

Sitiliz ve Gebelik: Olgu Bildirimi

SYPHILIS AND PREGNANCY: A CASE REPORT

C.Tamer EREL*, Engin ORAL*, Nadide COŞKUN",
Erdal POLAT***, Server SERDAROGLU****, Kılıç AYDINLI*****

* Uz.Dr.İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,
** Uz.Öğr. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,
*** Uz.Biol.İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,
~ Doç.Dr.İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD,
•~**Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, İSTANBUL

ÖZET

Amaç: Son zamanlarda dünyada seksüel yolla bulaşan (SYB) hastalıklarda görülen artışa paralel olarak, sitiliz olgularında bir artış görülmektedir. Bum bağlı olarak konjenital sitiliz (KS) olgularında da bir artış göze çarpmaktadır. Biz, 29 haftalık gebelikte görülen 2. dönem sitiliz lezyonları olan olgumuz nedeni ile ülkemiz koşullarında, konunun tartışılmasının gereğini düşünmekteyiz.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.

Olgu: Yirmidokuz haftalık gebeliği olan ve anogenital yaygın kondiloma lata bulgusu ile kliniğimize başvuran hastada sitiliz teşhis edilmiş olup tedavi ve takibi neticesinde, canlı bir kız bebek doğurtuldu.

Sonuç: Ülkemiz koşullarında konjenital sifiliz olgularını önlemek için riskli hasta popülasyonu sifiliz açısından muhakkak taranmalıdır. Bu hastaların takipleri titizlikle yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Sifiliz

T Klin Jinekoloj Obst 1996, 6:142-145

SUMMARY

Objectiva: Recently, sexually transmitted diseases (STD) have increased all over the world. Syphilis and congenital syphilis have also increased in regard to have been observed in increasing numbers of STDs. Therefore, as related to our case, a 29 weeks old pregnant woman with secondary syphilis, we want to discuss the subject.

Smtlmd: Istanbul University, Cerrahpaşa School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynaecology.

Case: A woman with 29 weeks of gestation applied to our clinic by complaining the anogenital condyloma lata. Syphilis was diagnosed and treated.

Conclusion: We have believed that it is necessary to screen the high risk women for preventing the congenital syphilis. The follow-up of these patients are extremely important.

Key Words: Pregnancy, Syphilis

T Klin J Gynecol Obst 1996, 6:142-145

Sifiliz seksüel yolla bulaşan (SYB), **Treponema pallidum** adlı spiroketin meydana getirdiği sistemik bir enfeksiyon hastalığıdır.

Mısır ve Anadolu'daki eski kemik kalıntıları ve İncirdeki tefsirler, sifilizin ne kadar eski olduğuna dair ipuçları verseler de, genellikle bilinen, hastalığın Amerika kıtasının keşfi ile eski dünyaya yayıldığı yönündedir (1).

Günümüzde Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) her 100.000 kişiden yaklaşık 18'i sifilizli olup, her yıl 35.000 olgu bildirilmektedir (2). Buna bağlı olarak konjenital sifiliz (KS)'de artış gösterip, günümüzde yaklaşık 3000 olgu bildirilmiştir (3,4).

Gelif Tarihi: 28.03.1995

Yazı »ma Adresi: Dr.C.Tamer EREL
Kaşaneler Sok. Nigarhanım Apt.
No: 28/11 81070 Erenköy, İSTANBUL

Dünyada sifiliz, özellikle diğer SYB hastalıklarının artış gösterdiği bölgelere uygun olarak bazı Afrika ülkeleri ile Güneydoğu Asya ülkelerinde sıklıkla görülmektedir.

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığına ait kayıtlar incelendiğinde 1960'lara kadar hastalığın sıkı takipler sonucu azaldığı ama daha sonra arttığı, 1980'lerin başlarında en yüksek seviyelere ulaştığı ve günümüzde ise yaklaşık yılda 500'ün üzerinde yeni olgu bildirilmektedir (5).

Tüm bu bulgular sifilizin, dünyada görülen artışına paralel bir şekilde ülkemizde de yaygınlaştığını göstermektedir. Buna bağlı olarak gebe kadınlarımızın bebekleri KS açısından risk altındadır. Kliniğimizdeki bir olgu nedeni ile konuyu tartışmak istedik.

