7 yıl sürer ve hastalık Nörosifiliz olarak devam eder. Hastalığın devirleri arasında kesin bir sınır yoktur; hastada şankr varken 2. Devir belirtiler ortaya çıkabilir (olguların %18-32'sinde).

Şankr'ın görülmediği konjenital sifiliz'in seyri, akkiz sifiliz'in 2. (Sifiliz Congenita Precoc) ve 3. (Sifiliz Congenita Tarda) devirlerine benzerlik gösterir. Genellikle kan transfüzyonu ile bulaşma sonucu, 1. Devir belirtileri görülmezken 2. Devir belirtileri ile ortaya çıkan tabloya Sifiliz d'Amblee denir.

Sınıflandırma: Bulaşmanın şekline göre Akkiz ve Konjenital olarak iki gruba ayrılır. Her iki grup

çeşitli lezyonlarla karakterize olan dönemlere ayrılırlar.

A-Akkiz Sifiliz B-Konjenital Sifiliz

- 1. Devir Sifiliz (Primer Sifiliz) • Sifiliz Konjenita Prekoks (Erken Konjenital Sifiliz)
- 2. Devir Sifiliz (Sekonder Sifiliz) • Sifiliz Konjenita Tarda (Geç Konjenital Sifiliz)
- 3. Devir Sifiliz (Tersiyer Sifiliz)
- Nörosifiliz

Akkiz sifiliz'in 1. ve 2. devirleri Erken Sifiliz, 3. devir ve nörosifiliz ise Geç Sifiliz olarak tanımlanır. Hastalık, 2. devir sifiliz'in genellikle ikinci yarısında bazen Serolojik test pozitifliği dışında hiçbir klinik belirti göstermez ve bu tablo Latent Sifiliz olarak tanımlanır ve hastalığın yayılmasında önemli rol oynar.

Seroloji: Sifiliz'in erken döneminde tanı spiroket'in direkt görülmesi ile konulursa da, sifiliz olgularının büyük çoğunluğu treponemal ve nontreponemal testlerin kullanılmasıyla tanı alırlar. 1-Nontreponemal (Nonspesifik) Testler: Kolay yapılması ve ucuz olmaları nedeniyle ilk başvuru testlerdir. Fosfolipid yapısındaki (Lipoid) antijenlere karşı gelişen lipoidal antikorların (Reagin) aranması yöntemine dayanırlar. Bu testler sifiliz tanısında %100 özgül değildir. Bu testlerden en yaygın olanları, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) ve

onun modifiye şekli Rapid-Plasma-Reagin (RPR) testleridir. Ülkemizde en yaygın kullanılan VDRL testi, hem kalitatif hem de kantitatif olarak hastalığın tanısı ve seyri ile ilgili bilgiler verir. Bu testler, şankr çıktıktan 2 hafta sonra (spiroketin girişinden 5 hafta sonra) pozitifleşir. Hastalığın dönemlerine göre farklı pozitiflikler verir. Tedaviden sonra titrasyonu düşmeye başlar ve 6-12 ay içinde negatifleşir Bu nedenle hem hastalığın tanısında hem de tedavisinin takibinde kriter olarak kullanılırlar.

Bu testler, sifiliz dışında bazı enfeksiyon hastalıklarında (HIV, Hepatit, Kızamık, Su Çiçeği, Kabakulak, Enfeksiyöz Mononukleoz, Tüberküloz, Lepra, Leptospirozis, Riketsiozis, Mikoplazma, Şankroid, Lenfogradüloza Venerum, Sıtma), kollajen doku hastalarında (SLE, RA, FAN), Multipl Myeloma'da, İV uyuşturucu kullanımında, gebelikde, ileri yaşlarda ve teknik hataya bağlı yalancı pozitiflik verebilir.

2-Treponemal (Spesifik) Testler: Hasta serumunda IgG ve IgM tipinde antitreponemal antikorların gösterilmesi temeline dayanan testler genellikle nontreponemal testleri doğrulamak amacıyla kullanılırlar. Bu testlerden bazıları; Treponema Pallidum Hemagglutination Assay (TPHA), Micro-hemagglutination assay for T Pallidum (MHA-TP), Flourescent-Treponemal-Antibody test (FTA testi), Flourescent-Treponemal-Antibody absorbtion test (FTA-ABS) ve ELISA'dır.

