



Cinsel Yolla Bulaşan İnfeksiyonlar Tedavi Rehberlerinin Olgu Temelli Değerlendirilmesi

Dr. Elif M. Sarıcaoğlu

- Cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar hayat kalitesini etkileyen, ciddi hastalık, komplikasyon ve ölüm ile sonuçlanabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur.
- '**Cinsel yolla bulaşan hastalıklar**' infeksiyöz bir ajana bağlı gelişen hastalık durumu
- '**Cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar**'(CYBİ) terimi cinsel temas yolu ile hastalığa neden olan patojenleri tanımlamaktadır (kullanılması önerilen ✓)
- Tedavi planlamasında lokal hastalık prevelansı ve direnç profilleri önemli
- Klinik pratiğimizde sık karşılaştığımız olgu örnekleri ile güncel tedavi örnekleri üzerinden değerlendirmeler yapılacaktır

STIs REMAIN COMMON AND COSTLY TO THE NATION'S HEALTH

STIs IN 2018
(PREVALENCE)



Nearly 68 million infections

ANNUAL NEW STIs IN 2018
(INCIDENCE)



26 million
STIs acquired in 2018

DIRECT LIFETIME MEDICAL COSTS
OF 2018 NEW STIs



Nearly
16 billion
Total medical costs
(in 2018 dollars)

NEARLY HALF OF ALL NEW INFECTIONS OCCUR AMONG NATION'S YOUTH

America's youth shoulder a substantial burden of sexually transmitted infections.

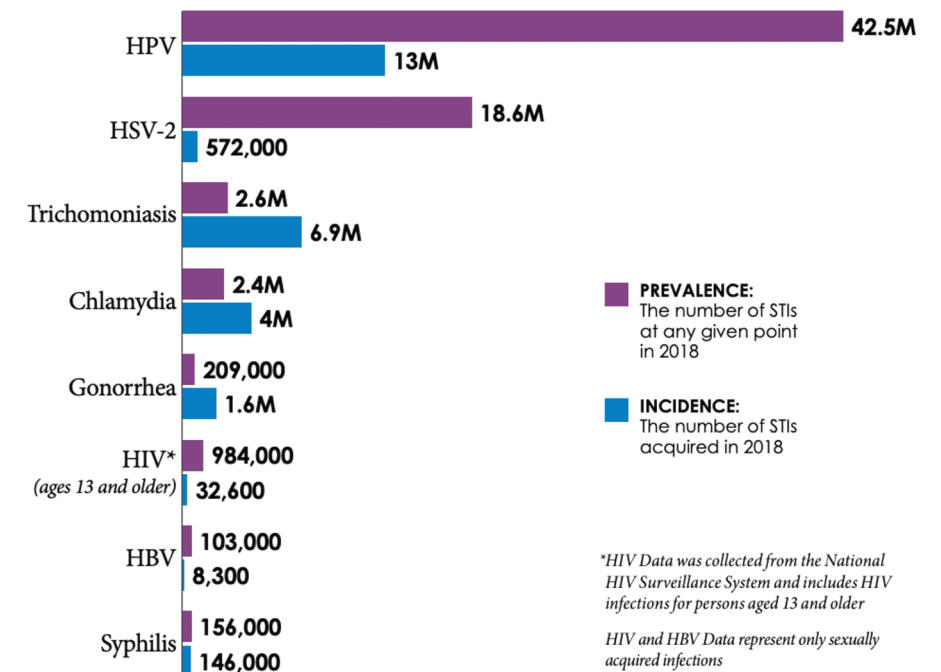
Nearly half (45.5%) of all new STIs in the country occur among young people (ages 15-24).



1. Kreisel, KM, et al., Sexually transmitted infections among US women and men: Prevalence and incidence estimates, 2018. Sex Transm Dis 2021; in press.

LATEST CDC ESTIMATES REVEAL NEARLY 68 MILLION STIs IN THE U.S., AND MORE THAN 26 MILLION NEW INFECTIONS

Estimated number of new and existing sexually transmitted infections



Sexually transmitted infections (STIs)

22 November 2021

Key facts

- More than 1 million sexually transmitted infections (STIs) are acquired every day worldwide, the majority of which are asymptomatic.
- Each year there are an estimated 374 million new infections with 1 of 4 STIs: chlamydia, gonorrhoea, syphilis and trichomoniasis.
- More than 500 million people aged 15 to 49 years are estimated to have a genital infection with herpes simplex virus (HSV) (1).
- HPV infection is associated with 570 000 cases of cervical cancer in 2018, and over 311 000 cervical cancer deaths each year (2).
- Almost 1 million pregnant women were estimated to be infected with syphilis in 2016, resulting in over 350 000 adverse birth outcomes including 200 000 stillbirths and newborn deaths (3).
- STIs have direct impact on sexual and reproductive health through stigmatization, infertility, cancers and pregnancy complications and can increase the risk of HIV.
- Drug resistance, especially for gonorrhoea, is a major threat to reducing the burden of STIs worldwide.



