



Şaşırtan Klasikler-

Sifiliz

"Büyük taklitçi"

- Doç.Dr.Funda Şimşek
- SBÜ Okmeydanı EAH Enfeksiyon Hast. Ve Kl.Mikrobiyoloji
- Klimik 2017

Olgu 1 * *Okmeydanı Tıp Dergisi 28(2):115-118, 2012*

- 63Y, E,
- Ateş yüksekliği, vücutta yaygın döküntü, halsizlik, yorgunluk, kas ağrısı, iştahsızlık, kilo kaybı, öksürük ve gece terlemesi
- Döküntü şikayeti 2 gün önce başlamış, diğer şikayetleri üç haftadır mevcut.
- Öz geçmiş ve soy geçmiş: Özellik yok,
- İlaç kullanımı, allerji öyküsü, hayvanla temas, taze peynir tüketme, seyahat etme öyküsü yok.
- Şüpheli cinsel temas tariflemiyor.
- 1 paket/gün sigara (35 yıl) , alkol kullanmıyor.

Olgu 1 -Fizik muayenesinde;

- Genel durumu iyi, bilinci açık, koopere ve oryante.
- **Ateş 38.1°C, N: 102/dk, TA: 110/60 mmHg**
- Servikal ve inguinal bölgede bilateral, ağrısız, sert, 0.5-1 cm çapında birden çok **lenfadenopati**,
- Sağ üst kadranda palpasyonla ağırlı kot altından 3 cm ele gelen **hepatomegali**
- Ekstremitelerde avuç içi ve ayak tabanında belirgin, kaşıntısız, basmakla solan, makülopapüler karakterde **döküntüleri** mevcut.

Olgu 1- Laboratuvar

Hb	10.4 g/dl
Lökosit	4100/mm ³
Trombosit	310000/mm ³
AST	480 IU/L
ALT	530 IU/L
ALP	1390 IU/L
GGT	880 IU/L
T.Bil	0.8 mg/dl
Sedimantasyon	90 mm/h
CRP	85 mg/dl

HBsAg, Anti HBcIgM, Anti HCV, Anti HAV IgM, Anti HIV: Negatif

EBV-VCA IgM, CMV IgM, Rubella IgM; Negatif

Wright testi, Grubel-Widal testi: Negatif

Otoimmün antikorlar: Negatif

Akciğer grafisi: Aktif enfeksiyon bulgusu yok,

Batın USG: Hepatomegali

Hastada VDRL 1/32,

Treponema pallidum hemaglutinasyon testi (TPHA) :

1/1280 titrede pozitif

Periferik yayma ve kalın damla preparatında patolojik özellik saptanmadı.

Balgam Ehrlich-Ziehl-Neelsen boyama: Aside dirençli basil görülmedi.

PPD testi anerjik

Kan, balgam ve idrar kültürlerinde patojen mikroorganizma üremedi.

Olgu 1

- Tüm sistemleri tutabilir,
- Karaciğer tutulumu son derece değişken
- Tüm evrelerde görülebilir.
- **İkinci evrede** ; Sarılık, hepatomegali, sağ üst kadranda ağrı ve hassasiyet,
- Bu evredeki olguların % 1-50'sinde hepatit
- **Üçüncü evrede** sirozla sonuçlanabilen gommatöz hepatit

Patoloji

- Karaciğer tutulumunun patogenezi tam olarak bilinmiyor
- İmmün kompleks aracılı ve
- Direkt portal venöz inokülasyonu

- **Histolojik incelemede;**

- Periportal ve sentrilobüler bölgelerde fokal nekroz

- Kim AY. Bacterial, Parasitic, and Fungal Infections of the Liver, Including Liver Abscess. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ (eds). *Feldman: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, 9th ed. Saunders, An Imprint of Elsevier; 2010, 1351-1369

Sifiliz

- Uzun süreli, izole ALP yüksekliği
 - Normal bilirubin düzeyleri karakteristik
 - Sifilitik hepatitteki karaciğerde oluşan hasara rağmen klinik ve laboratuvar değişiklikler antibiyotik tedavisi ile genellikle normale döner.
 - ALP yüksekliği 3hafta- 4 ay arasında
-
- Albanea Moreno C, Aguilar Urbano VM, Rivera Irigoien R, et al. Syphilitic hepatitis: case report. Rev Esp Enferm Dig 2009;101(11):
 - Noto P, Nonno FD, Licci S, Chinello P, Petrosillo N. Early syphilitic hepatitis in an immunocompetent patient: really so uncommon. Int J STD AIDS. 2008;19:65-66.

Sifiliz

- Karaciğer tutulumu olan olgulara genellikle ;

Döküntü, mukozal lezyonlar ve
generalize lenfadenopatiler eşlik etmektedir.

- Atipik semptomlar, deri döküntüleri, organ tutulumları sifilizin oto immun hepatit ve akut hepatitlerden ayrımını zorlaştırabilir.

