



GENİTAL ÜLSER-AKINTI İLE GELEN HASTAYA YAKLAŞIM

Dr. Nuriye TAŞDELEN- FIŞGIN

Dr. Mahir KAPMAZ

Dr. Ezgi GÜLTEN

OLGU-1

E.D, 22, erkek, bekar

Cinsel yönelimi: ESE

Mesleđi: Tıp öğrencisi

Yakınma: Penis ucundan akıntı, sık ve az idrara çıkma, ağrılı idrar yapma

OLGU-1

- 2-3 aydır yeni bir partner (+)
- 20 gündür yakınması var
- Ateş yok, ek yakınma yok
- Test yapılmadan siprofloksasin kullanımı olmuş, kısmen fayda, ama akıntı devam

OLGU-1

Öz / Soy geçmiř: Bipolar bozukluk, astım

Kullandığı ilaçlar: Lamictal® (Lamotrijin), Efexor® (Venlafaksin), Apipra® (Aripiprazol), Lityum

Alışkanlıklar: Sigara: 8 adet/ gün, Alkol: Sosyal

Aşı Öyküsü: Çocukluk aşıları, HPV yok!

OLGU-1

Fizik Muayene

Vücut sıcaklığı: 36.4 °C, Nabız: 80/dk, TA: 120/70

Genel durumu iyi, oryantasyon ve kooperasyon tam, endişeli görünümde

Solunum sistemi muayenesi doğal

KVS muayenesi doğal

Nöroloji muayene doğal

Batın muayenesinde defans yok, rebound yok, HSM yok

Extremite ve cilt muayenesi doğal

Penil hafif bir seröz akıntı izlendi

?



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

KLİNİK TABLOLAR

1. Üretrit ve servisit
2. Vajinal yanma, batma, irritasyon, koku, ya da akıntı
3. Pelvik inflamatuvar hastalık (PID)
4. Genital , anal ya da perianal ülser
5. Genital siğil (HPV)
6. Epididimit
7. Proktit, proktokolit, enterit



KLİNİK SENDROMLAR

1. Üretral akıntı sendromu;
2. Vajinal akıntı sendromu;
3. Anorektal enfeksiyon;
4. Genital ülser sendromu;
5. Alt karın ağrısı sendromu



02:50
02:50



OLGU-1

Laboratuvar

Hemogram: normal

CRP: 22 mg/L

TİT: 3-5 lökosit /HPF

İdrar kültürü: Üreme olmadı (Sonradan çıkan sonuç)

HBsAg: Negatif

Anti-HIV: Negatif

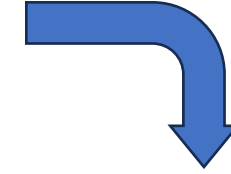
VDRL/RPR: Negatif

Anti-HCV: Negatif

?

ÖNCE KLİNİK TANI KOYALIM

Üretral akıntıda gram-boyama, metilen mavisi vb yapılmalı.
POZİTİF İSE ŞANSLIYIZ!



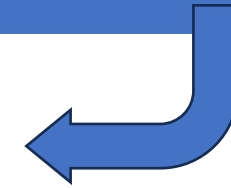
Ama eğer yoksa/yapılamıyorsa şunlardan biri olmalı:

- Mukoid, mukopürülan veya pürülan akıntı görülmeli
- İlk akım idrarda lökosit esteraz pozitifliği
- İlk akım idrarda en az 10 lökosit/HPF

■ Kadınlarda servisit:

Peki semptom var ama idrar bulgusu yoksa?

- Yine test yapalım
- Hiçbir klinik bulgu yoksa yüksek riskli ise ampirik tedavi verilebilir



THE
STATE OF STDs
IN THE
UNITED STATES,
2021

STDs continue to forge ahead, compromising the nation's health.

Note: These data reflect the effect of COVID-19 on STD surveillance trends.



1.6 million
CASES OF CHLAMYDIA
3.8% decrease since 2017



710,151
CASES OF GONORRHEA
28% increase since 2017



176,713
CASES OF SYPHILIS
74% increase since 2017



2,855
CASES OF SYPHILIS
AMONG NEWBORNS
203% increase since 2017

LEARN MORE AT: www.cdc.gov/std/

ANYONE WHO HAS SEX COULD GET AN STD, BUT SOME GROUPS ARE MORE AFFECTED

- YOUNG PEOPLE AGED 15-24
- GAY & BISEXUAL MEN
- PREGNANT PEOPLE
- RACIAL & ETHNIC MINORITY GROUPS

**Non-gonokokkal etioloji: %50 ihtimalle etken *C.trachomatis* saptanmaktadır!
Sonra *M.hominis* ve sonra %10-15 ihtimalle *Trichomonas*, *H.simplex*, *M.genitalium***

Genital akıntılı hastalar Sifilis ve HIV için de taranmalı

Bir zamanlar New York... Yıllarca sifilis ve gonore tek hastalık zannedilmiş!

--- John Hunter 1767'de kendine self okülasyon

--- Philippe Ricord ancak 1838'de yanlış olduğunu kanıtlamış

Reminiscence

SYPHILIS AND GONORRHEA ARE ONE DISEASE: JOHN HUNTER (1760)

JOHN R. HERMAN, M.D.

*From the Department of Urology,
Albert Einstein College of Medicine,
New York, New York*

brother's laboratories and soon showed his abilities. He was made an anatomical assistant and learned anatomy well enough, so that by 1749. one year after leaving the country life.



Rehbere göre TANI TESTLERİ

- Kültür (Gonokok) : üretral, endoservikal, rektal, orofarengeal, konjontival infeksiyon için
- NAAT (Gonokok ve klamidya): idrar, vajinal, orofarinkteki kommensal Neisseria'lar da saptanabilir
- Point of care NAAT (GeneXpert) Cepheid