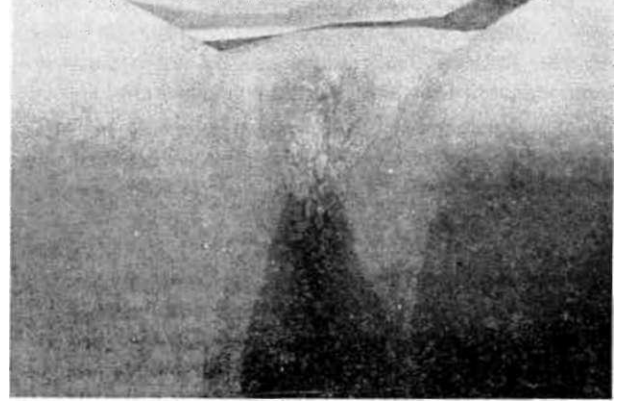
OLGU

Bn.N.Ç. 21 yaşında, G:I, P:0. hikayesinde bir özelliği olmayan 29 haftalık gebe, vulvasında 1 aydır



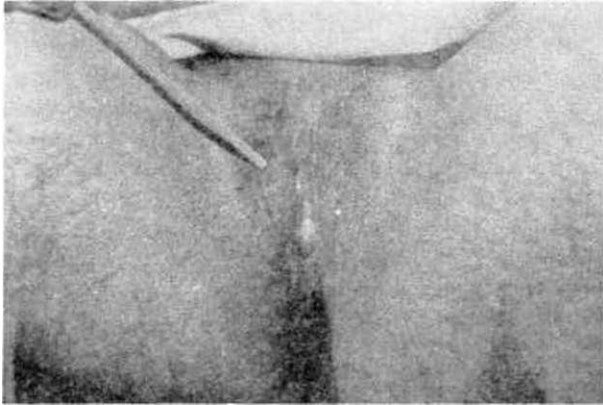
Şekil 1. Anogenital bölgede görülen kondiloma lata.

Figure 1. Condyloma lata on the anogenital area.



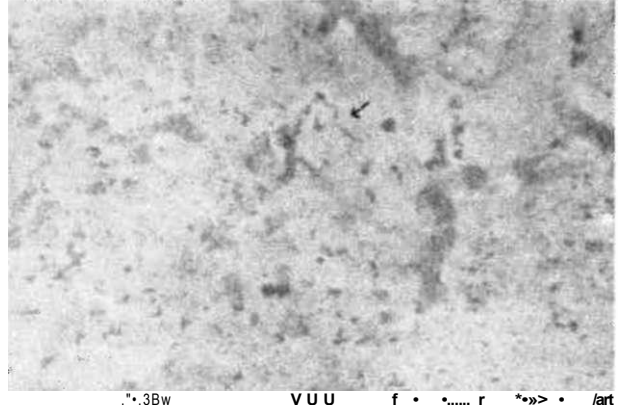
Şekil 2. Anogenital bölgede görülen kondiloma lata.

Figure 2. Condyloma lata on the anogenital area.



Şekil 3. Tedavi sonrası lezyonların görünümü.

Figure 3. The appearance of the lesions after the therapy.



Şekil 4. Plasentadan hazırlanan preparatta görülen spiroket (Treponema pallidum)

Figure 4. Spirochete (Treponema pallidum) seen on the preparation from the placenta.

devam eden kaşıntılı, yaralarının olması şikayeti ile kliniğimize geldi.

Gebemiz düşük sosyoekonomik gruptan olup, eşinin ve kendisinin tek eşli bir cinsel yaşamı olduğu saptandı. Çift 1 yıllık evli idi.

Yapılan fizik muayenede, haftası ile uyumlu, makat prezantasyonda, 29 haftalık gebelik ve normal bir plasenta saptandı.

Vulvada introitus vajen ve penana! bölgede, simetrik yerleşimli, üzerileri düz, deri renkli veya hafif morumsu, çapları 0.5-1 cm arasında değişen, bazıları bir birleri ile birleşen mesare ve bazıları ele erode mukozal papüller görüldü (Şekil 1,2). Vajen ve serviks normal olarak değerlendirildi. Bilateral ağrısız, mobit inguinal Senfadenopati tespit edildi. Vücutta başka bir lezyona rastlanmadı.