Health Topics ▾

Countries ▾

Newsroom ▾



Recommendations and Reports / Vol. 70 / No. 4

Morbidity and Mortality Weekly Report

July 23, 2021

Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. 2021



GUIDELINES



GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF SYMPTOMATIC SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

JUNE 2021

Olgu 1

- 18 yaş erkek
- Bilinen ek hastalık yok
- 2 haftadır pürülan üretral akıntı ve dizüri—öncesinde hastaneye başvurmamış
- 3 gün önce penil deride yeni gelişimli ağrılı nodüler oluşum, progrese
- Çoklu korunmasız heteroseksüel ilişki öyküsü
- FM:
 - Genel durumu iyi, ateş yok
 - Üretral meatus hafif kızarık, pürülan üretral akıntı+, penil deride 1.5 cm'lik abse oluşumu
- Laboratuvar parametreleri ve tam idrar tetkiki bulguları normal
- Anti-HIV ve VDRL negatif
- Abse ve üretral akıntı örneklerinden yapılan gram boyamada PMNL ve gram negatif koklar
- Tedavi?

Olgu 2

- 33 yaş erkek
- Bilinen ek hastalık yok
- 10 gündür üretral akıntı ve kaşıntı
- Şüpheli cinsel temas öyküsü + , takibinde şikayetleri başlamış
 - Eşinin de akıntısı mevcut
- FM: Patolojik bulgu yok
- Laboratuvar parametreleri normal, TİT'de lökosit esterazı pozitif, mikroskopik bakıda her alanda 10-15 lökosit, idrar kültüründe üreme yok
- Anti-HIV ve VDRL negatif
- Üretral akıntı gram boyamasında her alanda 5-6 lökosit +, m.o görülmedi
- Tedavi?

Üretral akıntı sendromu

- Erkeklerde sıklıkla etken;
 - *N. gonorrhoeae* ve/veya *C. trachomatis*
 - Nongonokoksik ve nonklamidyal *M. genitalium* ve *T. vaginalis*
- Her patojenin prevelansı coğrafi bölgeye ve popülasyon grubuna göre değişiklik gösterir
- Semptomlar; üretral akıntı (mukoid, mukopürülan, pürülan) +/- dizüri, kaşıntı
- Tanı;
 - POC testler
 - Gram, metilen mavisi, gentiyan viyole boyama mikroskopisi
 - NAAT
 - İlk akım idrar ya da üretral sürüntü
 - Tedavi başarısızlığında kültür ve antimikrobiyal duyarlılık yapılmalı

- Üretral akıntıda hücre içi gram negatif diplokokların görülmesi gonokokkal infeksiyon varlığını gösterir ancak sıklıkla buna klamidyal infeksiyon da eşlik eder
 - *N. gonorrhoeae* ve *C. trachomatis* açısından NAAT ile test edilmelidir
- Nongonokoksik üretrit (NGÜ); mikroskopik olarak üretral akıntıda inflamasyon varlığına rağmen gram negative diplokokların görülmemesidir
 - *N. gonorrhoeae* ve *C. trachomatis* açısından NAAT ile test edilmelidir
 - %15-40 *C. trachomatis* (prevelans yaş ile değişkenlik gösterir, ileri yaş grupta daha düşük oranda)
 - %15-25 *M. genitalium*
 - %1-8 *T. vaginalis*
- Tedavi; her iki rehberde de test yapabilme imkanı yok ise gonokok ve klamidya her ikisine de etkili olacak şekilde tedavi verilmesi önerilmekte