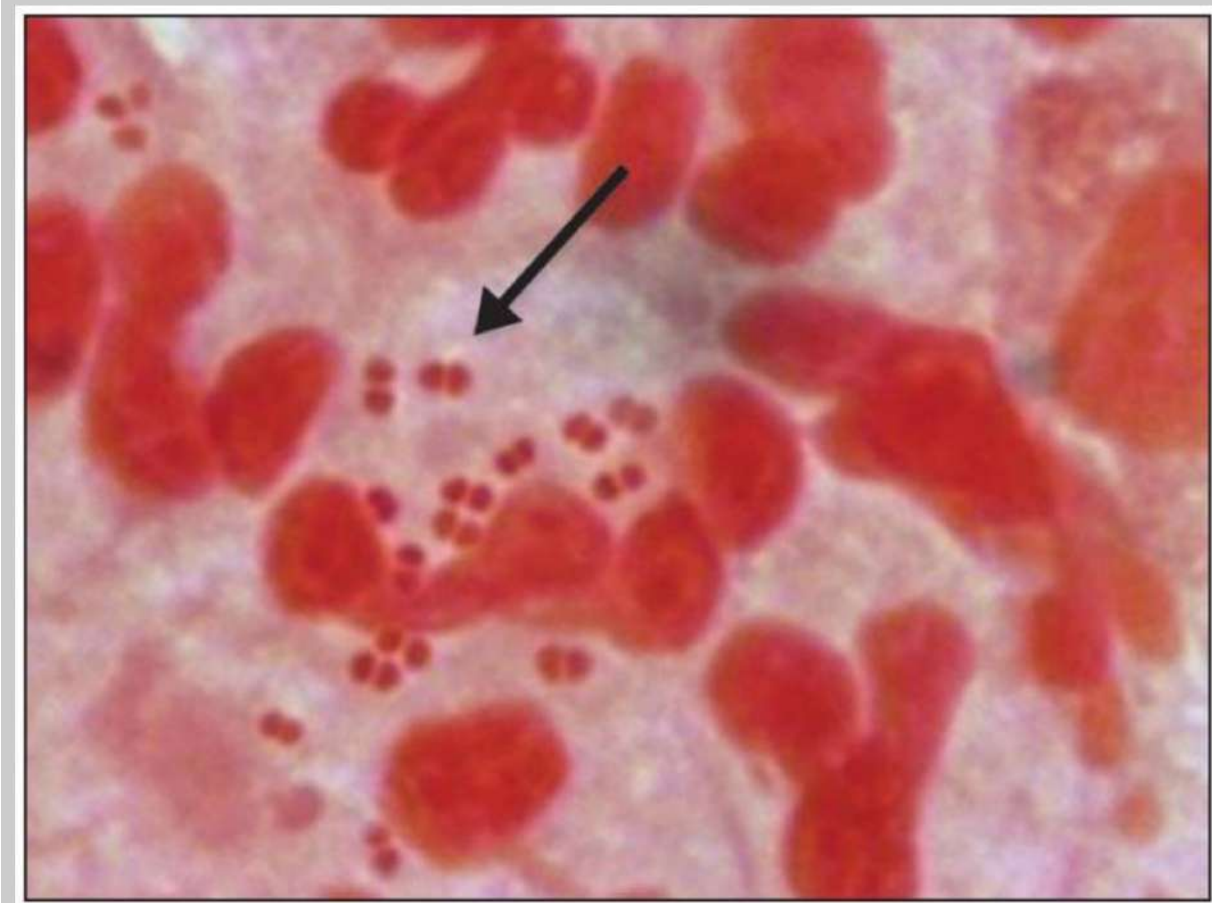
Gri alan: Peki ya NAAT olmayan hızlı testlerin yeri?



Kolorimetrik hızlı test??



Bunu görmek her zaman nasip olmuyor!



Çünkü duyarlılığı düşük !

Sadece erkeklerde işe yarayabilir

Servikal, faringeal, rektal materyalde önerilmez

<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/gonorrhea-adults.htm>

OLGU-1

Laboratuvar

İşeme ile alınan ilk idrar (üretral idrar) (orta akım değil!) PCR:

İmaji Var	Test Adı	Sonuç
<input type="checkbox"/>	ÜROGENİTAL SİSTEM PATOJENLERİ (Multiplex RT-PCR)	
<input type="checkbox"/>	Chlamydia trachomatis	SAPTANDI
<input type="checkbox"/>	Neisseria gonorrhoeae	Saptanmadı
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma hominis	Saptanmadı
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma genitalium	Saptanmadı
<input type="checkbox"/>	Trichomonas vaginalis	Saptanmadı
<input type="checkbox"/>	Ureplasma urealyticum / parvum	Saptanmadı
<input type="checkbox"/>	Candida albicans	Saptanmadı
<input type="checkbox"/>	Gardnerella vaginalis	Saptanmadı
<input type="checkbox"/>	Herpes simplex virus 1 (HSV-1)	Saptanmadı
<input type="checkbox"/>	Herpes simplex virus 2 (HSV-2)	Saptanmadı
<input type="checkbox"/>	Treponema pallidum	Saptanmadı
<input type="checkbox"/>	Haemophilus ducreyi	Saptanmadı
<input type="checkbox"/>	Streptococcus agalactiae	Saptanmadı

?

Kültür vs. NAAT

- NAAT %90 üstünde duyarlılığa sahip iken özgüllük \geq %99
- NAAT tipik olarak kültüre kıyasla
 - Klamidyayı %20–%50 daha fazla yakalar
 - Gonokok için fark daha az
- Rektal veya orofarinks için NAAT öneriliyor, kültür ile uğraşmayın

Erkeklerde akıntıdan mı yoksa idrardan mı test yapalım?

- İlk akım idrar önerilir; üretral örneğe eşdeğer!
- İlk seçenek NAAT -kültüre kıyasla- önerilir. Ancak NAAT pozitifliği devam ederse muhakkak kültür alınmalı

[MMWR Recomm Rep.](#) Author manuscript; available in PMC 2014 Jun 6.

PMCID: PMC4047970

Published in final edited form as:

NIHMSID: NIHMS584676

[MMWR Recomm Rep. 2014 Mar 14; 63\(0\): 1–19.](#)

PMID: [24622331](#)

Recommendations for the Laboratory-Based Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* — 2014

[John R. Papp](#), PhD,¹ [Julius Schachter](#), PhD,² [Charlotte A. Gaydos](#), DrPH,³ and [Barbara Van Der Pol](#), PhD⁴

Kadınlarda idrar mı yoksa farklı bir yerden mi örnek alalım?

- Vajinal örnek ideal
- İlk idrar kabul edilebilir ancak vajinal örneklere kıyasla %10 daha az saptar
- İlk seçenek NAAT -kültüre kıyasla- önerilir. Ancak NAAT pozitifliği devam ederse muhakkak kültür alınmalı

[MMWR Recomm Rep](#). Author manuscript; available in PMC 2014 Jun 6.

Published in final edited form as:

[MMWR Recomm Rep. 2014 Mar 14; 63\(0\): 1–19.](#)

PMCID: PMC4047970

NIHMSID: NIHMS584676

PMID: [24622331](#)

Recommendations for the Laboratory-Based Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* — 2014

[John R. Papp, PhD,¹](#) [Julius Schachter, PhD,²](#) [Charlotte A. Gaydos, DrPH,³](#) and [Barbara Van Der Pol, PhD⁴](#)

Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021

- ESE hastalarda farinks ve anal tarama da yapılması öneriliyor
- Ayrıntılı cinsel öykü ile hedef organ tespiti öneriliyor
- Biz hastamıza yapmadık !

OLGU-1

Seftriakson 1x1 gram im ve Doksisisiklin 2x100 mg, 7 gün verildi

Partner tedavisi önerildi

Gardasil-9... 0, 2, 6 aylarda 3 doz önerildi

?

Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021

Tedavi

Uncomplicated Gonococcal Infection of the Cervix, Urethra, or Rectum

Recommended Regimen for Uncomplicated Gonococcal Infection of the Cervix, Urethra, or Rectum Among Adults and Adolescents

Ceftriaxone 500 mg* IM in a single dose for persons weighing <150 kg

If chlamydial infection has not been excluded, treat for chlamydia with doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 7 days.

* For persons weighing ≥ 150 kg, 1 g ceftriaxone should be administered.