Rutin laboratuvar tetkiklerinde bir özelliği bulunmayan hastanın nonspesifik sifiliz testlerinden Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) ve Rapid Plas-

ma Resgin (RPR) testinin (++++) müspet gelmesi üzerine lezyondan yapılan karanlık sahada spiroket tespit edilemedi. Bunun üzerine Sifiliz spesifik Fluorescent Treponemal Antibody Absorbed Serum (FTA-ABS) test istendi ve 1/320'de, pozitif olarak bulundu. Hastanın HIV testi negatif olarak tespit edildi.

Bu bulgular üzerine Dermatoloji ABD ile konsültasyon yapıldı ve gebe 2.evre Sifiliz olarak değerlendirilerek tedaviye alındı. Benzatin penisin 2.4 milyon IU İM. olarak yapıldı. Eş zamanlı olarak Jarisch Herxheimer reaksiyonunu engellemek için 20 mg İV metil prednizolon yapıldı. Daha sonra 14 gün boyunca 1 milyon IU/gün klemazol penisilin İM. olarak yapıldı. Eşine de birer hafta ara ile 3 kez 2.4 milyon IU benzatin penisilin İM. yapıldı. Lezyonlar 1 hafta içinde tamamen kayboldu (Şekil 3). Otuzdördünü haftada istenen serolojik tetkiklerinde bir değişiklik olmadı. Yapılan ultrasonografilerde fetusun gelişimi persantiline uygun bulundu.

Gebe 38 haftalıkken travaya girdi ve 2650 gram 1. ve 5. dakika Apgar skoru 7 ve 9 olan kız bir bebek doğurdu. Bebekte fizik muayenede bir bulgu saptanmadı. Plasenta 550 gram olup, soluk renkli idi.

Plasentada incelenmek üzerine Mikrobiyoloji ABD laboratuvarına gönderildi. Burada plasentadan elde edilen kan sıvı karışımı, serum fizyolojik ile 1/2 oranında sulandırıldı. Lam-lamel arası hazırlanan preparatta karanlık sahada Treponema Pallidum görülmesi üzerine, bu sıvıdan alınan yayma preparasyon Fontana yöntemi ile boyandıktan sonra ışık mikroskopunda Treponemaların resimleri çekildi (Şekil 4).

Anne de FTA-ABS 1/40'da pozitif, VDRL (+) iken, bebekte sırası ile FTA-ABS 1/24'de pozitif ve VDRL (+) olarak bulundu. Bunun üzerine anneye bir kür daha penisilin tedavisi uygulanırken, bebeğe ise 10 gün 50.000 U/kg/gün prokain penisilin İM olarak başlandı.

Anne ve bebek 1 ay sonraki kontrollerine gelmeyerek gerek klinik gerekse serolojik olarak sağlıtları takip edilemedi.

TARTIŞMA

Konjenital sifilizin bir toplumda görülme sıklığı, o toplumda görülen sifiliz sıklığı ile ilgilidir.

Amerika Birleşik Devletlerinde primer ve sekonder sifiliz insidensi 1981 ile 1989 yılları arasında %34'lük bir artış ile 100.000'de 13.7'den 18.4'e çıkmıştır (2). Bu sıklık ABD içindeki bölgelere göre büyük bir farklılık göstermektedir.

Buna bağlı olarak, ABD'de konjenital sifiliz 1982'de 4.3/100.000 oranında görülür iken, 1992'de 94.7/100.000 görüldüğü bildirilmiştir (6). Başka bir kaynak ise 1986-88 yılları arasında yapılan bir çalışmada bu oranı 184/100.000 olarak bildirmiştir (3).

Gebelerde yapılan bir çalışmada prenatal sifiliz insidensi %3.9 olarak bildirilmiştir (7).

İngiltere'de 1991 ve 1992 yılları içinde 220 kadında sifiliz ve sadece 5 olguda konjenital sifiliz görüldüğü bildirilirken (6) genellikle batı ülkelerinde antenatal sifiliz taramalarında 20-50/100.000 pozitif olgu bildirilmektedir (8).

Ülkemizde 1984 ile 1991 yılları arasında Sağlık Bakanlığının verilerine göre her yıl yeni bildirilen ve göç ile gelen olgu sayısında 1989 yılına kadar bir azalma gözlenirken, bu yıldan sonra bir artış gözlemlenmektedir (Tablo 1) (5).