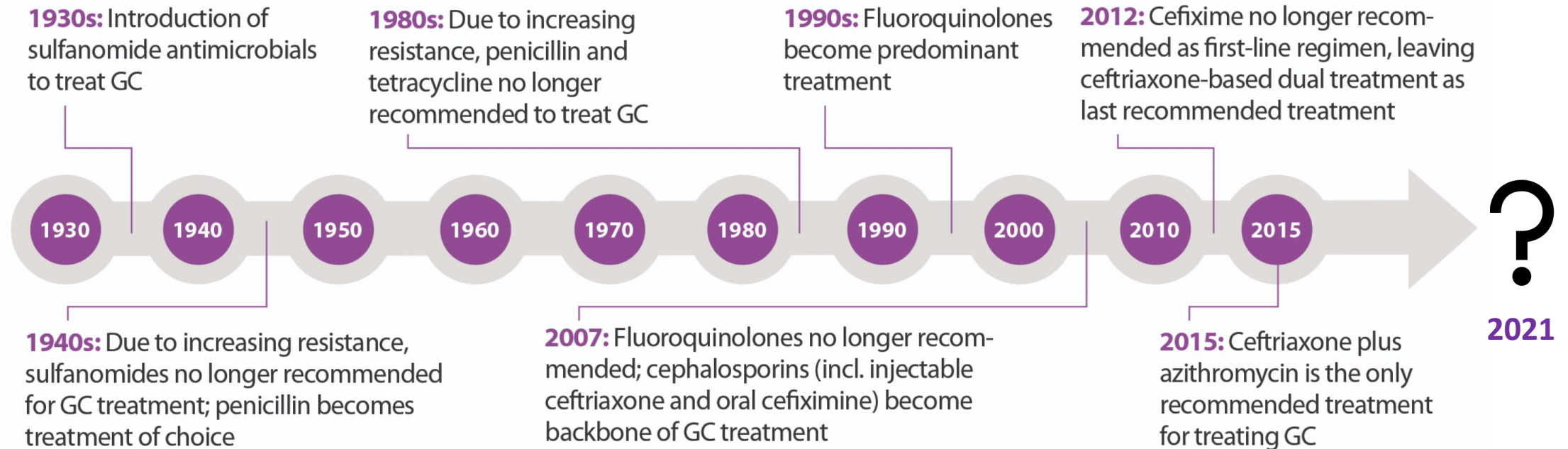
Olgu 1

- 18 yaş erkek
 - Bilinen ek hastalık yok
 - 2 haftadır pürülan üretral akıntı ve dizüri—hastaneye başvurmamış
 - 3 gün önce penil deride yeni gelişimli ağrılı nodüler oluşum, progrese
 - Çoklu korunmasız h
 - FM:
 - ❖ Gonokoksik üretrit
 - ❖ CYBi panelinde *C. trachomatis* negatif
 - ❖ **Tedavi; seftriakson IM DOZ?**
 - Laboratuvar param
 - Anti-HIV ve VDRL negatif
 - Abse ve üretral akıntı örneklerinden yapılan gram boyamada PMNL ve gram negatif koklar
 - Tedavi?
- e 1.5 cm'lik abse oluşumu



Centers for Disease Control and Prevention

CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People™



WHO global antimicrobial resistance surveillance for *Neisseria gonorrhoeae* 2017–18: a retrospective observational study



Magnus Unemo, Monica M Lahra, Martina Escher, Sergey Eremin, Michelle J Cole, Patricia Galarza, Francis Ndowa, Irene Martin, Jo-Anne R Dillon, Marcelo Galas, Pilar Ramon-Pardo, Hillard Weinstock, Teodora Wi



Summary

Background Gonorrhoea and antimicrobial resistance (AMR) in *Neisseria gonorrhoeae* are major health concerns globally. Increased global surveillance of gonococcal AMR is essential. We aimed to describe the 2017–18 data from WHO's global gonococcal AMR surveillance, and to discuss priorities essential for the effective management and control of gonorrhoea.

Methods We conducted a retrospective observational study of 73 countries that quantified gonococcal AMR using international surveillance data.

Findings In 2017–18, 73 countries reported data on gonococcal AMR. Resistance to ceftriaxone was 31% globally. Resistance to cefixime was 47% globally. The number of gonorrhoea cases have increased globally and in the WHO region.

Interpretation In many countries, ciprofloxacin resistance was exceedingly high, azithromycin resistance was increasing, and decreased susceptibility or resistance to ceftriaxone and cefixime continued to emerge. WHO's global surveillance of gonococcal AMR needs to expand internationally to provide imperative data for national and international management guidelines and public health policies. Improved prevention, early diagnosis, treatment of index patients and partners, enhanced surveillance (eg, infection, AMR, treatment failures, and antimicrobial use or misuse), and increased knowledge on antimicrobial selection, stewardship, and pharmacokinetics or pharmacodynamics are essential. The development of rapid, accurate, and affordable point-of-care gonococcal diagnostic tests, new antimicrobials, and gonococcal vaccines is imperative.

Lancet Microbe 2021; 2: e627–36

Published Online

September 2, 2021

[https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(21\)00171-3](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(21)00171-3)

© 2021 The Author(s). Published by Elsevier Ltd.

WHO Collaborating Centre for Gonorrhoea and Other STIs, Department of Laboratory Medicine, Faculty of Medicine Health, Örebro University, Örebro, Sweden (M Unemo PhD); WHO Collaborating Centre for Sexually Transmitted Infections and Antimicrobial Resistance, New South Wales Health Pathology, Microbiology, Randwick, Sydney, Australia (M M Lahra FRCPA); Department of the Global HIV, Hepatitis and STI programmes (M Escher MD, T Wi MD) and

Surveillance, Evidence and Laboratory Strengthening, Antimicrobial Resistance Division (S Eremin MD), WHO, Geneva, Switzerland; National Infection Service, Public Health England, London, UK (M J Cole DBMS); WHO Collaborating Centre for

Retrospektif, gözlemsel çalışma

2017-2018, 73 ülke

Gonokok suşlarında direnç profili

Ülkelerin;

%31'inde seftriakson azalmış duyarlılık/direnç

%47'sinde sefiksim azalmış duyarlılık/direnç

%84'ünde azitromisin direnci

%100'ünde siprofloksasin direnci

NEISSERIA GONORRHOEAE'DE KİNOLON DİRENÇİ: İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ 2002-2006*

Ahmet BALIKÇI, Derya AYDIN

İstanbul Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

Tablo 1: 2002-2006 yıllarında üretra salgılarından izole edilen *N.gonorrhoeae* suşları ve antibiyotiklere dirençleri.