Alternative Regimens

If cephalosporin allergy:

Gentamicin 240 mg IM in a single dose

PLUS

Azithromycin 2 g orally in a single dose

If ceftriaxone administration is not available or not feasible:

Cefixime 800 mg* orally in a single dose

* If chlamydial infection has not been excluded, providers should treat for chlamydia with doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 7 days.

Recommended Regimen for Nongonococcal Urethritis

Doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 7 days

Alternative Regimens

Azithromycin 1 g, orally in a single dose

OR

Azithromycin 500 mg orally in a single dose; then 250 mg orally daily for 4 days

Her zaman ikili tedavi şart mı?

- Gonokoka bağlı üretrit/servisit olgularında %50 *C.trahomatis* eşlik etmekte
- Ve tersi de doęru!

Genel Uygulama: Aksi kanıtlanmadıkça ikili tedavi edilmeli! AMA

NAAT---- tek ajan gösterir ise tek tedavi verilebilir?

?

Partner Tedavisi

Sefiksım 800 mg 1x1 ve doksısıklin 2x100 mg 7 gün
Yedi gün ilaç kullanma ihtimali düşükse Azitromisin 1 gram

Hızlandırılmış partner tedavisi (Expedited Partner Treatment – EPT):

Mümkünse muayene olmaları, ancak mümkün değilse 60 gün içindeki partnerlerin doktora gitmeden doğrudan hızlıca tedavi alması demektir

ESE için bu uygulama şüpheli; çünkü üretrit ile tedavi edilen hastaların MSM partnerleri %5 HIV çıkıyor

Gonore için tedavi sonrası 7 gün (semptom varsa kaybolana kadar)

Tüm partnerler tedavi edilene kadar



Kondomsuz Cinsel aktiviteden kaçınma

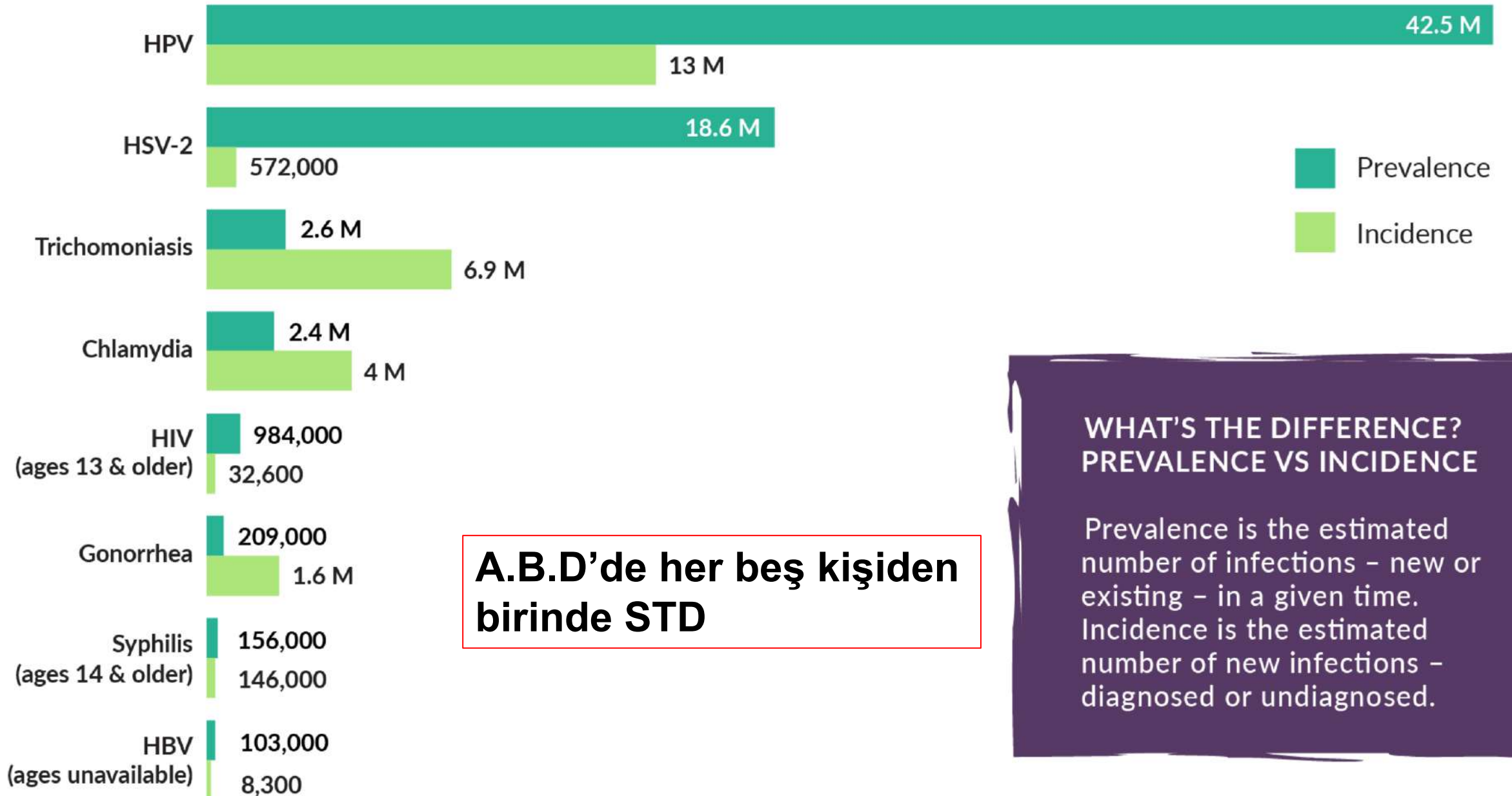
'Partner İşleri' Hizmetleri



A.B.D'de Partner İşleri (Partner Services) Hizmetleri var

- Sifiliz, yeni tanı HIV ve sefalosporin dirençli gonore için Halk Sağlığı 'Partner İşleri' hizmeti var
- Ancak klamidya ve normal gonore için 'partner işleri' hizmeti daha az eyalette mevcut

STI Prevalence and Incidence in the US



A.B.D'de her beş kişiden birinde STD

WHAT'S THE DIFFERENCE? PREVALENCE VS INCIDENCE

Prevalence is the estimated number of infections – new or existing – in a given time. Incidence is the estimated number of new infections – diagnosed or undiagnosed.

Cinsel Yolla Bulaşan İnfeksiyonlar Sindemi'si

Reversing the Rise in STIs: Integrating Services to Address the Syndemic of STIs, HIV, Substance Use, and Viral Hepatitis

Bir **ve** Bir = İki ettiği için ikiyi bildiğini sanıyorsun, ama '**ve**'yi de bilmelisin ⁺

Üretrit insidansı artıyor

Ve

HIV'in yıllık %6'sı üretrit sonucu bulaşıyor

Ve

Madde kullanımı artıyor

Ve

Akut hepatit B'de her 10 vakadan 4'ü STD olarak bulaşıyor

⁺ Güven Külekçi. Sindemi nedir. ANKEM Derg 2012;26
<https://www.cdc.gov/std/statistics/2021/syndemic-infographic-2023.pdf>

Holistic, Coordinated Care Is Critical for Addressing These Overlapping Epidemics



A “no-wrong-door” approach – providing or connecting a person to all the services that meet their needs wherever they seek care – is crucial.