Sifiliz

- Sifilitik hepatitin tanısı ;serolojik testler ve diğer hepatit etiyolojilerinin dışlanması ile yapılabilir.

- Sifilizin öykü, semptom ve bulgularının yokluğunda dahi;

Kolestatik hepatit ,
Sebebi açıklanmayan karaciğer fonksiyon testlerindeki
yükseklik olan olgularda ;

ayırıcı tanıda **SİFİLİZ**
göz önünde bulundurulmalıdır.

CASE RECORDS of the MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Founded by Richard C. Cabot

Eric S. Rosenberg, M.D., *Editor*
Jo-Anne O. Shepard, M.D., *Associate Editor*
Sally H. Ebeling, *Assistant Editor*

Nancy Lee Harris, M.D., *Editor*
Alice M. Cort, M.D., *Associate Editor*
Emily K. McDonald, *Assistant Editor*



Case 20-2016: A 50-Year-Old Man with Cloudy
Vision, Hearing Loss, and Unsteadiness

Olgu 2

- 50y, erkek, 3 gündür gelişen bulanık görme, öncesinde şikayeti yok
- Döküntü, eklem ağrısı, hareket kısıtlılığı , yorgunluk,

Olgu 2

- Özgeçmiş: Psöriatik artrit , HIV enfeksiyonu,
- 16 yıl önce retina da yırtık nedeniyle lazer op.
- 10 ay önce P jirovecii pnömonisi nedeniyle HIV enf tanısı konuyor,
- 2 ay önce ART (TDF/ETC, Ritonavir, and Darunavir ve SXT profilaksisi başlanıyor.
- Allerji öyküsü yok, Sigara , alkol, keyif verici madde kullanmıyor

Olgu 2

- ART' den 6 hafta sonra başka bir hastanenin aciline başvuruyor.
- Hipotansiyon, pansitopeni, hiponatremi, ABY, AP yüksekliği,
- CD4 ve kan kortizol düzeyinde düşüklük, Kan kültürlerinde üreme yok,
- Ön tanı: Adrenal yetmezlik, MAC infeksiyonu ve IRIS

Olgu 2

- ART kesiliyor.
- Azitromisin, Rifabutin, ETB, Hidrokortizon, fludrokortizon başlanıyor.
- 2 hafta sonra TDF/ETC, Ritonavir, and Darunavir tekrar başlanıyor.
- FM; şuur açık, yer zaman kişi oryantasyonu normal,
- N:91/dk, TA: 121/77 mmHg, O2 sat: %91

Olgu 2

- Göz muayenesinde; görme keskinliđi ;
 - sağ göz 20/30
 - sol göz 20/30
 - Işığ refleksi: normal,
 - Fundus muayenesi normal
-
- Hemogram, sedimantasyon, biyokimyasal testler normal,
 - Topikal prednisolon ile taburcu

Olgu 2

- 5 gün sonraki kontrolde;
- Bulanık görme devam ediyor
- İşitme kaybı, denge bozukluğu,
- Göz muayenesinde;
- Anizokori,
- Fundoskopide anterior ve posterior sineşiler
- Tüm vücutta eritematöz plaklar,
- Borrelia burgdorferi antikoru pozitif, HLA pozitif, ANA: negatif
- Topikal steroidde devam, oftalmik sitopentolat (psöriatik artrit ilişkili iritis)

Olgu 2

- 7 gün sonra KBB konsültasyonu;
 - Odyogram: her iki kulakta hafif sensorinöral işitme kaybı
 - Sağ gözde yeni ortaya çıkan bulgu nedeniyle tekrar ilk takip edildiği hastaneye dönüyor,
-
- OCT- Floresan anjiografi;
 - Panüveit, retinit,
 - Tekrar istenen *Borrelia burgdorferi* antikoru negatif

- Ayırıcı Tanı

- Psöriatik artrit, HIV enfeksiyonu,

- ART, MAC tedavisi,

Psöriatik artritte beklenen;

- HLA B27pozitif,
- Klinik bulgular
- Üveit bu hastalarda yaygın
- Nongranülamatöz anterior üveit (anterior kamara)
- Maküler ödem
- İşitme kaybı,

Psöriatik artrit ile uyumsuz

- Granülamatöz Panüveit (anterior kamara ve vitröz boşluk-
- Maküler ödem yok
- Denge bozukluğu

HIV enfeksiyonunda beklenen

- Retinal mikroanjiopati

HIV enfeksiyonu ile uyumsuz

- Aktif HIV ilişkili aktif fırsatçı enfeksiyon yoksa Panüveit veya retinit yapmaz,
- İmmünsuprese hastada P.jirovecii ve MAC enf. multifokal koroidite neden olur bu hastanın bulguları ile uyumlu değil,

Tedaviye baėlı yan etki?