TPHA testi, kolay uygulanması, çabuk sonuç alınması ve ucuz olması nedeniyle sifiliz tanısında en sık başvuru olan testtir. Bu testler, şankr çıktıktan 2 hafta sonra (spiroketin girişinden 5 hafta sonra) pozitifleşir ve hasta tedavi olsa bile yaşam boyu pozitif kalırlar. Bu özelliklerinden dolayı tedavi takibinde kullanılmazlar.

19S-IgM-FTA-ABS, 7S-IgM-FTA-ABS ve IgM-Solid Phase Hemadsorption Assay (IgM-SPHA) testleri ise, hasta serumunda sadece IgM tipinde antitreponemal antikorların gösterilmesi temeline dayanırlar. Bu testler şankr çıktığı zaman pozitifler (Spiroketin girişinden 2-3 hafta sonra pozitifleşirler). Enfeksiyon varlığını gösteren bu testler, tedaviden sonra bir yıl içinde negatifleşirler. Bu özelliklerinden dolayı, tanı, tedavi ve reenfeksiyon değerlendirmelerinde kullanılırlar.

Spesifik testler, sifiliz dışında bazı enfeksiyon hastalıklarında (Lyme hastalığı, EMN, Lepra ve Leptospirozis) ve SLE'da yalancı pozitiflik verebilir.

1. Devir Sifiliz (Primer Sifiliz)

Spiroket'in organizmaya girebilmesi için deri bütünlüğünün bozulmuş olması gereklidir. Etkenin girişinden ortalama 3 hafta sonra ilk belirti ortaya çıkar (1. inkubasyon dönemi). Spiroket'in giriş yerinde inisyel papül olarak tanımlanan, çoğunlukla tek, 3-5 mm çapında, kırmızı kahverenginde, üzeri hafif kepeklenen, ağrısız ve kaşıntısız papül ortaya çıkar. Lezyon süratle etrafa doğru genişler ve ortası ülser olmaya başlar. Yuvarlak veya oval, 1-2 cm çapında, deriden hafif kabarık, üzeri erode ve Sulantılı, et renginde, kenarları zımba ile delinmiş gibi düzgün ve ağsız olan papül; 6-7 gün içinde altına karton sokulmuş gibi sertleşir ve Şankr Sifilitik olarak tanımlanır. Bu dönemde derinin altında sanki bir düğme palpe ediliyor hissi alınır.

Kişide spiroket ile farklı zamanlarda her karşılaşmada giriş yerlerinde yeni şankr'lar ortaya çıkar. Ancak şankr çıktıktan 10-11. günden soma spiroketle karşılaşsa da yeni şankr ortaya çıkmaz. Sifiliz'in bütün dönemleri boyunca geçerli olan bu özelliğe Şankr Bağışıklığı denir.

Şankr; erkeklerde çoğunlukla penis şaftına ve sulcus coronarius' a, kadınlarda ise sıklıkla labia' lara yerleşim gösterir. Cinsel ilişki tercihlerine göre perirektal lokalizasyonlar gözlenebilir. Gonorezi olanlarda intrauretral yerleşim gösterebilir ve kanlı-cerahatli akıntı ile birlikte palpasyonda uretranın sertliği saptanır. Bilinmesi gereken önemli bir nokta, şankr' ın dudak, dil, perioral bölge, meme ve parmak gibi farklı lokalizasyonlar gösterebileceğidir.

Şankr, bazen servix, vagen veya rektum lokalizasyonları gösterir ve norma! muayenede saptanamaz ancak spekulum ile görülür, bu duruma Sifiliz Occulta denir.

Şankr, sekonder enfeksiyona uğramamış veya travmatize edilmemiş ağsız seyir gösterir.
Anal bölge

ve tırnak çevresi lokalizasyonlan ise ağrılıdır. Sekonder enfeksiyona uğramamış şankr, tedavi edilmese

de 4-6 hafta içinde skatris bırakmaksızın iyileşir.