Klamidya veya Gonokok için tedavi sonrası kontrol NAAT isteyelim mi?

Gebelerde klamidya infeksiyonu tekrar test edilmeli

Gonokok tedavisinde seftriakson içermeyen bir rejim ile tedavi verilirse bir hafta sonra NAAT/kültür tekrarı

ÖZETLERSEK....Tedavide Avrupa mı yoksa ABD mi? MMWR 69:1911, 2020 vs. Int J.STD and AIDS , 2020

	Avrupa	ABD
Seftriakson dozu	1x1 gram im	1x500 mg im >150 kg ise 1 gram im
Sefiksim dozu (kontrol test öneriliyor)	1x400 mg (ve Azitro)	1x800 mg
Tedavi sonrası kontrol test (NAAT veya kültür) Öneriyor 1-2 hafta sonra	Evet	Hayır (Faringeal pozitif ise evet)
Gonokok için tedavi	Her zaman ikili öneriyor Seftriakson 1 gram im ve Azitro 2 gram	Sadece Seftriakson öneriyor 1985 - 2015 arasında ikili öneriyordu 2020 yılında tek öneriyor

Seftriakson 1 gram: disemine infeksiyon, konjunktival veya endokardit

?

Reküren/persistan olgular

Tedavi mi başarısız yoksa yeni bir infeksiyon mu?

- Partner yeni ise ve tedavi almamış ise..
- Tedavi düzenli almamış olabilir..
- NAAT sonucuna göre tedavi yapılmalı
- ESE hastalarda ampirik trikomonas tedavisi yapılabilir (Metronidazol 2 gram x1)

Reküren infeksiyona yönelik --partner tedavisi almış olsun olmasın-- bütün hastalar (gonokok, klamidya, trikomonas) 3 ay sonra tekrar test edilmeli

Mycoplasma genitalium Tedavi Yaklaşımı

M. genitalium

- Doksisiklin düzenli almış ise en sık üretrit nedeni
- Reküren veya persistan üretritte sık görülür
- Asemptomatik kişide tarama önerilmiyor
- Tedavi sonrası kontrol test önerilmiyor

Diğerlerinden farklı olarak iki aşamalı tedavi:

Recommended Regimens if *M. genitalium* Resistance Testing is Available

If *macrolide sensitive*: Doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 7 days, followed by azithromycin 1 g orally initial dose, followed by 500 mg orally once daily for 3 additional days (2.5 g total)

If *macrolide resistant*: Doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 7 days followed by moxifloxacin 400 mg orally once daily for 7 days

Recommended Regimens if *M. genitalium* Resistance Testing is Not Available

If *M. genitalium* is detected by an FDA-cleared NAAT: Doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 7 days, followed by moxifloxacin 400 mg orally once daily for 7 days

STI AWARENESS WEEK

CHOOSE A CAMPAIGN • PLAN ACTIVITIES • SPREAD AWARENESS

APRIL 9 -15, 2023



GYT: Get Yourself Tested

Encourages young people to get tested

Haydi tarayalım!

- 25 yaşından küçük cinsel aktif tüm kadınlara yıllık gonokok ve klamidyaya bakılmalı
- ESE'ler daha sık taranmalı
- 13-64 arası herkese en az bir kez HIV bakılmalı

OLGU-3



- 41 yaş, erkek, evli
- Taksi şoförü
- Bilinen kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanımı öyküsü yok
- **Şikayet: Sol gözde ağrı ve görmede bulanıklaşma**
 - Şikayet başlangıcı: 2020 yılı ağustos ayı
 - Hasta bir ay süreyle, doktor başvurusu olmaksızın, eczaneden aldığı göz damlalarını (?) kullandıktan sonra şikayetlerinde gerileme olmadığı için göz hastalıklarına uzmanına başvurmuş
 - Göz hastalıkları uzmanınca şikayetlerinin göz kaynaklı olmadığı ve nöroloji bölümüne başvurması gerektiği söylenmiş

OLGU-3

- Nöroloji poliklinik başvurusu
 - Bilinç açık, koopere ve oryante
 - Pupiller normoizokorik
 - Bilateral direkt ve indirekt ışık refleksi pozitif
 - **Görme keskinliği sağ 20/20, sol 20/800**
 - Göz hareketleri normal, nistagmus ve diplopi yok
 - Alt kranialler intakt
 - Kas gücü global 5/5
 - Duyu defisiti yok
 - Derin tendon refleksleri normoaktif
 - Yürüyüş becerikli

+ Anamnezde ağızda tekrarlayan aft öyküsü



OLGU-3

- Nöroloji bölümünce tetkikler planlanıyor

Lupus antikoagulan: Negatif

Borrelia burgdorferi IgM-IgG: Negatif

AntiBrucella IgM-IgG: Negatif

Antikardiolipin IgM-IgG: Negatif

Antifosfolipinler IgM-IgG-IgA: Negatif

Anti dsDNA: Normal sınırdan

Anti SSA, SSB, SM, NRNP/SM, SCL70, Jo1, RO52: Negatif

Anti Beta 2 glikoprotein IgM-IgA-IgG: Normal sınırdan

Antigliadin IgA: Negatif

AntiCCP: Normal sınırdan

ANA (Anti nükleer antikor): +

ANCA (Anti nötrofil sitoplazmik antikor): ++



ROMATOLOJİ

OLGU-3

- Romatoloji poliklinik deęerlendirmesi
 - Eklem ağrısı yok
 - Artrit-artralji yok
 - Ateş, halsizlik, kilo kaybı, gece terlemesi yok
 - Sabah tutukluğu yok
 - Fotosensitivite yok
 - Ağız-göz kuruluğu yok
 - Malar raş yok
 - Myalji yok
 - **Genital ülser yok (?)**
 - **Oral aft mevcut**
 - **Bir yıldır burun içinde yara öyküsü-kurutlu lezyon**



- Fizik muayene:
 - Eklemlerde hareket kısıtlılığı yok
 - Eklemlerde hassasiyet, ısı artışı, kızarıklık, şişlilik yok
 - Faber -/-
 - Fadır -/-
 - Alt ve üst ekstremitelerde kas kuvveti 5/5



OLGU-3



- Romatoloji bölümünce tetkikler planlanıyor

Tam kan sayımı

Beyaz küre: $9,56 \times 10^9/L$
Nötrofil: $4,54 \times 10^9/L$ (%47,4)
Lenfosit: $3,9 \times 10^9/L$ (%40,8)
Monosit: $0,8 \times 10^9/L$ (%8,4)
Eozinofil: $0,21 \times 10^9/L$ (%2,2)
Bazofil: $0,1 \times 10^9/L$ (%1)
Hemoglobin: 14,3 g/dL