- IRIS veya toksik etkiye baėlı üveit olabilir,
 - IRIS e bağlı üveit nadir ancak CMV ye bağlı retinit öyküsü varsa olabilir,
 - IRIS üveitinde retinal inflamasyon beklenir,
 - Hastada bu bulgular mevcut değil,
-
- Rifabutin etkisi,
 - Hipopiyon yapar(anterior kamarada lökosit görölmesi)
 - Retinal tutulum yapmaz,

Olgu 2

- VDRL pozitif; 1/128
- TPHA pozitif

- Sekonder sifiliz
- Nörolojik
- Oftalmik,
- Otolojik

Olgu 2

- LP;
- BOS
- 75 lökosit,
- protein: 142 mg/dl (15-45)
- BOS VDRL pozitif :1/4

Tartışma

- Okuler ve otosifilizi olan tüm hastalara LP yapılmalı,
- Antibiyoterapi gecikmemeli,
- BOS bulgularının normal olması Nörosifili ekarte ettirmez,
- 10-14 gün iv Penisilin tedavisi
- Tedaviye cevap takibi için 6 ay sonra BOS kontrolü

- Sifilizde oküler tutulum ;
- Anterior üveit veya panüveit(granülamatöz), retinit, retinal vaskülit, vitreit, papillit,
- Fotofobi, görmede bulanıklık, görme kaybı
- Tedaviyle tüm semptomlar düzelir.

2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines

- Sifilitik üveit ve diğer göz tutulumları (nöroretinit ve optik nörit) nörosifilizle beraber olabilir
- Tüm oküler sifiliz vakalarında LP yapılmalı(nörolojik tutulum yoksa dahi)
- Göz doktoru ile beraber takip edilmeli,
- Nörosifiliz için önerilen tedavi uygulanmalı
- (BOS normal olan durumlarda da)
- Eğer BOS Bulguları da varsa tedaviye cevap takip edilmeli

- Yapılan birçok çalışmada; HIV ve sifiliz ile koinfekte hastalarda, HIV infeksiyonunun erken günlerinden itibaren sifilize yönelik önerilen tedavi rejimleri alsalar dahi hastalarda, nörosifiliz oranı ve nörosifiliz relaps riski artmaktadır.

- *Gordon SM et al. The response of symptomatic neurosyphilis to high-dose intravenous penicillin G in patients with human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med 1994; 331: 1469-73.*
- *Walter T et al. Symptomatic relapse of neurologic syphilis after benzathine penicillin G therapy for primary or secondary syphilis in HIV infected patients. Clin Infect Dis 2006; 43:787-90.*

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu- HIV/AIDS Tanı Tedavi Rehberi-2013

- Sifiliz için serolojik testleri reaktif olup, nörolojik, **oküler belirti ve bulguları olan** ve latent sifiliz (>1 yıl) evresinde olan kişilerde daima **lomber ponksiyon yapılmalıdır**.
- Bazı rehberler, kanda **yüksek titrede RPR pozitifliği (>1:32)** bulunması durumunda veya sifiliz evresinden bağımsız olarak **CD4 T lenfosit sayısı < 350/mm³** ise **lomber ponksiyon** yapılarak nörosifilizin dışlanmasını önermektedirler.

Sifiliz Epidemiyoloji

- Dünyada her gün 1 milyondan fazla CYBE oluşmakta
- Tüm dünyada **2012'de 15-49 yaş grubunda tahminen 357 milyon** yeni, tedavi edilebilir CYBE olgusu meydana gelmiştir.

Bu olguların;

- 131 milyonu klamidya
- 78 milyonu gonore
- **6 milyonu sifiliz**
- 142 milyonu trikomoniyaz

- Son 30 yılda tüm dünyada sifiliz insidansında artış
- 2012 yılında tahminen 930.000 maternal sifiliz enfeksiyonu
 - Ölü doğum,
 - Neonatal ölüm,
 - Preterm doğum,
 - Enfekte yeni doğanlar

350.000 istenmeyen sonuç

Sifiliz

- Gelişmekte olan ülkelerde insidansı yüksek,
- Gelişmiş ülkelerde daha çok düşük sosyoekonomik çevrelerde, cinsel aktif gençler ve genç yetişkinler arasında belirgin,
- Homoseksüel (özellikle HIV+ olan) erkeklerde insidansı artıyor
- Cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonlar için de geçerli olduğu gibi; sifilizin toplumda yayılma eğilimi HIV'in yayılma eğiliminin bir göstergesi olarak kabul edilebilir*

*Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR 2010;59 (RR-12):26-40.

Sifiliz, Türkiye

- Ülkemizde sifiliz, bildirim zorunlu
- CYBE vaka tanımı ve bildirim yetersiz
- Türkiye'de 2003 yılında 3774 sifiliz olgusu tanımlanmış,
- **T.C.Sağlık Bakanlığı 2006 verilerine göre** sifiliz insidansı yüzbinde 5.2'dir,
- * Vakaların çoğu 3 büyük şehirdendir.