Şankr çıktıktan 8-10 gün sonra bölgesel lenfadenopati ortaya çıkar. Büyümüş lenf bezleri, lastik

kıvamında ve ağsız olup çevre dokulara yapışıklık göstermezler ve yumuşayıp dışarıya açılma

özellikleri yoktur. Lenf nodüllerinden bir tanesi diğerlerine göre daha büyük olup teşbihin imamesine

benzetilir.

Ayıncı Tanı: Şankr'ın sıklıkla genital bölge lokalizasyonu göstermesi nedeniyle bu bölgeye yerleşim gösteren hastalıklarla ayıncı tam yapılmalıdır. Şankroid (Chancroid=Ulcus Molle); çok sayıda, ağnı, yumuşak ve altı dekoledir. Lenf bezleri çevre dokulara yapışıklık gösterir ve dışarıya açılırlar. Bazen ikisi bir arada olabilir, Ulcus Mixtum olarak tanımlanan Bu tabloda ülser çok geniş, derin ve gangrene olmaya yatkındır. Gale (Uyuz); genital bölgede ortaya çıkan Şankr Scabieu' dan gece kaşıntısı ile kolayca ayrılır. Gale, şankr sifilitik ile birlikte olursa bu tabloya Gale Maske denir. Herpes Genitalis; aynı yerde sık nüksler gösteren, ağrı, yanma ve batma gibi sübjektif belirtilerle birlikte Sulantılı veziküllerle karakterizedir. Behçet hastalığı; genital ülser dışında, ağızda aft, iridosiklit ve diğer bulgularıyla ayırt edilebilir. Tüberkülozis Ülseroza Kutis et Mukoza; düzensiz kenarlı, altı oyuk ve frajil ülserlerle karakterizedir.

2. Devir Sifiliz

Şankr çıktıktan 6-8 hafta sonra 2. devir sifiliz'in semptom ve belirtileri ortaya çıkar. Hastalarda grip-benzeri belirtiler (başağnsı, kırıklık, halsizlik, eklem ağrıları ve düşkünlük) gelişebilir. Hafif splenomegali sıklıkla gözlenir. Anemi, lökositoz, relatif lenfopeni ve aitmiş sedimantasyon hızı saptanabilir.

Generalize lenfadenopati, 2. devir' in başlangıcıyla birlikte ortaya çıkar ve haftalarca devam eder. Ağsız, mobil ve lastik kıvamında olan lenf nodülleri çevreye yapışıklık göstermez ve

ülser olup açılmaz. Sıklıkla simetrik dağılım gösterir. Lenfadenopati' nin geliştiği bölgeler sıklık sırasıyla, inguinal, axillar, servikal, epitroklear, femoral ve supraclavicular bölgelerdir.

T. pallidum bütün doku ve organlarda bulunursa da 2. devir' in en belirgin ve karakteristik belirtileri deri lezyonlarıdır. Ancak, bu belirtilerin yeterince tanınmaması ve birçok deri hastalığını taklid etmesi nedeniyle sifiliz' in tanısı ve tedavisi gecikmektedir. Hastaların 1/4' ü şankr anamnezi vermeyebilir ve bazıları da aşağıda tanımlanan belirtilere sahip değildir.

Olguların %80' inde görülen ve Sifilid olarak tanımlanan deri belirtileri genellikle kaşıntısızdır. Erken dönemlerde simetrik yerleşim göstermeye yatkın olan bu lezyonlar, tedavi olsun veya olmasın, skatris bırakmaksızın 4-10 haftada iyileşirler.

Maküler Sifilid (Rozeola Sifilitica): 2. devir' de en erken ortaya çıkan belirtidir. Ekstremitelerin fleksor yüzlerinde ve gövdede simetrik yerleşim gösteren, 1-2 cm çapında yuvarlak veya oval, pembe renkli ve üzeri kepeklenmeyen lezyonlardır. Ortalama 2 ay içinde kaybolan maküller nüks edebilirler ve nüksi rozeol olarak tanımlanırlar. Bazen lezyonların üzerinden makülopapüler veya papüler sifilid' ler gelişebilir. Ayırıcı tanısında, kızıl, kızamık, kızamıkçık, ilaç reaksiyonları ve pitriazis rozea düşünülmalıdır.