Biyokimya

Kan üre azotu: 5 mmol/L
Kreatinin: 0,92 mg/dl
AST: 27 U/L
ALT: 49 U/L
LDH: 163 U/L
Spot idrar
Protein/kreatinin: 174 mg/g

Otoantikolar

Serum kriyoglobulin: Negatif
Uzun panel: Negatif
Anti nRNP/Sm, Anti Sm,
Anti SS-A, Anti SS-B, AntiRo52, Anti Scl-70,
Anti Pm-Scl-100, Anti Jo-1, Anti CENP B,
Anti PCNA, Anti ds DNA, Anti Histon,
Anti AMA M2, Anti DFS 70

Eritrosit sedimentasyon hızı: 10 mm /saat

C- reaktif protein: 10,2 mg/L



Enfeksiyon Hastalıkları ☺

OLGU-3

- 2021 yılı ocak ayı, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji poliklinik başvurusu

İki yıl önce korunmasız cinsel ilişki öyküsü
Temastan yaklaşık 4 hafta sonra peniste ülsere lezyon



Korumalı: Genital Ülser İle Seyreden CYBİ/ Dr. Öğr. Üyesi Umut Devrim Binay

1 ay ago / 612 İzleme

KLİMİK DERNEĞİ OKULU (KİDOK)

KUTEP 2023



Dr. Öğr. Üyesi Umut Devrim Binay

GENİTAL ÜLSER İLE SEYREDEN CYBİ

SONRA İZLE

SİNEMA MODU

Genital Ülser Nedenleri

Etyoloji

- **İnfeksiyöz**

- Cinsel yolla bulaşabilen
 - Herpes simplex virus tip I and II (HSV-1 and HSV-2)
 - *Treponema pallidum*
 - *Chlamydia trachomatis* serovars L1-3
 - *Haemophilus ducreyi*
 - *Klebsiella (Calymmatobacterium) granulomatis*
- Cinsel yolla bulaşmayan
 - Tüberküloz
 - Amebiyaz
 - Leşmanyoz

- **Non-infeksiyöz**

- İlaç erüpsiyonu, Behçet hastalığı, maligniteler, Crohn hastalığı ve travma



Herpes genitalis

- En sık infeksiyöz genital ülser nedeni
- HSV Tip 1-Tekrarlayan ataklar
- HSV Tip 2-Anogenital lezyonlar
- Eritemli tabanda çok sayıda gruplanmış veziküller
- Ağrılı



Sifilis

- *T. pallidum*
- Tek, iyi sınırlı, ağrısız lezyon (şankr)
 - %30 ağrılı olabilir
- Şankr sayısı özellikle HIV-pozitif bireylerde birden fazla olabilir
- Şankr tedaviyle birkaç günde, tedavisiz 3-6 haftada iyileşir



Lenfograneloma venereum

- *C. trachomatis* (Serovar L1, L2, L3)
- Doęu-Batı Afrika, Hindistan, Güneydoęu Asya, Karayipler
- Papül, ülser >>> Lenfadenopati
- Ülser ağrısız



Şankroid

- *Haemophilus ducreyi*
- Afrika, Asya, Latin Amerika ve Karayipler
- Papül>>>Ülser
- Ülser ağrılı
- Derin, düzensiz, pürülan, sarı-gri tabanlı, alttı oyuk, menekşe renginde ülser

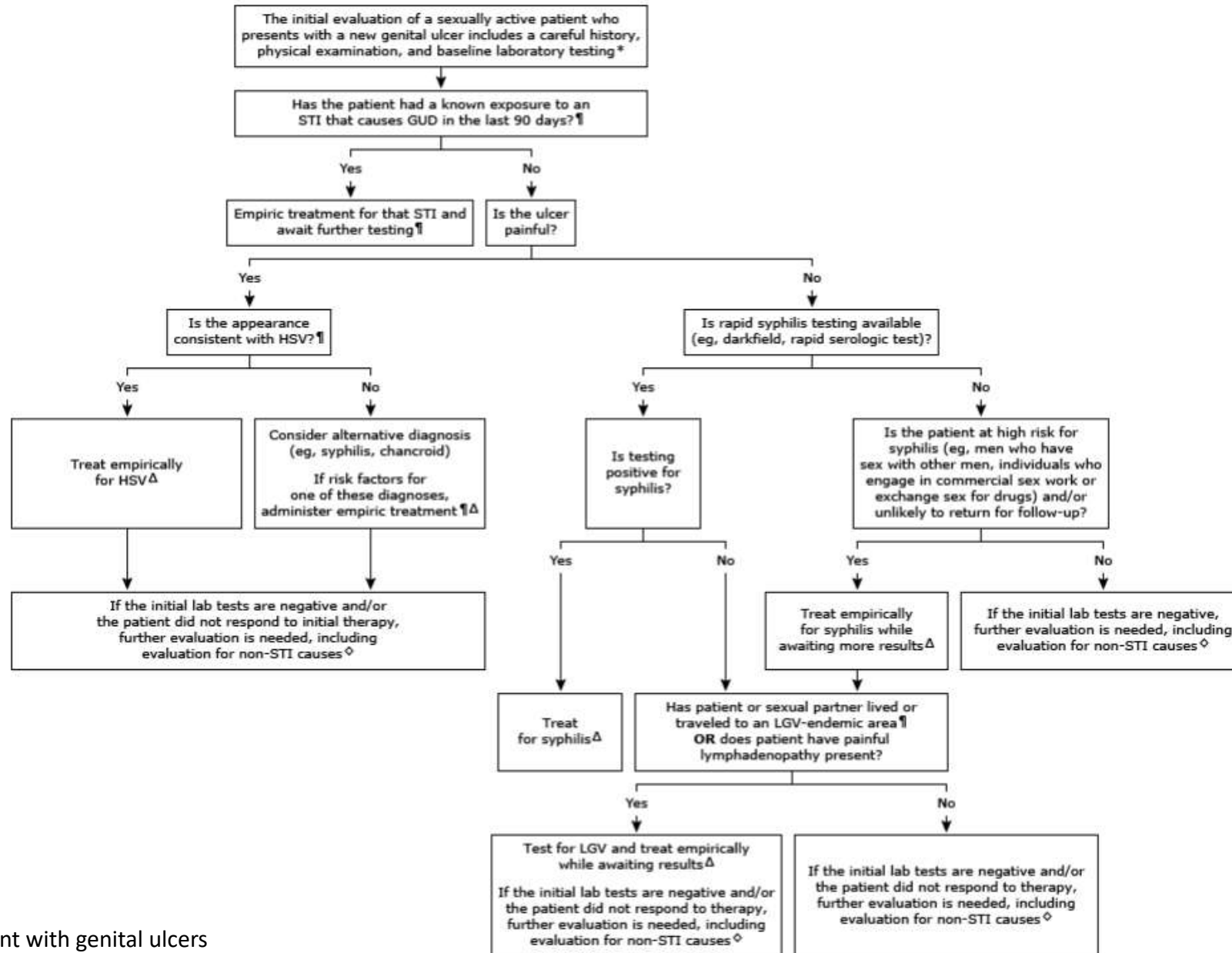


Granüloma inguinale

- Donovanyoz
- *Klebsiella granulomatis*
- Hindistan, Güney Afrika, Güney Amerika
- Ülser, bir ya da daha fazla noduler lezyon
- Otoinokulasyon sonucu «kissing ülser»
- Ülser ağrısız



Cinsel Aktif Bireyde Genital Ülser Yaklaşım



OLGU-3

- 2021 yılı ocak ayı, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji poliklinik başvurusu

İki yıl önce korunmasız cinsel ilişki öyküsü
Temastan yaklaşık 4 hafta sonra peniste ülsere lezyon

Tek lezyon, sert ve ağrısız
Eş zamanlı kasıkta ele gelen şişlik
El içi-ayak tabanı ve burun içinde döküntü
Lezyonlar skarsız iyileşmiş

VDRL pozitif

?