Sifiliz

- Etkeni *Treponema pallidum*
- Spirochaetaceae ailesine mensup
5-20 mikron uzunluğunda bir spiroket
- * Gram boyası ile boyanmaz. Giemsa ile boyanabilir.
Kültürde üretilemez .
- Işık mikroskopu ile görülemez, Karanlık saha mikroskopuyla görülebilir,
- Dış etkenlere dirençsiz, kuruluğa, antiseptiklere, ısıya duyarlı

Sifiliz- Bulaşma

- Cinsel temas
- Kan yoluyla
- Konjenital
- Kongenital sifiliz;
 - Fetusun uterus içinde infekte olması / Doğum sırasında
- **Bulaş**; primer , sekonder ve erken latent dönemde
- Sağlam mukoza, travmatize deriden,
- Epiteldeki küçük sıyrıklardan kolayca girer.

Sifiliz

- 1. Edinsel Sifiliz

- a) *Erken Sifiliz*

- b) *Latent Sifiliz*

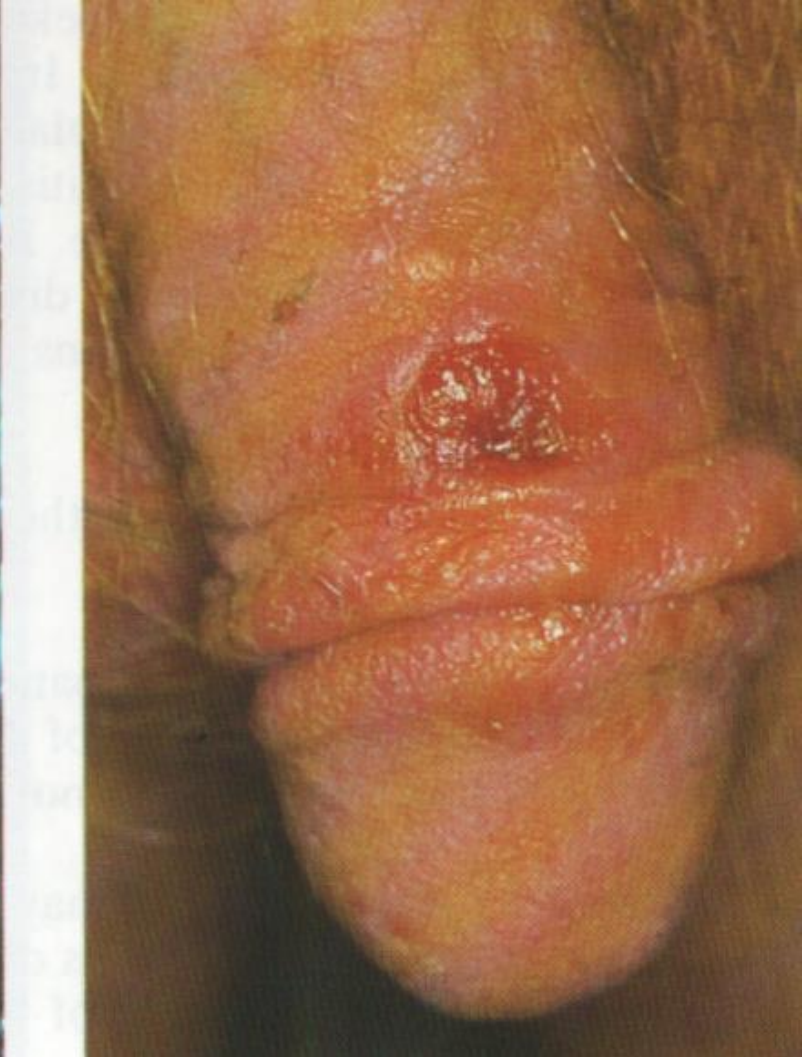
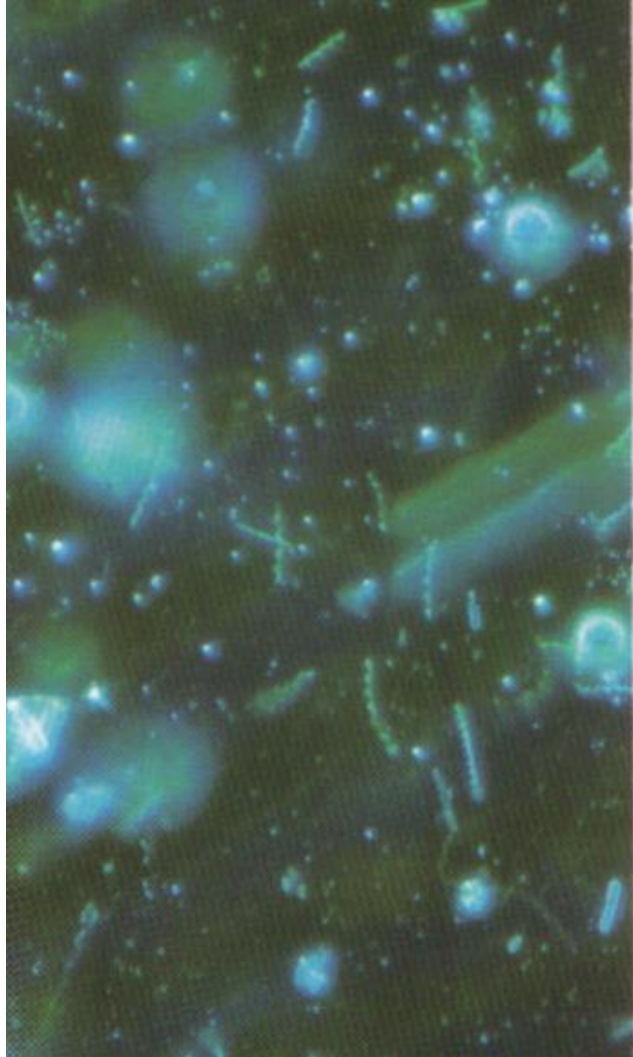
- c) *Geç Sifiliz (tersiyer sifiliz)*