Papüler Sifilid (Sifiliz Papüloza): Genellikle maküler lezyonlardan hemen sonra ortaya çıkarlar. Yüz, fleksural bölgeler ve ekstremiteler lokalizasyonlan daha sık olan bu lezyonlar vücudun her yerine lokalize olabilir. Sübjektif belirti vermeyen, deriden kabarık, sert, kırmızı-kahverenginde, yuvarlak veya oval olan bu lezyonlar kepeklenmeye yatkındırlar. Büyüklüklerine göre; küçük (Sifiliz Papüloza Miliaris), orta (Sifiliz Papüloza Lentikularis) ve büyük (Sifiliz Papüloza Nümmularis) olarak 3 grupta toplanabilir. Bu lezyonlar yerleşim yerleri ve büyüklüklerine göre bâzi özellikler gösterirler ve özel terimlerle tanımlanırlar.

1-Sifiliz Papüloza Miliaris (Lichen Sifiliticus): Kıl follikül ağızlarına yerleşmişlerdir. Topluğne başı büyüklüğünde, konik, kepeklenmeye ve gruplaşmaya yatkındırlar.

2-Sifiliz Papüloza Lentikularis: Mercimek büyüklüğünde ve kepeklenmeye yatkın olan bu lezyonlar derinin her yerine lokalize olabilirler ve yerleşim yerlerine göre özel adlar alırlar. Alında saçlı deri sınırına yerleşirlerse taca benzetilerek Corona Veneris adını alır. Dudak köşelerine yerleşirlerse Köşe Papülü, burun kanatlarına lokalize olurlarsa Certificat de Verole denir. Scrotum veya vulvaya yerleşmiş papüllerin üzeri masere ve hafif Sulantılı olabilir, bunlara Papül Erosiva denir. Eliçi-ayak tabanına yerleşmiş sert ve kırmızı kahverenginde papüller, Sifiliz Papüloza Palmaris et Plantaris adını alır. Zamanla üzeri kepeklenen bu papüller Psoriazise benzerler ve Sifiliz Psoriasiformis Palmaris et Plantaris adını alır.

3-Sifiliz Papüloza Nümmularis (Condiloma Latum): Çapları 1-3 cm civarında, üzeri düz ve nemli deri kıvrımlarına lokalize papüllerdir. Anal ve genital bölgede, hipertrofik, dışarıya büyümeye yatkın, üzeri ıslak ve nemli, palpasyonda yumuşak papüllerdir. Vejetasyon göstermemesi ve geniş bir tabana sahip olmasıyla condiloma accuminatum' dan ayırılır.

Püstüler Sifilid (Sifiliz Püstüloza): Olguların %T sinden azında görülen ve papül zemininde gelişen belirtiler olduğundan papülopüstül olarak da tanımlanan belirtilerdir. Genellikle yüz lokalizasyonu gösteren bu lezyonlar gövde ve üst ekstremitelere de lokalize olurlar. Büyüklük ve görünümüne göre iki ayrı tablo şeklinde tanımlanırlar.

1-Acne Sifilitica: Yüz, saçlı deri ve göğüs üst kısmına lokalize papülopüstüler lezyonlardır. Komedon yokluğu ile akne vulgaristen kolayca ayrılır.

2-Sifiliz Ülseroza: Çoğunlukla alkolik ve malnütrisyonlularda, birinci yıl sonlarında görülen ve iyileştiklerinde skatris bırakan lezyonlardır. Çok sayıda, üzeri kalın krutlarla kaplı ülserler görülür. İstiridye kabuğuna benzer şekilde kat kat olan kalın krutlar, Rupia Sifilitica olarak tanımlanır. Kabuklar kaldırıldığında karakteristik zimba ile delinmiş gibi keskin sınırlı ülserler gözlenir. Ektima ile ayırıcı tanı yapılmalıdır.