Ülkemizde 5362 gebe kadının, antenatal sifiliz taramasında sadece 1'inde sifiliz bulunmuştur (9).

Maternal sifiliz, transplasental veya doğum anında direk olarak fetusu etkileyebilir. En çok olgumuzda da görüldüğü gibi sekonder sifiliz safhasında, spiroketemin en fazla olduğu dönemde fetusu etkiler.

Maternal spiroketeminin, fetusu ilk trimesterde de etkilediği bildirilmesine rağmen (10), genellikle sifilizin histo-

lojik bulguları, fetusun immün yanıtının oluştuğu gebeliğin ikinci yarısından sonra görüldüğü bildirilmiştir (7).

Buna bağlı olarak in utero ölüm, prematür doğum, gelişme geriliği, non-immün hidrops, sifilizli annelerin bebeklerinde sıklıkla görülen sonuçlardır (3). Konjenital sifiliz ile doğan bebeklerde ise RDS, pnömoni, osteitis, maküler döküntü, hepatosplenomegali, anemi, trombositopeni ve hiperbilirübinemi sıklıkla görülür (3.11). Bizim olgumuzda böyle bir komplikasyonun gelişmemesini antenatal tedaviye bağlamaktayız. Çünkü sifilizli annelerden doğan konjenital sifilizli olan ve olmayan bebekler karşılaştırıldığında, konjenital sifilizli çocukların annelerinin tedaviye daha geç alındıkları, teşhis ve doğum esnasında daha yüksek litrelerde serolojik tetkiklerinin pozitif oldukları gösterilmiştir (11).

Bu durumda konjenital sifilizi önlemede, maternal sifilizin taranması, tedavisi ve takibi önem kazanmaktadır.

Bir tarama testinin maliyet etkinliğinin olabilmesi için, öncelikle tarama yapılacak hastalığın, o toplumdaki sıklığını bilmek lazımdır. Bu yüzden bazı toplumlar için rutin antenatal tarama yapılması bizim toplumumuz için geçerli olmayabilir (6,8,12). Ancak bu durumda, ırksal farklılıklar, düşük sosyoekonomik düzey, çok eşlilik, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı, fahişelik, diğer SYB hastalıkların olması gibi risk faktörlerinin bulunduğu gruplarda antenatal tarama yapılabilir (2,3,7,13).

Olgumuz düşük sosyoekonomik gruptan bir gebe idi. Buna bağlı olarak da ilk kez bize antenatal takip için 29 haftada geldi. Yapılan çalışmalarda geç takibe gelen veya hiç gelmeyenlerde konjenital sifiliz görülme sıklığının daha fazla olduğu bildirilmektedir (2,3,7,13).

Antenatal tarama sifiliz için nontroponemal testler kullanılır. Bu gün için önerilen zaman, ilk antenatal visit ve gebeliğin 28.haftasında yapılmasıdır (7). Bu testler, primer sifilizin ilk haftasında %20'ye varan bir yanlışlık oranında negatif tanı koyabilir. Bu yüzden eğer anne doğuma yakın infekte olmuşsa postpartum testler hem annede hem bebekte tekrarlanmalıdır. Ayrıca gebeliğe bağlı olarak %1 oranında yanlış pozitiflik verebilir. Ancak sekonder sifiliz safhasında %98 pozitiflik verir (14). Kesin tanı ise olgumuzda da gösterildiği gibi treponema pallidum'un gösterilmesi ile koyulur (Şekil 4).

Sifilizli annelerde HIV enfeksiyonun 3 kat daha sık görüldüğü bilinen bir gerçektir (7). HIV gibi immün sistemi bozan hastalıklarda sifiliz tarama testlerinin negatif olduğu bildirilmiştir (14). Olgumuzda HIV testi negatif olarak bulundu.

Konjenital sifiliz için diğer bir risk faktörü, maternal yüksek titreli serolojik testlerin olması veya hastalığın sürmesinin tedaviye rağmen 1 yıldan uzun sürmesidir (11).