Yıl	Örnek (n)	N.gonorrhoeae [n (%)]	Direnç [n (%)]	
			Siprofloksasin	Penisilin
2002	289	13 (4.5)	1 (8)	7 (54)
2003	286	16 (5.6)	3 (19)	6 (38)
2004	263	10 (3.8)	4 (40)	10 (100)
2005	210	8 (3.8)	5/7*(71)	5 (63)
2006	178	8 (4.5)	5 (63)	6 (75)
Toplam	1226	55 (4.5)	18/54 (33)	34 (62)

Sefuroksime Dirençli *Neisseria gonorrhoeae*'ye Bağlı Bir Üretrit Olgusu

A Case of Urethritis Caused by Cefuroxime-Resistant Neisseria gonorrhoeae

Klinik Dergisi 2019; 32(1): 108-10

Bahar Akgün-Karapınar¹, Kutay Sarsar¹, Fatma Erdem², Derya Aydın³

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Adana, Türkiye

³Biruni Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Tablo 1. CLSI (5,6) Önerilerine Göre *Neisseria gonorrhoeae* ATCC® 49226 ve İzole Edilen *N. gonorrhoeae* Suşu İçin Yapılan Antibiyotik Duyarlılık Testi Sonuçları

Antibiyotik	Disk Difüzyon (mm)						Minimal İnhibitor Konsantrasyon (µg/ml)					
	Kalite Kontrol Aralığı	<i>N. gonorrhoeae</i> ATCC® 49226	Sınır Değer			İzole Edilen Suş	Kalite Kontrol Aralığı	<i>N. gonorrhoeae</i> ATCC® 49226	Sınır Değer			İzole Edilen Suş
			S	I	R				S	I	R	
Penisilin	26-34	30	≥47	27-46	≤26	20 (R)	0.25-1	0.5	≤0.06	0.12-1	≥2	2 (R)
Seftriakson	39-51	50	≥35	-	-	48 (S)	0.004-0.015 [†]	0.015	≤0.25	-	-	0.064 (S)
Sefotaksim*	-	-	-	-	-	-	0.015-0.06 [‡]	0.016	≤0.5	-	-	0.38 (S)
Sefoksitin	33-41	36	≥28	24-27	≤23	36 (S)	0.5-2	0.5	≤2	4	≥8	1 (S)
Sefuroksim	33-41	40	≥31	26-30	≤25	22 (R)	0.25-1	0.38	≤1	2	≥4	8 (R)
Tetrasiklin	30-42	38	≥38	31-37	≤30	36 (I)	0.25-1	0.38	≤0.25	0.5-1	≥2	1 (I)
Siprofloksasin	48-58	58	≥41	28-40	≤27	6 (R)	0.001-0.008	0.002	≤0.06	0.12-0.5	≥1	>32 (R)

Gonokoksik üretrit

2021 WHO rehberi önerileri		2021 CDC rehberi önerileri	
1. tercih	Alternatif	1. tercih	Alternatif
Seftriakson 250 mg, IM, tek doz + Azitromisin 1 gr, oral, tek doz	Sefiksim 400 mg, oral, tek doz + Azitromisin 1 gr, tek doz	Seftriakson 500 mg, IM, tek doz	Gentamisin 240 mg, IM, tek doz + Azitromisin 2 gr, oral, tek doz ya da Sefiksim 800 mg, oral, tek doz
		*Klamidya dışlanmamış ise tedaviye doksisisiklin 2x100 mg, oral, 7 gün eklenir	

- Tedaviden 7 gün sonra ve tüm partnerler tedavi edilene kadar cinsel aktivitenin kısıtlanması (partnerin de tedavisinden 7 gün sonra ve semptomları varsa düzelene kadar)
- Diğer CYBİ açısından tarama
 - ✓ Klamidya, sifiliz ve HIV
- Tedavi sonunda kür açısından kontrol test yapılmasına gerek yok
- Gonokok nedeni ile tedavi alanlarda 3 ay sonra test kontrolü yapılmalı
 - ✓ 3. ayda kontrol ziyaret imkanı yok ise ilk 12 ay içinde değerlendirilip kontrol test yapılmalı
- Son 60 gün içindeki partnerler değerlendirilmeli, test edilmeli ve tedavi edilmeli

Olgu 2

- 33 yaş erkek
- Bilinen ek hastalık yok
- 10 gündür üretral akıntı ve kaşıntı
- Şüpheli cinsel temas öyküsü + , takibinde şikayetleri başlamış
 - Eşinin de akıntısı mevcut
- FM: Patolojik bulgular ❖ Nongonokoksik üretrit
- Laboratuvar parametreleri: Gram boyamasında her alanda 10-15 lökosit + , m.o görülmedi ❖ **Tedavi; azitromisin? doksisiklin?** itif, mikroskopik bakıda her
- Anti-HIV ve VDRL negatif
- Üretral akıntı gram boyamasında her alanda 5-6 lökosit +, m.o görülmedi
- Tedavi?

Nongonokoksik üretrit

2021 WHO rehberi önerileri	2021 CDC rehberi önerileri	
	1. tercih	Alternatif
	Doksisiklin 2x100 mg, oral, 7 gün	Azitromisin 1 gr, oral, tek doz ya da Azitromisin, oral, 1. gün 500 mg, 2-5 gün 250 mg

C. trachomatis

1. tercih	Alternatif	1. tercih	Alternatif
Doksisiklin 2x100 mg, oral, 7 gün	Azitromisin 1 gr, oral, tek doz ya da Eritromisin 4x500 mg, oral, 7 gün ya da Ofloksasin 200-400 mg, oral, 7 gün	Doksisiklin 2x100 mg, oral, 7 gün	Azitromisin 1 gr, oral, tek doz ya da Levofloksasin 1x500 mg, oral, 7 gün Eritromisin