- 2. Konjenital Sifiliz

- *a) Erken Sifiliz*

- i) Primer*

- Karakteristik lezyonu **şankr**
- Ortalama 21 (3-90) günlük kuluçka dönemi sonra giriş yerinde makül, papül, takiben şankr ,
- Yuvarlak, 0.5-3 cm çapında, zemini sert ve seröz akıntılı, **ağrısız ülser**
- **Genelde genital bölgede, tek**
 - Bir hafta kadar sonra bölgesel lenfadenopati
 - Şankr 3-6 hafta içinde kendiliğinden iyileşir



a) Erken Sifiliz

- ii) Sekonder

- 6 hafta-6 ay arası süren asemptomatik dönem,
- Sekonder evre **en yüksek derecede spiroketemi** olan evre



- Genel infeksiyon belirtileri ortaya çıkar
 - **yaygın döküntüler**,
 - maküler, makülopapüler, püstüler, bilateral, simetrik
- Avuç içi ve ayak tabanındaki döküntüler sifilizi düşündürmeli

- Generalize lenfadenopati 2-6 haftada kendiliğinden iyileşir.
- Özellikle **epitroklear lenfadenopati** sifilizi düşündürmeli
- Alopesi
- **Condyloma lata**
- Nörolojik tutulum,
- Artrit, osteit, sinovit
- Hepatit
- Otit
- Üveit, iritis, konjonktivit
- GN

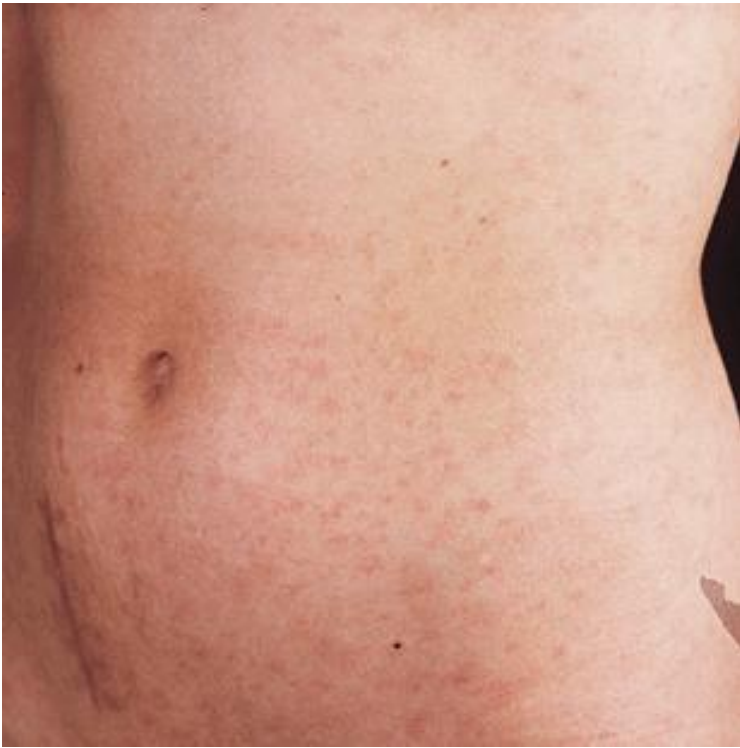
- Ayırıcı tanı;

- Pitriazis rosea

- İlaç döküntüleri

- İnfeksiyöz mononükleoz

- Liken planus



Sekonder Sy

1. EDİNSEL SİFİLİZ

b) Latent Sifiliz:

- Sifilize özgül testler pozitif ama klinik bulgular yok
- Hastaların % 60-70' inde yaşam boyu sürer
- %30-40' ında kısa zamanda geç dönem sifiliz belirtileri oluşur
- Erken latent dönem (Sekonder sifilizden sonraki 1 yıl)
- Geç Latent dönem (>1 yıl)