Sifilis Tanısında Kullanılan Yöntemler

- **Direkt yöntemler**

- Taze lezyondan örnek alınması ve deneyimli personel gerektirmektedir
- Şankr, condyloma lata veya konjenital sifilis lezyonundan karanlık alan mikroskopisi, floresan antikor boyama, immünohistokimyasal inceleme ve polimeraz zincir reaksiyonu ile spiroketler gösterilebilir

- **İndirekt yöntemler=Serolojik testler**

- Non-treponemal testler
- Treponemal testler

Sifilis Tanısında Kullanılan Yöntemler

- **Non-treponemal testler**

- Tarama amaçlı kullanılırlar
- Şankrdan 1-4 hafta sonra pozitifleşirler

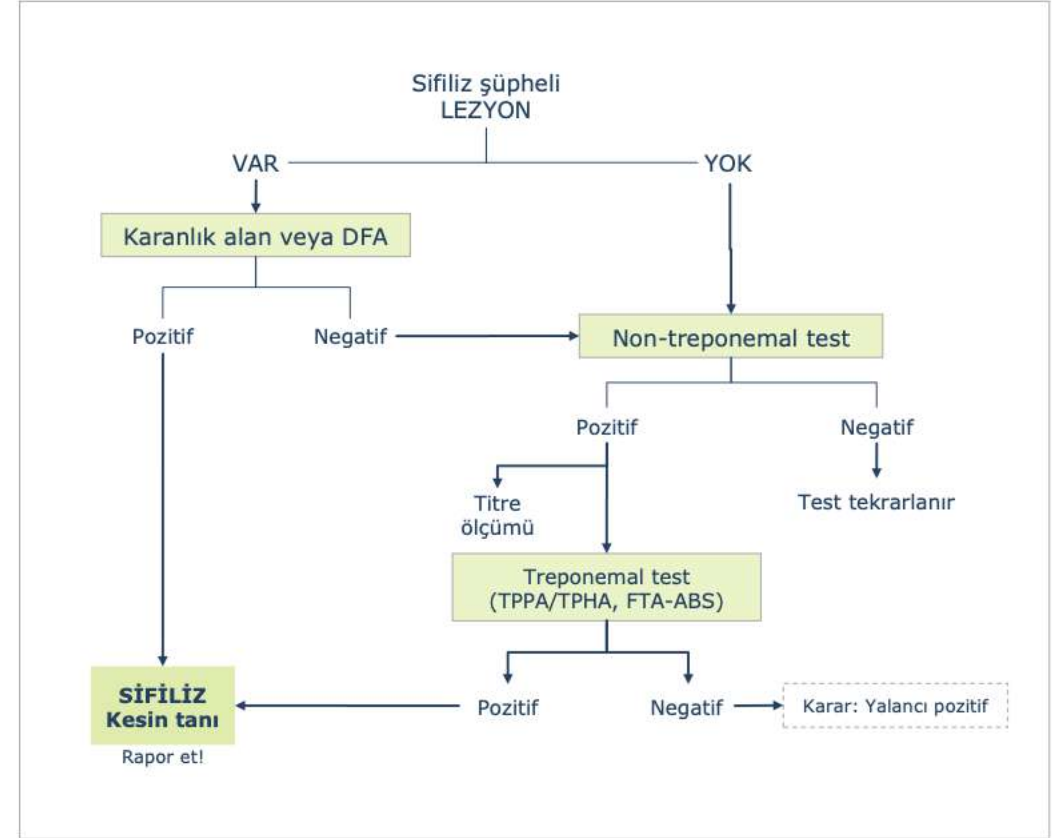
- RPR
- TRUST
- VDRL

- **Treponemal testler**

- Kesin tanıda kullanılırlar
- Hayat boyu pozitif kalırlar
- Şankrdan 6-14 gün sonra pozitifleşirler

- FTA-ABS
- MHA-TP
- TPPA
- TPHA

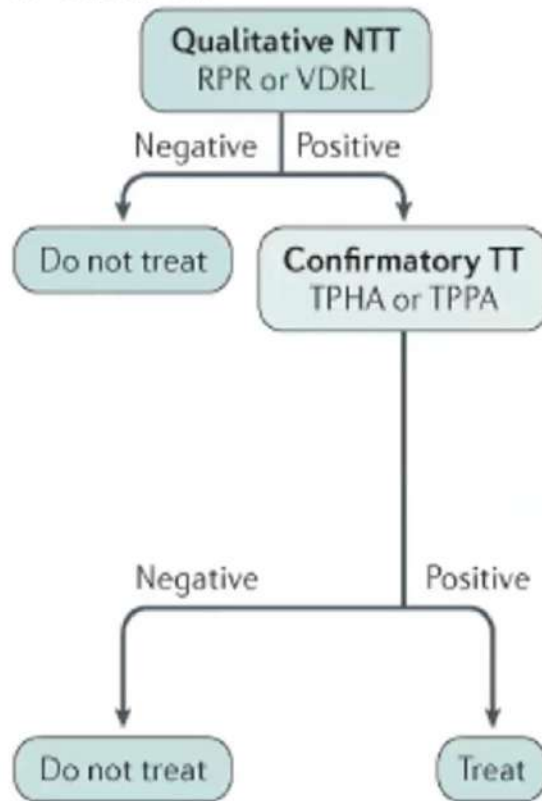
Sifilis tanı algoritması



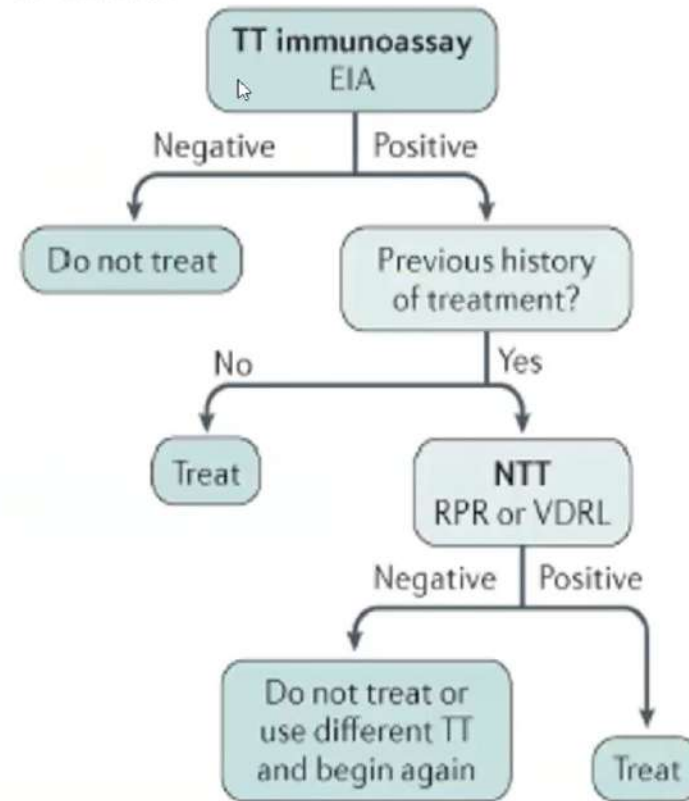
Şekil 1. Erken sifilis için önerilen rutin inceleme akış şeması (6)