Ağız Mukozası Lezyonları: En sık görülen belirti, erken dönemde ortaya çıkan rozeollerin mukozal şekli olan Angina Spesifica' dır. Tonsil, yumuşak damak, uvula ve farinx eritemli ve ödemlidir. Larinx lokalizasyonlan ses kısıklığına yol açar. Lentiküler papüller mukozaya yerleşim gösterdikleri zaman Plak Müköz adını alırlar. Masere görünümdeki, üzeri beyaz veya grimsi bir tabaka ile kaplı papüllerin üzeri zamanla erode olabilir. Dile yerleşen lezyonlar papillaların silinmesine neden olurlar. Ağrısız olan bu lezyonlar oldukça bulaştırıcı olup tekrarlama eğilimindedirler.

Pigment Değişiklikleri: Sıklıkla rozeol ve papüllerin yerlerinde ortaya çıkan, keskin sınırlı, çok sayıda, simetrik dağılım gösteren, 1-2 cm çapında ve üzeri kepeklenme göstermeyen hipopigmente maküllere Leukoderma Sifilitica denir. Boyun ve presternal bölge lokalizasyonunda gerdanlığa benzetilerek Colye de Venüs adını alır. Reversibl olan bu renk değişikliği tablosu, tinea versikolor, vitiligo ve lepra' nın maküllerinden ayırd edilmelidir.

Alopecia Sifilitica: Geri dönüşümlü olan bu tablo 3 farklı klinikle karşımıza çıkabilir. Birçok sistemik enfeksiyonun seyrinde olduğu gibi Alopecia Diffusa Sifilitica' da tüm saçlar dökülebilir. Kaşların dış kısmının dökülmesiyle karakterize Sign d'omnibus ise lepra, talyum asetat zehirlenmesinde ve lenfomada da görülmektedir. En karakteristik saç dökülmesi, özellikle kulak arkası ve oksipital bölgedeki saçların 3-5 mm' lik alanlar halinde dökülmesidir. Kısa saçlılarda daha kolay saptanan ve Alopecia Areolaris Specifica (Alopecia en Clariere) olarak tanımlanan tablo, güve yemiş kürk veya yer yer ağaçlan kesilmiş ormana benzetilir.

3. Devir Sifiliz

Deri belirtileri ile birlikte iç organlarda ve parankimada harabiyetlerin başladığı, enfeksiyonun başlangıcından yaklaşık 4 yıl sonra ve tedavisiz olguların %16' sında gözlenebilen tablodur. Geniş spektrumlu antibiyotiklerin yaygın kullanımı hastalığın seyrini etkilemektedir. Hastalığın bu formu bugün için oldukça nadirdir.

Bu dönemde, spiroketlerin virulansitesi azalmıştır ve mikroskopide saptanamaz ancak, hastaların kanı daima enfektedir. En sık tutulan organlar sıklık sırasına göre; deri ve mukoza, kemik, kardiyovasküler sistem, sinir Sistemi ve visseral organlardır. Asimetrik dağılım gösteren ve kronik seyirli olan lezyonlar, oldukça infiltrate, genellikle destrüktiftir ve skatrisle iyileşirler.

Deri belirtileri, maküller (Eritema Tertiaris), Gom Sifilitik ve tüberküller (Nodülo-ülseratif Sifilid) şeklindedir.

1-Eritema Tersiaris: Gövde ve extremitelere yerleşim gösteren, yuvarlak veya oval 2-3 cm veya daha büyük çaplarda, pembe-kırmızı, sınırları belirgin olmayan ve kepeklenme göstermeyen maküllerdir.

2-Gom Sifilitik: Klinikte en çok görülen belirti olup 3. devir' in granüloamatöz bir lezyonudur. En çok alt extremitelerde pretibial lokalizasyon gösteren gom' lar, clavicula, sternum. yüz ve alın gibi derinin kemiğe yakın olduğu bölgelere yerleşirler. Sadece deri kökenli olabildiği gibi subcutan dokudan (kas, kemik, periost ve lenf nodülü, vb) kaynaklanıp açılma döneminde sekonder olarak deriyi tutabilirler. Sifiliz gomu; oluşum, yumuşama, açılma ve iyileşme dönemleri şeklinde seyir gösterir. Gom iyileştikten sonra, skatrisi çevresinde yeni gomlar gelişerek at nalı veya yılankavi dağılım gösterirler. Skatris üzerinde yeni gom oluşmaz bu özelliği karakteristik olup bu durum "sifiliz skatrisine saygılıdır" şeklinde tanımlanır.