1. EDİNSEL SİFİLİZ

c)Geç Sifiliz:

- Başlangıç infeksiyondan 3-5 yıl sonra ortaya çıkar
- Tüm organlarda belirtiler verir
- Yavaş ilerleyen inflamatuvar bir hastalık
- **Klinik manifestasyonları**
 - Nörosifiliz
 - Kardiovasküler sifiliz
 - Gommatöz sifiliz

1. EDİNSEL SİFİLİZ

- Nörosifiliz
- Her döneminde SSS tutulumu olabilir,
- Kranial sinir tutulumları, menenjit, mental değişiklikler, işitme ve görme bozuklukları erken dönemde görülebilir,
- Meningovasküler tutulum; Menenjit
- Parankimal tutulum; Tabes Dorsalis, parezi
- Tabes dorsalis ve parezi enfeksiyondan 10-30 yıl sonra gelişebilir.

Nörosifilizde BOS Bulguları

- **Asemptomatik nörosifiliz;**
- BOS : <100 /mm³ lökosit,
Lenfositik pleositoz
Protein normal /hafif yüksek
- BOS da VDRL pozitif
- **Meningovasküler nörosifiliz;**
- BOS : 100-500 /mm³ lökosit,
Lenfositik pleositoz
Protein yüksek(45-200 mg /glukoz düşük)

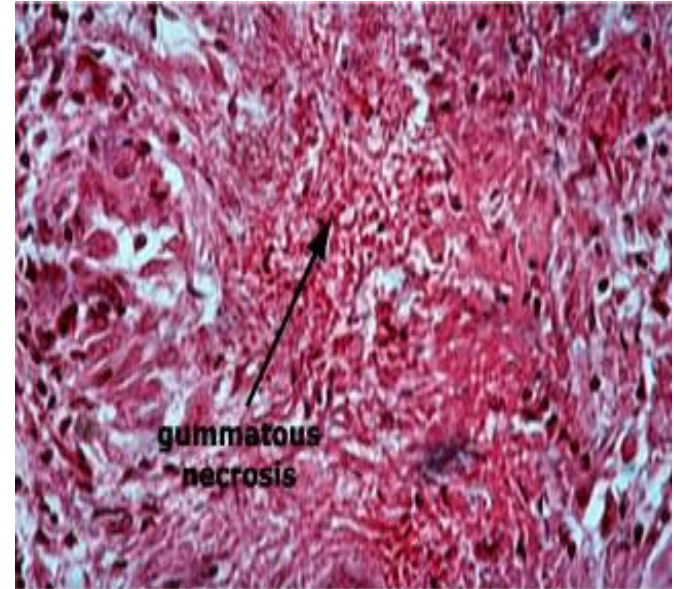
1. EDİNSEL SİFİLİZ

Kardiyovasküler Sifiliz

- Tedavi edilmeyen olguların %10-15 inde,
- Primer enf.dan 15-30 yıl sonra
- Primer patoloji **endarteritis obliterans**
- En sık ascendan aorta
- Grafide aortada kalsifikasyon

1. EDİNSEL SİFİLİZ

- *Gommatöz Sifiliz*
- Geç benign sifiliz
- Granülomatöz lezyonlara gom adı verilir.
- Tüm organları tutabilir,
- Sifilitik gom etkene kronik inflamatuvar bir yanıt olarak ortaya çıkan granülomatöz lezyonlardır.
- En sık kemik, cilt, karaciğer



Gommatöz lezyonlar

2. KONJENİTAL SİFİLİZ

- Erken konjenital sifiliz ; 0-2 yıl arası
- Geç konjenital sifiliz ; >2 yıl

- Enfeksiyonun geçişi evreye göre değişir;
 - Primer sifilizde %100
 - erken latent sifilizde %40
 - geç latent sifilizde %10