Sifilis Tanı Algoritması

a Traditional



b Reverse



OLGU-3

- 2021 yılı ocak ayı, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji poliklinik başvurusu

İki yıl önce korunmasız cinsel ilişki öyküsü
Temastan yaklaşık 4 hafta sonra peniste ülsere lezyon

Tek lezyon, sert ve ağrısız
Eş zamanlı kasıkta ele gelen şişlik
El içi-ayak tabanı ve burun içinde döküntü
Lezyonlar skarsız iyileşmiş

VDRL pozitif

TPHA pozitif, FTA-ABS pozitif

Anti HIV: Negatif

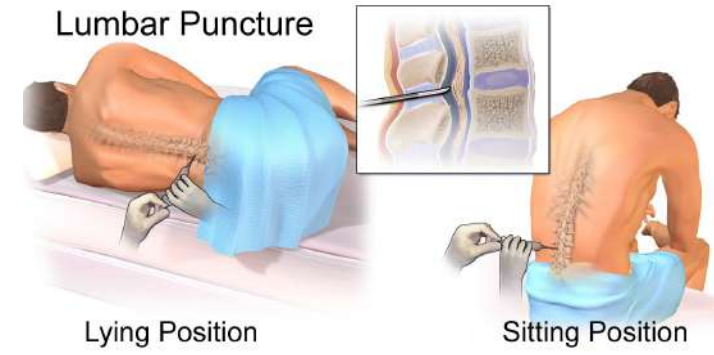
OLGU-3



- Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji servisine yatış verildi
 - Ön tanı: Nörosifilis, oküler sifilis
- Ek tetkikler planlandı



OLGU-3



- Kranial bilgisayarlı tomografi
 - İntra-ekstraaksiyel kanama bulgusu saptanmamıştır
 - Ventriküler sistem normal konumda ve açıktır
 - Orta hat yapılar da çift yoktur
 - Kalvaryal kemik yapılar da aşikar fraktür hattı saptanmamıştır
- Lomber ponksiyon (beyin omurilik sıvısı-BOS özellikleri)
 - BOS makroskopik olarak berrak
 - BOS basıncı normal
 - BOS hücre sayımı: Hücre yok
 - BOS glukoz: 59 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu: 120 mg/dl)
 - BOS protein: 31 mg/dl
 - BOS klor: 123 mEq/L
 - BOS laktat dehidrogenaz: <25 U/L

BOS VDRL: Negatif

OLGU-3

- Kontrastlı kranial manyetik rezonans görüntüleme
 - Beyin sapı ve serebelluma ait intensite homojendir
 - IV. ventrikül orta hattadır
 - III. ve lateral ventriküller normal konum ve boyuttadır
 - Kortikal sulkus ve fissürler doğaldır
 - Patolojik kontrastlanma izlenmemiştir

Sifilis Evreleri

- **Primer**
- **Sekonder**
- **Latent**
 - Erken-<1-2 yıl
 - Geç->1-2 yıl
- **Tersiyer**
- Nörosifilis her evrede görülebilir
 - Daha çok ileri evrelerde beklenir
- Okuler sifilis daha çok latent evrede beklenir

Nörosifilis Tanısı

- Beyin omurilik sıvısında (BOS) lenfosit ve protein artışı beklenir
- BOS VDRL pozitifliği tanıda altın standarttır ancak sensitivitesi düşüktür
- BOS FTA-ABS ve TPPA'nın sensitivitesi VDRL'den yüksektir
- Nörosifilis tanısında BOS polimeraz zincir reaksiyonu sensitivitesi düşük olduğu için rutin olarak önerilmemektedir

OLGU-3

- Göz hastalıkları konsültasyonu
 - Retinal tutulum mevcut
 - **Fundus floresan anjiografi: retinal vaskülit ve kistik makula ödemi**
 - Retinal vaskülit etiyolojisi ayırıcı tanısı için hastadan ek tetkik planlandı
 - Herpes simpleks virus tip 1 IgM (-)/IgG (+)
 - Herpes simpleks virus tip 2 IgM (-)/IgG (+)
 - Anti Toxoplasma IgM (-)/IgG (-)
 - Anti CMV IgM (-)/IgG (+)

OLGU-3

- Kulak burun boğaz konsültasyonu
 - Burun içi lezyondan vaskülit ön tanısıyla biyopsi
 - Kan, fibrin ve yüzeysel epitel fragmanları, patolojik görünüm izlenmedi
- Romatoloji konsültasyonu
 - Sistem sorgusunda eklem veya organ tutulumu tariflemeyen, ANA+ ve ANCA++ olan ancak uzun panel negatif olan hastada otoantikor pozitifliği yalancı pozitiflik lehine değerlendirilmiştir



?

Non-treponemal Testlerde Yalancı Pozitiflik

- Viral infeksiyonlar (Hepatitler, İnfeksiyöz mononnükleoz)
- Sıtma, kızamık
- Aşı
- Gebelik
- İnfektif endokardit
- Lepra
- Tüberküloz
- Otoimmün hastalıklar (Lupus, romatoid artrit)
- IV ilaç kullanımı
- İleri yaş

OLGU-3

- Tedavi
 - 14 gün süreyle 6x4 milyon ünite kristalize penisilin G
 - Göz hastalıklarının önerisiyle 1 mg/kg /gün dozundan prednol tablet başlandı
 - Prednol tedavisinin haftalık 10 mg azaltılarak devam edilmesi, 20 mg'dan sonra 2 haftada 5 mg azaltılarak kesilmesi planlandı