Gomlar lokalize oldukları organ ve dokularda harabiyetlere yol açtıklarından; yerleşim gösterdikleri alana göre değişik bulgular ortaya çıkar. Sert damağa yerleşen gomlar perforasyona, nazal septuma yerleşenler kemiğin harabiyetine ve semer burun tablosuna neden olur.

3-Tüberküler Sifilid (Sifilom): Dermal yerleşim gösteren, 1-2 cm çapında, sert, sübjektif belirti vermeyen ve sıklıkla kepeklenme eğiliminde tüberküllerdir. Kırmızı-kahverenginde ve gruplaşma eğilimi gösteren tüberküller, genellikle yüze ve extremitelerin extensor yüzüne yerleşim gösterirler. Lezyonlar ülsere olsun veya olmasın iyileştikleri zaman skatrisle sonlanırlar.

Konjenital Sifiliz

Enfekte anneden plasental yolla fetus'a spiroket'in geçişi sonucunda ortaya çıkan hastalık tablosudur. Konjenital sifiliz'in ortaya çıkışı ve klinik seyri spiroket sayısına, virulansitesine ve bağışıklık durumuna bağlı olup, annedeki sifiliz'in dönemiyle yakından ilgilidir. Anne erken sifiliz'li ise konjenital sifiliz daha sık ortaya çıkmakta ve daha şiddetli seyir göstermektedir. Spiroket, fetusa intrauterin yaşamın 5. ayında girmeye başlarlar. Bazen tüm organlarda harabiyetler yaparak fetus'un ölümüne neden olurlar. Gebeliğin 6-7. aylarında ölü doğum veya düşük şeklinde görülen bu tablo sifiliz fötalis olarak tanımlanmaktadır.

Konjenital sifiliz, erken konjenital sifiliz ve geç konjenital sifiliz olarak iki döneme ayrılır. Serolojik reaksiyonlar sırasıyla akkiz sifiliz'in 2. ve 3. devirlerine benzerlik gösterir. Sifiliz'li bir anneden doğan bebekte enfeksiyonun varlığını gösterecek en uygun test, anneden bebeğe geçmeyen 19SIgM' in varlığının araştırılmasıdır.

Erken Konjenital Sifiliz (Sifiliz Konjenita Prekoks): Yaşamın ilk 2 yılında ortaya çıkan konjenital sifiliz tablosudur. Belirtiler, olguların çoğunda ilk 3 ay içinde görülür. Düşük doğum ağırlıklı veya prematüre olan bebekler irritabl olmaya yatkındırlar. Akkiz sifiliz' in 2. döneminde görülen deri belirtilerine ek olarak aşağıdaki bulgular tanıya yardımcı olur.

Pemphigus Sifiliticus: Genellikle elçi-ayak tabanında, kırmızı-kahverengi infiltrate zemin üzerinde, simetrik dağılım gösteren, grup yapmış vezikül ve büllerle kendini gösterir. Bül sıvısı yoğun spiroket içerdiğinden bulaşmada önemli rol oynarlar.

Corysa Sifilitica (Sifiliz Nezlesi): burunda çift taraflı olarak gözlenen ve bol miktarda spiroket içeren kanlı-cerahatli akıntıdır. Yaklaşık 6-8 hafta devam eden nezle, mukoza, kıkırdak ve kemikte harabiyetlere yol açar. Septum perforasyonu, semer burun veya yonca burun

gelişebilir. Parrot'nun Psödoparalizisi: Bebeklerde uzun kemiklerin osteokondrit'ine veya epifizit' ine bağlı ve hareketle artış gösteren ağrı ile karakterize bir tablodur. Bebek, ağrıdan kaçınmak amacıyla o ekstremitelerini felçliymiş gibi hareket ettirmez. Bebek sallanır veya hareket ettirilirse, ağrıya bağlı olarak bebek ağlar, bu bulguya beşik belirtisi denir.