- Tedaviden 7 gün sonra ve tüm partnerler tedavi edilene kadar cinsel aktivitenin kısıtlanması (partnerin de tedavisinden 7 gün sonra ve semptomları varsa düzelene kadar)
- Diğer CYBİ açısından tarama
 - ✓ Gonokok, sifiliz ve HIV
- Tedavi sonunda kür açısından kontrol test yapılmasına gerek yok
 - ✓ Sadece gebelerde 4. hafta sonunda kür açısından test yapılması önerilir (3 ay sonra yeniden kontrol test bakılmalı)
- Tedavi alanlarda 3 ay sonra test kontrolü yapılmalı
 - ✓ 3. ayda kontrol vizit imkanı yok ise ilk 12 ay içinde değerlendirilip kontrol test yapılmalı
- Son 60 gün içindeki partnerler değerlendirilmeli, test edilmeli ve tedavi edilmeli

2021 WHO rehberi önerileri		2021 CDC rehberi önerileri	
M. genitalium			
Azitromisin,oral, 1. gün 500 mg, 2-5. gün 250 mg/gün		Makrolid direnç testi yapılabiliyorsa <u>Makrolid duyarlı ise:</u> Doksisiklin 2x100 mg, oral, 7 gün, takiben 1 gr azitromisin ilk gün, günlük 500 mg ek 3 gün daha (toplam 2.5 gr) <u>Makrolid dirençli ise:</u> Doksisiklin 2x100 mg, oral, 7 gün, takiben moksifloksasin 1x400 mg, orali 7 gün	Makrolid direnç testi yapılamıyorsa Doksisiklin 2x100 mg, oral, 7 gün, takiben moksifloksasin 1x400 mg, orali 7 gün
T. vaginalis			
Metronidazol 2 gr, oral, tek doz	Metronidazol 2x400/500 mg, 7 gün	Metronidazol 2 gr, oral, tek doz	Tinidazol 2 gr, oral, tek doz

Olgu 3

- 38 yaş erkek hasta,
- Bilinen bir ek hastalık yok
- Aktif şikayet yok
- Evlilik öncesi istenilen tetkiklerinde VDRL pozitifliği saptanması nedeni ile enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiş
- Geçmiş hikayesi sorgulandığında; yaklaşık 2 yıl önce genital bölgesinde ağrısız bir lezyon geliştiği ve kendiliğinden düzeldiğini belirtmekte
- TP-HA pozitif, Anti-HIV negatif

Sifiliz

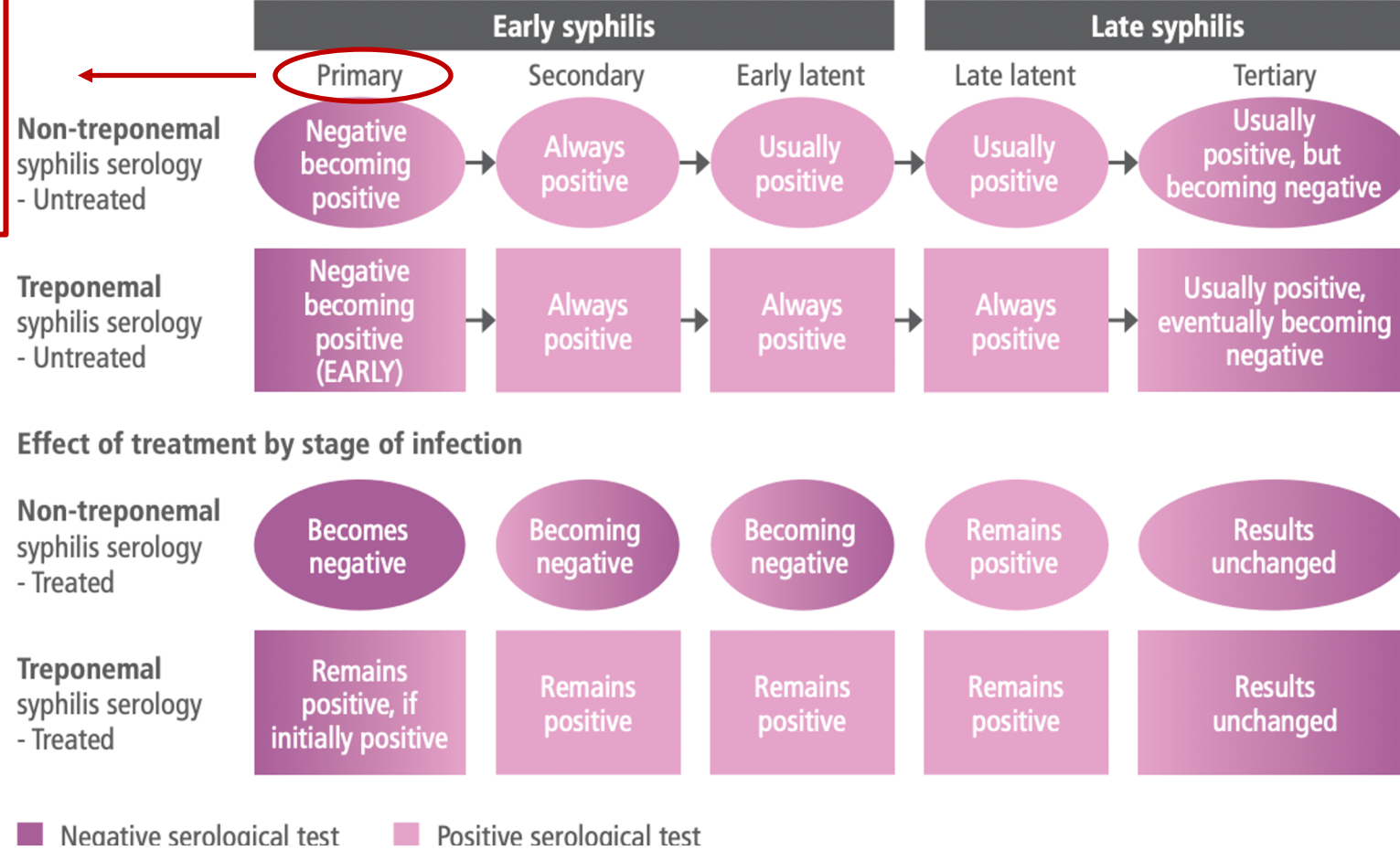
- Etken *T. pallidum*, sistemik bir hastalık
- Klinik bulgulara göre hastalık evresi—tedavi ve takip planı
- Primer sifiliz;
 - Klasik olarak infeksiyon alanında tek ağrısız ülser/şankr
 - Multiple, atipik ya da ağrılı lezyonlar da görülebilir
- Sekonder sifiliz;
 - Cilt döküntüsü, mukokutanöz lezyonlar, LAP
- Tersiyer sifiliz;
 - Kardiyak tutulum, gummatöz lezyonlar, tabes dorsalis, genel parezi
- Latent sifiliz;
 - Klinik bulguların olmayıp, serolojik testlerle tespit edilen dönem
 - Erken latent sifiliz; < 12-24 ay
 - Geç latent sifiliz/Süresi bilinmeyen latent sifiliz; > 12-24 ay
- Nörolojik tutulum (nörosifiliz) her evrede görülebilir