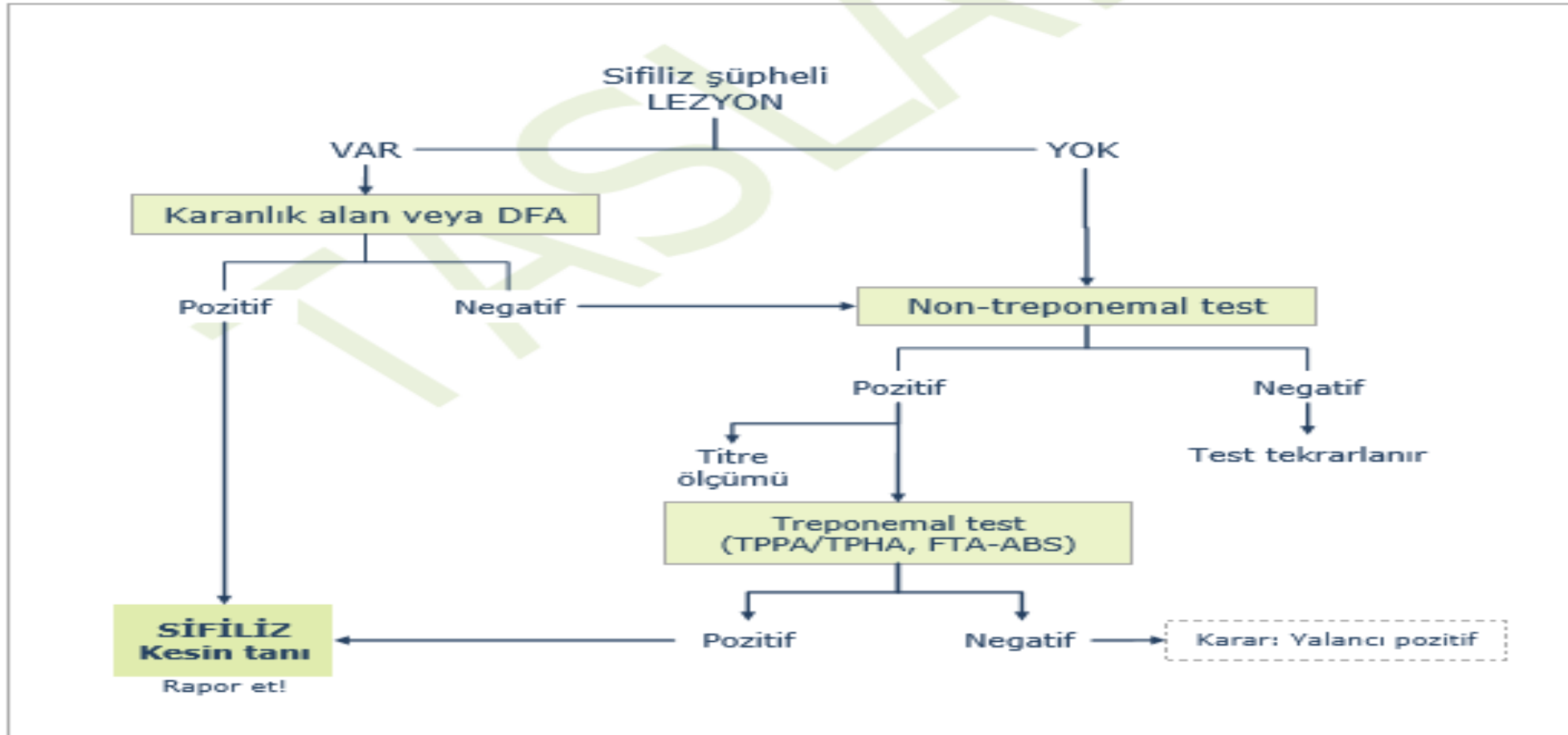
Sifiliz Tanı

- Mikroskopik incelemeler
- Histopatolojik inceleme
- Serolojik testler
- Primer, sekonder ve erken konjenital sifilizde karanlık saha mikroskopisi
- Şankr, Condiloma lata, Müköz lezyonlar bol spiroket içerir

Mikroskopik inceleme - (Karanlık alan mikroskopisi)	30 dk	<p>Şüpheli lezyonlardan (ağız ve anorektal bölge lezyonları hariç) yapılan taze preparatlarda hareketli treponemaların görülmesi - “kesin tanı” bulgusudur! (bkz. Şekil 1)</p> <p>Ağız içi ve rektal bölge florasında bulunabilen non-spesifik treponemalar yanlış pozitifliklere neden olduğu için bu bölgelerde görülen lezyonlardan karanlık alan incelemesi yapılmaz!</p>
Direkt Floresan Antikor Testi (DFA-TP)	Gün içinde	<p>DFA-TP testi patojen olan ve olmayan treponemaların ayırımını sağlayabildiği için tüm örneklerle (ağız içi ve rektal bölge örnekleri dahil) uygulanabilir.</p> <p>Lezyon eksudaları veya dokulardan hazırlanan preparatlarda floresan boyalı treponemaların görülmesi- “kesin tanı” bulgusudur!</p>
Seroloji - Non-treponemal testler: VDRL, RPR	Gün içinde	<p>VDRL ve RPR duyarlılığı yüksek tarama testleridir. Yalancı pozitiflik ve negatiflik beklenen durumlar olduğundan, pozitif sonuçlar doğrulanmalıdır (bkz. Şekil 1).</p> <p>Pozitif sonuçlar titre edilerek verilmelidir. Titre takibi aynı laboratuvarında, aynı yöntemle yapılmalıdır.</p> <p>Primer sifiliz döneminde şankr oluşumundan sonra 1-4 hafta içinde pozitif hale gelirler. Sekonder dönemde en yüksek titreye ulaşırlar.</p> <p>BOS incelemesinde <i>yalnızca</i> VDRL kullanılır. Nörosifilizde BOS’da VDRL (+)’liği oldukça özgüdür. Ancak VDRL (-)’liği nörosifilizden uzaklaştırmaz. Serum VDRL/RPR sonucunun da pozitif olması beklenir.</p> <p>Bu testler hastalığın aktivitesi ve tedaviye yanıtın takibinde de kullanılırlar ve titrede en az 2 dilüsyonluk azalma tedavi başarısı yönünden anlam taşır.</p>
Seroloji – Treponemal testler: TPHA, TPPA, FTA-ABS, FTA-ABS IgM, Western blotting	1-2 hafta*	<p>Özgüllüğü yüksek doğrulama testleridir. Hayat boyu reaktif kalırlar; tedaviye yanıtı takipte kullanılmazlar.</p> <p>FTA-ABS IgG ve Western-blotting erken dönem sifilizde en duyarlı yöntemlerdir. Nörosifilizde BOS FTA-ABS (+)’liği oldukça duyarlı ancak özgüllüğü düşüktür.</p> <p>FTA-ABS IgM, Western-blotting konjenital sifiliz tanısında kullanılırlar.</p>
PCR	1 gün*	Nörosifilizde az sayıdaki treponemal yapıları saptamak amacıyla kullanılabilir. Konjenital sifilizde serolojik testlerin yetersiz kaldığı durumlarda kullanılabilir.