Sifilis Tedavisi

	Tedavi seçeneği 1	Tedavi seçeneği 2	Tedavi seçeneği 3
HIV'li yetişkinler de dahil olmak üzere hamile olmayan yetişkinlerde birincil ve ikincil sifiliz	Penisilin G benzatin, IMi tek dozda 2.4 MIU	Doksisiklin, 14 gün boyunca günde iki kez ağızdan 100 mg	Seftriakson, günde 1 g, intramüskül veya intravenöz, 10-14 gün süreyle
HIV'li yetişkinler de dahil olmak üzere hamile olmayan yetişkinlerde erken latent sifiliz	Penisilin G benzatin, kas içi tek dozda 2.4 milyon ünite	Doksisiklin, 28 gün boyunca günde .. iki kez ağızdan 100 mg	..
HIV'li yetişkinler de dahil olmak üzere hamile olmayan yetişkinlerde geç latent sifiliz	Penisilin G benzatin, toplam 7,2 milyon ünite, her biri 1 hafta aralıklarla 2,4 milyon ünitelik 3 kas içi dozda uygulandı	Doksisiklin, 28 gün boyunca günde .. iki kez ağızdan 100 mg	..
Geç sifiliz (diş eti ve kardiyovasküler belirtiler) ancak nörosifiliz değil	Penisilin G benzatin, toplam 7,2 milyon ünite, her biri 1 hafta aralıklarla 2,4 milyon ünitelik 3 kas içi dozda uygulandı
Nörosifiliz ve oküler sifiliz	kristalize penisilin G, günde 18-24 milyon ünite, her 4 saatte bir 3-4 milyon ünitelik İNTRAVENÖZ dozlarda veya 10-14 gün boyunca sürekli infüzyon halinde uygulanır.	Penisilin G prokain, günde tek kas .. içi dozda 2.4 milyon ünite artı probenesid, her ikisi de 10-14 gün boyunca günde dört kez ağızdan uygulanan 500 mg	..
Hamilelikte birincil ve ikincil sifiliz	Penisilin G benzatin, kas içi tek dozda 2.4 milyon ünite
Hamilelikte erken latent sifiliz	Penisilin G benzatin, kas içi tek dozda 2.4 milyon ünite
Hamilelikte geç latent sifiliz	Penisilin G benzatin, toplam 7,2 milyon ünite, her biri 1 hafta aralıklarla 2,4 milyon ünitelik 3 kas içi dozda uygulandı
Konjenital sifiliz	Sulu kristal penisilin G Günde 100.000–150.000 ünite/kg, doz başına 50.000 ünite/kg olarak yaşamın ilk 7 günü boyunca her 12 saatte bir ve daha sonra toplam 10 gün boyunca her 8 saatte bir intravenöz olarak uygulanır.	Prokain penisilin G 10 gün boyunca .. günlük tek dozda kas içi doz başına 50.000 ünite/kg	..



Sifiliste Eş Tedavisi

- Şankr öncesi 90 gün içindeki partnerlerin seroloji sonucundan bağımsız biçimde tedavi edilmesi önerilmektedir
- Non-treponemal ve treponemal test pozitifse evre değerlendirilmeli ve gerektiğinde tedavi tekrar gözden geçirilmelidir
- Sifilis saptanan kadınlar uygun tedavi sonrası gebe kalabilirler (?)

Diğer Genital Ülserle Seyreden İnfeksiyonların Tedavisine Kısa Bir Bakış

-Genital herpes-

İlk atak tedavisi

- Asiklovir 400 mg oral, günde 3 kez, 7-10 gün süreyle veya
- Valasiklovir 1g oral, günde 2 kez, 7-10 gün süreyle veya
- Famsiklovir 250 mg oral, günde 3 kez, 7-10 gün süreyle
- On günlük tedaviden sonra iyileşme sağlanmazsa, tedavi uzatılabilir.

Tekrarlayan atakların tedavisi

- Asiklovir 800 mg oral, günde 2 kez, 5 gün süreyle veya
- Asiklovir 800 mg oral, günde 3 kez, 2 gün süreyle veya
- Valasiklovir 500 mg oral, günde 2 kez, 3 gün süreyle veya
- Valasiklovir 1g oral, günde tek doz, 5 gün süreyle veya
- Famsiklovir 125 mg oral, günde 2 kez, 5 gün süreyle veya
- Famsiklovir 1g oral, günde 2 doz, 1 gün süreyle veya
- Famsiklovir 500 mg oral, tek doz takiben 250 mg günde 2 kez, 2 gün süreyle.

Supresyon tedavisi

- Genital herpesin tekrarlayan ataklarını %70-80 azaltmakta
- Asiklovir 400 mg oral, günde 2 kez, veya
- Valasiklovir 500 mg oral, günde tek doz*, veya
- Valasiklovir 1g oral, günde tek doz, veya
- Famsiklovir 250 mg oral, günde 2 kez

*Valasiklovir 500 mg günde tek doz tedavisi, çok sık tekrarlamaları olan (yılıda ≥ 10 atak) kişilerde diğer valasiklovir veya asiklovir rejimlerinden daha az etkili olabilir.

Diğer Genital Ülserle Seyreden İnfeksiyonların Tedavisine Kısa Bir Bakış -Şankroid-

- Azitromisin 1g oral, tek doz veya
- Seftriakson 250 mg IM, tek doz veya
- Siprofloksasin 500 mg oral, günde iki kez, 3 gün süreyle veya
- Eritromisin baz 500 mg oral, günde 3 kez, 7 gün süreyle.

Hastanın hastalığının başlangıcından önceki 10 gün içindeki cinsel eşleri tedavi edilmeli

Diğer Genital Ülserle Seyreden İnfeksiyonların Tedavisine Kısa Bir Bakış

-Lenfograduloma venereum-

- Önerilen Rejim:
 - Doksisisiklin 100 mg oral günde iki kez, 21 gün süreyle
- Alternatif Rejim:
 - Eritromisin baz 500mg oral günde 4 kez, 21 gün süreyle
 - Azitromisin 1 gr/hafta, 3 hafta süreyle
 - ✓ Ayrıca buboların aspirasyonu veya insizyon ve drenajı inguinal/femoral ülserasyonları önlemek için gerekebilir.
 - ✓ Son 60 gün içindeki cinsel eşlerin tedavisi

Diğer Genital Ülserle Seyreden İnfeksiyonların Tedavisine Kısa Bir Bakış -Granuloma İnguinal-

- Önerilen Rejim:
 - Azitromisin 1g oral haftada bir kez veya 500 mg/gün, en az 3 hafta süreyle, bütün lezyonlar iyileşene kadar
- Alternatif Rejimler: en az 3 hafta süreyle herhangi birisi
 - Doksisisiklin 2*100 mg
 - Eritromisin 4*500 mg
 - Trimetoprim-sulfametoksazol 160/800) 2*1
- Tedaviye yanıt vermeyen olgularda bu tedavi rejimlerine gentamisin 1mg/kg/8 saatte bir IV eklenebilir
- Son 60 gün içindeki cinsel eşlerin tedavisi

Akılda Kalanlar.....

- **Genital akıntı ile gelen hastada;**
 - NAAT tanıda önde
 - Üretrit/servisit tedavisinde; test edilemiyorsa ikili tedavi
 - Direnç artışı önemli
 - Partner tedavisini unutma!!!!
- **Genital ülser de ağrıya dikkat**
 - Sifilis de penisilin halen güvenle kullanılabilir
 - HSV infeksiyonunda
 - İlk klinik atak (7-10 gün), tekrarlayan atak (2-5 gün), tekrarlayan süpresyon tedavisi (?)