Tanı

- Erken sifiliz ve konjenital sifiliz tanısından asıl olarak; lezyon/doku örneğinde karanlık alan incelemesi ve moleküler testlerdir
- Laboratuvar serolojik testler
 - ✓ 2 testin birarada kullanımı önerilmektedir
 - ✓ Sadece tek tip serolojik testin (treponemal ya da nontreponemal) kullanılması, primer sifiliz döneminde yanlış negatiflik, sifiliz olmayan ya da daha önce sifiliz nedeni ile tedavi alan hastalarda da yanlış pozitifliğe neden olabilir

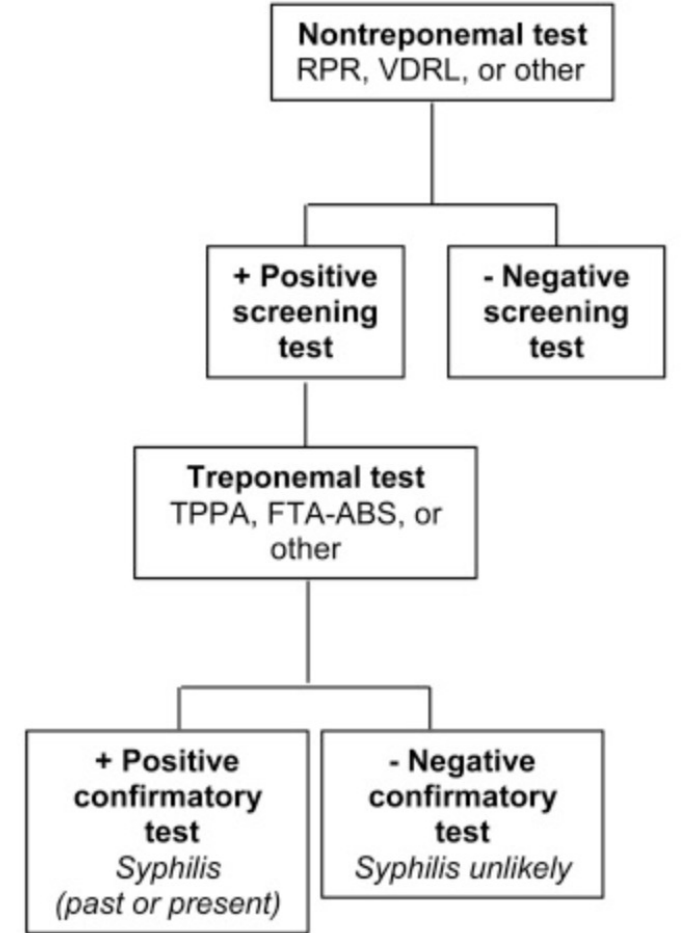
Treponemal testler	Nontreponemal testler
TP-HA EIA CIA İmmunblot Hızlı treponemal assay	VDRL RPR

Testlerin negatif olması ekarte ettirmez
Primer sifiliz ekartasyonu için 4-12 hafta sonra test tekrarı