Sifilizin
(*Treponema pallidum* enfeksiyonunun)
Mikrobiyolojik Tanısı

Erken sifilizde rutin tanı akış şeması



SİFİLİZ - Klinik Tanımlama

Bir kişide, şu evrelere göre değişen semptom ve bulgularla karakterize hastalıktır.

- **Primer sifiliz:** Genellikle dış genital organlarda bir ya da daha çok sayıda ülserasyon (şankr) ve lokal lenfadenopati (LAP),
- **Sekonder sifiliz:** Dermatolojik ve sistemik (el ve ayak tabanı dahil simetrik makulopapüler döküntü, püstüler lezyonlar, mukoz patch ve generalize LAP ve/veya menenjit, renal, hepatik, oftalmik) tutulum
- **Tersiyer sifiliz:** Asemptomatik veya dermatolojik ve sistemik (meningovasküler/kardiyovasküler tutulum ve/veya gommatöz lezyonlar ve/veya pareziler, tabes dorsalis) tutulum.

- BULAŞICI HASTALIKLAR SÜRVEYANS VE KONTROL ESASLARI YÖNETMELİĞİ
- Resmi Gazete:30.5.2007 - 26537

Sifiliz Tanı

- Non-treponemal tarama testlerinden (VDRL, RPR) biri ile elde edilen pozitif serolojik bulgunun TPHA ya da FTA-ABS ile doğrulanması ve/veya
 - Genital ülser veya sekonder sifiliz evresi döküntülü lezyonlarından **karanlık alan mikroskopisinde** veya **DFA** ile mikroorganizmanın görülmesi
- BULAŞICI HASTALIKLAR SÜRVEYANS VE KONTROL ESASLARI YÖNETMELİĞİ
 - Resmi Gazete:30.5.2007 - 26537

- Kesin vaka:

- Laboratuvar kriterleri ile doğrulanmış erişkin olgular veya
- Laboratuvar kriterleri ile doğrulanmış serolojik pozitif bebek (gebelikte annenin serolojik olarak pozitif olup olmadığına bakılmaksızın).

VDRL/RPR

- VDRL ve RPR duyarlılığı yüksek tarama testleridir.
- Primer sifiliz döneminde şankr oluşumundan sonra 1-4 hafta içinde pozitif,
- Sekonder dönemde en yüksek titreye ulaşır.
- BOS incelemesinde yalnızca VDRL kullanılır.
- Nörosifilizde BOS'da VDRL (+)'liği oldukça özgüldür.
- Serum VDRL/RPR sonucunun da pozitif olması beklenir.
- Hastalığın aktivitesi ve tedaviye yanıtın takibinde ,
titrede en az 2 dilüsyonluk azalma tedavi başarısı yönünden anlamlı

Klinik Evre	Tedavi	
Primer -Sekonder Sifiliz	Benzatin Penisilin G 2.4 milyon Ü İM tek doz	Allerji varsa Doksisiklin, tetrasiklin, tolere edilemezse seftriakson
Erken latent Sifiliz	Benzatin Penisilin n G 2.4 milyon Ü IM tek doz	Benzatin Pen G, Amoksisilin,diğer antibiyotiklerin ek doz verilmesinin etkinliği artırmıyor(HIV koenfeksiyonu hariç)(CDC)
Geç latent veya dönemi bilinmiyorsa	Benzatin penicillin G 2.4 milyon Ü /hf /3 hafta süreyle	
Tersiyer Sifiliz	Benzatin penicillin G 2.4 milyon Ü /hf /3 hafta süreyle	BOS bulguları normal
Nörosifiliz veya oküler sifiliz	Kristalize penisilin 18-24 milyon Ü /gün, 4 saatte bir 3-4 milyon Ü- 10-14 gün	

- Teşekkür ederim