Geç Konjenital Sifiliz (Sifiliz Konjenita Tarda): 2-3 Yaşından sonra ortaya çıkan ve akkiz sifiliz'in 3. dönem belirtilerinin gözlemlendiği bir tablodur. Gomların yaptığı harabiyetlere bağlı değişiklikler ortaya çıkar. Ek olarak, interstisiel keratit, bilateral nöral sağırılık ve ön kesici dişlerde yarım ay şeklinde çentiklerime görülebilir ve bu tablo Hutchinson Triad' ı olarak tanımlanır. Diğer belirtilerden en önemlileri hidrartroz, periostitis Sifilitica veya osteomyelitis Sifilitica'dır. Tibianın tutulmasına bağlı kemik öne doğru kavis çizer ve bu tablo kılıç .kını tibia olarak tanımlanır.

AIDS ve Sifiliz

Bulaşma yollarının benzerlikleri nedeniyle sifiliz'li olgular HIV enfeksiyonu yönünden araştırılmalıdır. Sifiliz, baskılanmış hücrel immüniteden dolayı artmış komplikasyonlar^ birlikte hızlı seyir gösterir ve birkaç ay içinde geç dönem belirtileri ortaya çıkar. Penisilin tedavisine direnç gösterir ve sık relaps gözlenir. 2. devir, urtikaryen plaklar ve rupia Sifilitica tarzında krutlarla kaplı yaygın ülserlerle karakterizedir. Lezyonlar, kolaylıkla sekonder enfeksiyona uğradıklarından ağrılıdır. Meningovasküler sifiliz tablosu kısa süre içinde ortaya çıkar. Spiroketin saptanamadığı ve Serolojik reaksiyonların negatif olduğu tabloda tanı oldukça güçtür. Bu tablo Malign Sifiliz olarak da tanımlanmaktadır.

Tedavi

Sifiliz, bildiri zorunlu, tedavi ve takibi yönetmeliklerle belirlenmiş bir hastalıktır. Tedavisinde en etkili ilaç Penisilin'dir. Spiroket'in 33 saatte bir bölünerek çoğalır. Bu nedenle Penisilin' in kan düzeyi 0.03 U/ml de tutulmalıdır. Erken sifiliz'de 15 gün, geç sifilizde ise 20 gün süre ile 800.000 U Procain Penisilin/gün uygulanır. Tedavi, Benzatin Penisilin ile yapılacaksa 3 hafta süreyle, 2.4 MU/hafta dozda uygulanması gereklidir. Emilim düzensizlikleri nedeniyle oral penisilinler önerilmez. Penisilin allerjisinde veya direnç söz konusu ise tetrasiklin, eritromisin veya 3. kuşak sefalosporinler kullanılır. Sekonder sifiliz'li olguların ilk tedavisi sırasında dikkatli olunmalıdır. Kanda ve vücut sıvılarında yoğun olarak bulunan spiroketler antibiyotiklerle parçalandığında ortaya çıkan endotoksinleri reaksiyona neden olabilir. İlaç uygulanmasından sonraki 6-8 saat içinde, deri belirtilerinde alevlenme ile birlikte, ateş, çarpıntı, başağrısı, kırıklık ve lenf bezlerinde hassasiyet gelişebilir. Jarisch-Hencheimer reaksiyonu olarak tanımlanan bu tablonun ortaya çıkma riski, ilk tedavi dozunun düşük tutulmasıyla azaltılabilir. Reaksiyon gelişmiş ise analjezikler, şiddetli olgularda steroidler verilir. Sifiliz'de tedavi bittikten sonra 3., 6. ve -12. aylarda, tedavi sonrası negatifleşme özelliklerinden dolayı nonteponeal (VDRL) testler yapılır. Bu testler, 3. ayda yüksek titrasyonda pozitiflik gösteriyorsa bir kür daha tedavi uygulanır. İki tedaviye rağmen nonspesifik reaksiyonlar yüksek derecede pozitiflik gösteriyorsa Serolojik Sekel olarak tanımlanır. Bu durumda yapılacak, 19S-IgM-FTA-ABS testinin negatifliği tedavinin yeterli olduğunu gösterir.