Nontreponemal testler ve klasik algoritma

- Nontreponemal testler birçok tıbbi durum ilişkili yanlış pozitif sonuçlar verebilir
 - Diğer infeksiyonlar (örn. HIV), otoimmün hastalıklar, aşılar, iv ilaç kullanımı, gebelik, ileri yaş
- Nontreponemal test sonucu reaktif olan bir kişi de mutlaka treponemal testler ile konfirme edilmelidir
- Nontreponemal test antikor titreleri hastalık aktivitesi ile korele olabilir, tedaviye yanıtın izlenmesinde kullanılabilir
 - Aynı test kullanıldığında 2 nontreponemal test arasında 4 kat değişim – 2 dilüsyon değişime eşit (örneğin 1/16 ---> 1/4 ya da 1/8 ---> 1/32) klinik olarak anlamlı kabul edilir
 - Aynı testin, aynı metod ve aynı laboratuvar tarafından çalışılması ideal olan
- Nontreponemal test titreleri genellikle tedaviden sonra düşer ve zamanlar nonreaktif hale gelir



Treponemal testler ve ters sekans algoritmalar

- Treponemal testler hastalık aktivitesi ve tedaviden bağımsız ömür boyu pozitif olarak kalır
 - Primer evrede tedavi olanların %15-25'i 2-3 yıl sonra negatife dönebilir
 - Treponemal test antikor titresi tedavi yanıtından bağımsızdır, takipte kullanılmaz
- Ters sekans algoritmaları tedavi almış sifiliz hastaları, tedavi almamış ya da tedavisi tamamlanmamış kişileri yakalayabilir; yalancı pozitiflik, infeksiyon olasılığı düşük
- Pozitif treponemal testler mutlaka standart kantitatif nontreponemal bir testle konfirme edilmelidir
 - Nontreponemal test negatif ise, orjinalden farklı bir antijen ile çalışılarak 2. treponemal test ile tercihen TP-HA ya da treponemal assay ile tekrar test edilmelidir

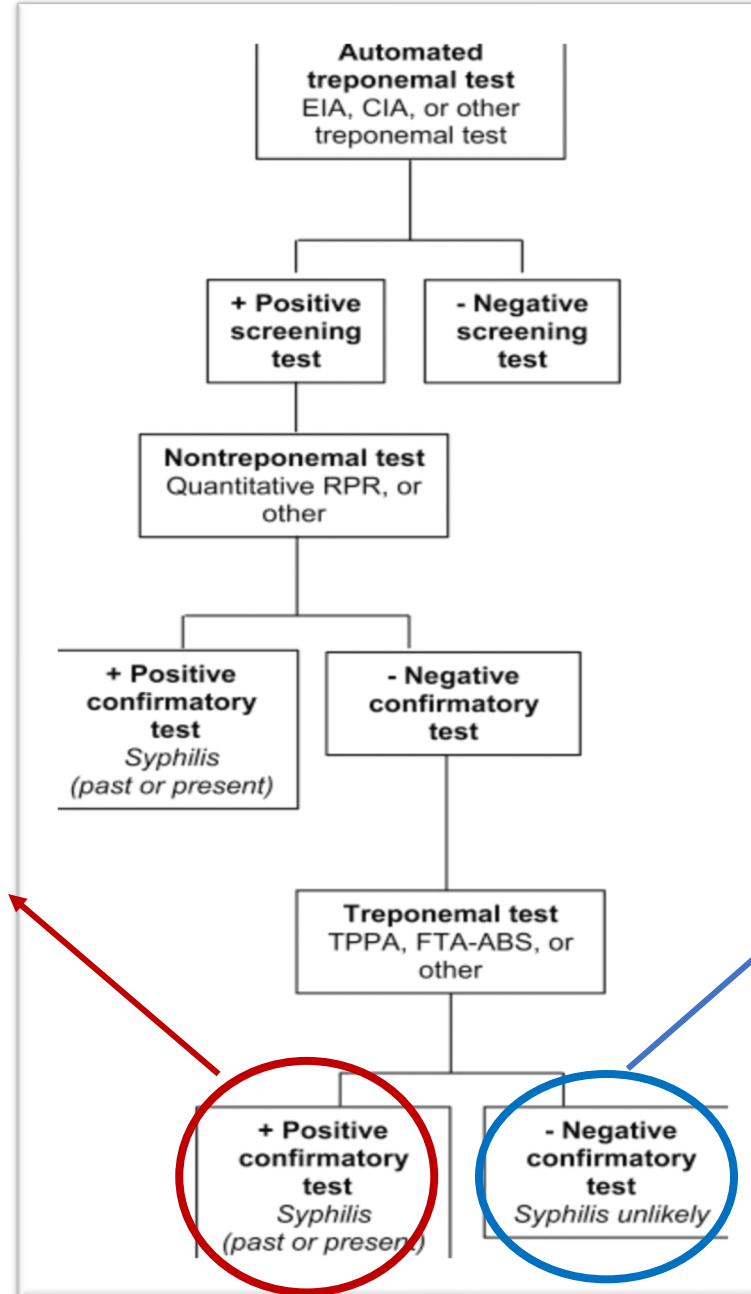
Örn; EIA reaktif, RPR nonreaktif, TP-PA reaktif

Daha önce tedavi almış bir hasta;

- ✓ Tekrar maruziyet yok ise ileri incelemeye gerek yok
- ✓ Tekrar maruziyet var ise klinik konfirmasyon ve FM, 2-4 hafta sonra nontreponemal testlerin tekrarı

Daha önce tedavi almamış bir hasta ise tedavi verilmeli

- ✓ Yeni geçirilmiş enfeksiyona ait hikaye ya da FM bulgusu yok olmadığı sürece süresi bilinmeyen/geç latent sifiliz olarak tedavi verilir