Konjenital sifiliz her zaman tüm klinik bulguları ile karşımıza çıkmaz. Bu yüzden 1 pozitif VDRL ve FTA-ABS'li ve yetersiz tedavi almış annelerden doğan, 2-se-rebrospinal sıvıda pozitif VDRL'si olan veya lökosit

mm³'de 5'den fazla olan, 3-radiografide sifilize ait belirtileri olan bebekler konjenital sifilizli olarak düşünülmalıdır (11). Biz de olgumuzda, herhangi bir klinik belirti olmamasına rağmen, bu şekilde düşünerek tedaviye başladık.

Özellikle antibiotik tedavisine cevap alamama başlı başına bir risk faktörüdür. HIV pozitifliği, penisilin yeterli dozda kullanılmaması, penisiline allerji olması nedeni ile eritromisin kullanılması ve nihayet gebeliğin sebep olduğu artmış plazma hacmi ve renal klirens, tedaviye cevap alamamada başlıca rolü oynamaktadır (3,11,14).

Gebelerde, penisilin tedavisinde önerilen doz erken sifiliz için olgumuzda kullanıldığı gibi 2.4 milyon ünite İM. tek doz enjeksiyondur. Konjenital sifiliz de ise prokain penisilin 50 000 ünite/kg 10 gün süre ile İM veya İV verilmelidir (14). Burada eşinin tedavisi çok önemlidir. Ancak biz tedavide başarısızlığı önlemek için 10 gün süre ile günde 1 milyon kJemazin penisilin ile tedaviye devam ettik. Tarama testi 6 haftada bir negatif oluncaya kadar tekrarlanmalıdır (14). Titresi değişmiyorsa tedavi edilmelidir. Biz olgumuzda doğumdan sonra bir kür daha tedaviye devam ettik. Nedeni hastanın doğumdan sonra kontrollere gelmeyeceği izlenimi vermesi idi. Ülkemizde yaygın olarak görülmeyen uyuşturucu madde bağımlılığı da konjenital sifiliz için bir risk faktörüdür.

Ülkemiz koşullarında konjenital sifilizi önlemek için, riskli hasta popülasyonunun taranmasının doğru olacağı kanaatinde olduğumuzu, bu hasta grubunun tedavi ve takibinin önemini vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Murat A. Klinik dermatoloji ve ve nöroloji. İ.Ü.Tıp Fak Yayınlarından, Rektörlük No3006, Fakülte No: 145. 1982:259.
2. Hofls RT, Nakashima AK. Epidemiology of primary and secondary syphilis in the United States, 1981 through 1989. JAMA 1990; 264:1432.
3. Ricci JM, Fpjaco RM, O'Sullivan MJ. Congenital syphilis: The university of Miami/Jackson Memorial Medical Center experience, 1986-1988. Obstet Gynecol 1989; 74 687.
4. Center for Disease Control. Syphilis and congenital syphilis-United States, 1985-1988. MMWR 1988; 37:486.
5. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü: Türkiye İstatistik Yıllığı, 1993:153.
6. Nicoll A, Moisley C. Antenatal screening for syphilis. BMJ 1994; 308:1253.
7. Klass PE, Brown ER, Pelton SI. The incidence of prenatal syphilis at the Boston City Hospital: A comparison across four decades. Pediatrics 1994; 94:24.
8. Gilbert GL Routine antenatal screening and prenatal diagnosis of vertically transmissible infection. Bailliere's Clin Obstet Gynaecol 1993; 7:1.
9. Tukan U, Kuru Ü, Ağaçfidan A ve ark. Gebe kadınlarda sifiliz taraması: Türkiye'de gebelerde sifiliz taraması gerekli midir? İnfeksiyon Dergisi 1993; 7:297.
10. Harter CA, Benirshke K. Fetal syphilis in the first trimester. Am J Obstet Gynecol 1976; 124:705.
11. McFarlin BL, Bottoms SF, Dock BS, Isada NB. Epidemic syphilis: Maternal factors associated with congenital infection. Am J Obstet Gynecol 1994; 170:535.
12. Sweeney J, Forster G, Goh BT. Antenatal Screening for syphilis. BMJ 1994; 309:194.
13. Mascola 1_ Pelosi R, Blount JH et al. Congenital syphilis why is it still occurring? JAMA 1984; 252:1719.
14. Wendel GD. Syphilis. In: Norbert G, ed. Principles and Practice of Medical Therapy in Pregnancy. 2nd ed. Norwalk, Connecticut: Appleton&Lange, 1992:585.