Örn; EIA reaktif, RPR nonreaktif, TP-PA nonreaktif

Epidemiyolojik risk ve klinik olasılık düşük ise ileri değerlendirme ve tedaviye gerek yoktur

Olgu 3

- 38 yaş erkek hasta,
- Bilinen bir ek hastalık yok
- Aktif şikayesi ❖ Geç latent sifiliz
- Evlilik öncesi ❖ **Tedavi Penisilin? Doz? Süre?** nedeni ile Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiş
- Geçmiş hikayesi sorgulandığında; yaklaşık 2 yıl önce genital bölgesinde ağrısız birlezyon geliştiği ve kendiliğinden düzeldiğini belirtmekte
- TP-HA pozitif, Anti-HIV negatif

2021 WHO rehberi önerileri	2021 CDC rehberi önerileri
Erken sifiliz (primer,sekonder ve erken latent – infeksiyondan sonra 2 yıldan kısa süre geçmiş olması)	Primer ve Sekonder Sifiliz
Benzatin Pen G 2.4 milyon ünite, IM, tek doz	Benzatin Pen G 2.4 milyon ünite, IM, tek doz
Alternatif; Doksisiklin 2x100 mg, oral, 14 gün ya da Eritromisin 4x500 mg- 14 gün	Latent Sfiliz
	Erken latent sifiliz: Benzatin Pen G 2.4 milyon ünite, IM, tek doz
	Geç latent sifiliz: Benzatin Pen G 2.4 milyon ünite, IM, 3 doz, birer hafta ara ile (toplam 7.2 milyon ünite)
Geç Sifiliz (geç latent sifiliz ve tersiyer)	Tersiyer Sifiliz
Benzatin Pen G 2.4 milyon ünite, IM, 3 doz, birer hafta ara ile	BOS bulguları normal: Benzatin Pen G 2.4 milyon ünite, IM, 3 doz, birer hafta ara ile (toplam 7.2 milyon ünite)
Alternatif; Prokain penisilin 1.2 milyon ünite IM, günde bir kez, 20 gün ya da Doksisiklin 2x100 mg, oral, 30 gün	Nörosifiliz
	Kristalize penisilin G, 18-24 milyon ünite/gün, (4 saatte bir 3-4 milyon ünite IV ya da sürekli infüzyon ile), 10-14 gün
	Alternatif; Prokain penisilin G 2.4 milyon ünite IM, günde bir kez +probenesid 500 mg oral günde 4 defa, 10-14 gün

Olgu 4

- 27 yaş kadın hasta, 12 haftalık gebe
- Bilinen ek hastalık yok
- Aktif ❖ **VDRL +, TP-HA +, Asemptomatik --- Süresi bilinmeyen latent sifiliz**
- Obstetrik ❖ **PENİSİLİN ALERJİSİ VAR ALTERNATİF TEDAVİ ???**
VDRL testi sonucunun pozitif çıkması üzerine yönlendirilmiş
- Şüpheli temas öyküsü yok, klinik öykü yok
- 3 yıl önce amoksisilin klavulonik asit kullanımı sırasında yaygın ürtikeryal döküntü, alerji hikayesi +

CDC rehberi

Penisilin alerjisi durumunda veriler kısıtlı

Gebe dışı primer ve sekonder sifiliz;

- Doksisiklin 2x100 mg-14 gün
- Tetrasiklin 4x500 mg-14 gün
- Seftriakson 1 grIM/IV, 10 gün-optimal tedavi süresi dozu?
- Azitromisin 2 gr tek doz-mutasyon,direnç, yanıtsızlık kullanılması önerilmez

Gebe primer ve sekonder sifiliz;

- Penisilin desensitizasyonu ve penisilin G ile tedavi

Latent sifiliz;

- İnfeksiyon hastalıkları uzmanına konsülte edilmesi 😊

Nörosifiliz;

- Kısıtlı veri; Seftriakson 1-2 gr/gün IM/IV, 10-14 gün
- Penisilin desensitizasyonu ve penisilin G ile tedavi
- Gebe nörosifiliz; penisilin desensitizasyonu ve penisilin G ile tedavi

Takip;

- HIV testi
- Tedaviden sonra 6. ve 12. aylarda klinik ve serolojik değerlendirme yapılabilir (latent sifilizde +24. hafta)
- Serolojik titre tedavi öncesi titre ile karşılaştırılabilir
- Tedaviye serolojik yanıtı değerlendirmek zor olabilir
 - ✓ Yanıtsızlığın tanımı net değildir
 - ✓ Tedavi alan hastalarda nontreponemal testlerin düşüşü daha yavaş olabilir
- Belirti ve bulguların devam ettiği ya da tekrarladığı hastalarda; nontreponemal test titresinde en az 4 kat artış olması ve 2 haftanın üzerinde sebat etmesi reinfeksiyon ya da tedavi başarısızlığı olarak değerlendirilebilir
- HIV testi tekrarı
- 12 ay içinde nontreponemal test titresinde 4 kat düşüş olmaması tedavi başarısızlığını gösterebilir (latent sifilizde 24. hafta)
 - Nörolojik ek inceleme, Yıllık takip??

- TEŞEKKÜRLER....