



SİFİLİZDE TEDAVİ TAKİBİ

Doç. Dr. Mehmet Melikoğlu

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar
Anabilim dalı.

Clinical manifestations and treatment of syphilis in nonpregnant adults

	Clinical manifestations*	Treatment [†]	Monitoring after treatment [‡]
Early syphilis	<p>Primary syphilis: Typically consists of a single painless chancre at the site of inoculation, accompanied by regional adenopathy.</p> <p>Secondary syphilis: A systemic illness that often includes a rash (disseminated and/or involving the palms and soles), fever, malaise, and other symptoms such as pharyngitis, hepatitis, mucous patches, condyloma lata, alopecia.</p> <p>Early latent: Refers to the period when a patient is infected with <i>Treponema pallidum</i> as demonstrated by serologic testing but has no symptoms. Early latent syphilis occurs within the first year of initial infection.</p>	<p>Preferred:</p> <ul style="list-style-type: none"> Penicillin G benzathine 2.4 million units IM once <p>Alternatives (choose one): ◊</p> <ul style="list-style-type: none"> Doxycycline 100 mg orally twice daily for 14 days[§] Ceftriaxone 1 g daily IM or IV for 10 to 14 days 	<p>Clinical exam and serologic testing with a nontreponemal test (eg, RPR) at 6 and 12 months.</p> <p>Titers should be checked more frequently if the patient is HIV infected, follow-up is uncertain, or reinfection is a concern.</p>
Late syphilis	<p>Tertiary syphilis: Patients with late syphilis who have symptomatic manifestations involving the cardiovascular system or gummatous disease (granulomatous disease of the skin and subcutaneous tissues, bones, or viscera).</p> <p>Late latent syphilis: The period when a patient is infected with <i>T. pallidum</i> as demonstrated by serologic testing but has no symptoms. Late latent syphilis by definition is present more than one year after initial infection. If the timing of an infection is not known, late latent syphilis is presumed.</p>	<p>Preferred:</p> <ul style="list-style-type: none"> Penicillin G benzathine 2.4 million units IM once weekly for three weeks <p>Alternatives (choose one):</p> <ul style="list-style-type: none"> Doxycycline 100 mg orally twice daily for four weeks[§] Ceftriaxone 2 g daily IM or IV for 10 to 14 days 	<p>Clinical exam and serologic testing with a nontreponemal test (eg, RPR) at 6, 12, and 24 months.</p>
Neurosyphilis	<p>Neurosyphilis: Can occur at any time during the course of infection.</p> <p>Early neurosyphilis: Patients with early neurosyphilis may have asymptomatic meningitis, symptomatic meningitis, or less commonly meningovascular disease (ie, meningitis or stroke). Vision or hearing loss with or without concomitant meningitis may also be present, and ocular/otologic syphilis is treated as neurosyphilis.</p> <p>Late neurosyphilis: The most common forms involve the brain and spinal cord (dementia [general paresis] and tabes dorsalis).</p>	<p>Preferred:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aqueous penicillin G 3 to 4 million units IV every four hours (or 18 to 24 million units continuous IV infusion) for 10 to 14 days[¶] If possible, patients allergic to penicillin should be desensitized and treated with IV penicillin <p>Alternatives[‡] (choose one):</p> <ul style="list-style-type: none"> Penicillin G procaine 2.4 million units IM daily plus probenecid 500 mg orally four times daily, both for 10 to 14 days Ceftriaxone 2 g IV daily for 10 to 14 days 	<p>Clinical and serologic monitoring with nontreponemal tests (eg, RPR). The frequency depends upon the stage of disease (eg, early or late).</p> <p>CSF monitoring may be warranted.[†]</p>

Nontreponemal testler

- ▶ Tarama ve takipte kullanılır
- ▶ Kolay ve ekonomik
- ▶ Titrasyon hastalık aktivitesi ile paralellik gösterir
- ▶ İnokülasyondan 3-7 hafta sonra
- ▶ Şankrden 1-4 hafta sonra pozitifleşir. 8 hafta sonra titrasyon en yüksektir
- ▶ Düşük titreler ($<1/8$) sonraki yıllarda değişmeden kalabilir (Serofast;%15-25)

Treponemal Testler

- ▶ Tarama ve doğrulama
- ▶ Takipte kullanılmaz, titrasyon bakılması gerekli değildir
- ▶ Erken sf de %15- %25negatifleşebilir.
- ▶ Genellikle hayat boyu pozitif
- ▶ NTT'lerden daha fazla özgüldür TPHA 3.-4. haftada pozitif.
- ▶ 19S IgM FTA ABS 14. gün pozitif, en erken tanı , %100 spesifik.

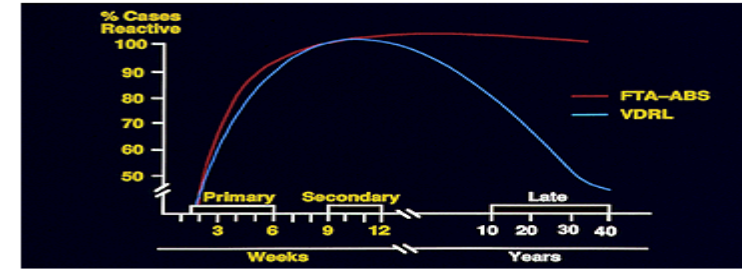
NTT VE TT nadiren yanlış pozitif olabilir!

- ▶ **Yanlış pozitif Nontreponomal NTT 'ler** ; hamilelikte yaygındır, akut enfeksiyon riketsiya ateşli hastalık , aşılama ve otoimmün hastalıklar. otoimmün bozukluklar (özellikle SLE) gibi kronik durumları; intravenöz ilaç kullanımı; Kronik karaciğer hastalığı; ve altta yatan HIV hastalığı. TT ile doğruyla FTA ABS
- ▶ **Yanlış pozitif ; Pozitif (NTT) nontreponemal /pozitif (TT)treponemal test yaws bejel ve pinta** da görülür. veya **immunitiyi etkileyen durumlar**
- ▶ **Pozitif TT /negatif NTT**; diğer spiroketal enfeksiyonlar, sıtma ve lepra dahil çeşitli durumlarda

Yanlış Negatif Test Sonucu

- ▶ Çoğu hastada, negatif bir sonuç aktif sifiliz tanısını dışlar
- ▶ Bazen erken sifilizin klinik belirtileri ve semptomları (örn. ülser, döküntü) olan hastalarda **yanlış negatif test sonucu** olabilir.
- ▶ 1-Antikor oluşumundan önce test
- ▶ 2-Prozon etkisi
- ▶ 3-Erken ampirik tedavi görenlerde de (örn. doğrulanmış sifilizli hastaların cinsel temasları) yanlış negatif test görülebilir.

Time course of antibody development during syphilis



A comparison of the reactivity of the Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) and fluorescent treponemal antibody absorption (FTA-ABS) during the course of untreated syphilis. A substantial proportion of persons with primary syphilis may not have developed a diagnostic antibody response at the time the chancre of primary syphilis appears.

Courtesy of Charles B Hicks, MD; modified from the VD Program, Centers for Disease Control, US Public Health Service.

Yanlış Negatif Test Sonucu

- ▶ **Erken SY Antikor oluşumundan önce test etme;** Şankr ile başvuran hastaların yaklaşık % 20-30'unda NTT nonreaktiftir.
- ▶ (FTA-ABS) primer sifilizde en hassas %98.7
- ▶ Erken sifiliz için şüphe varsa 2-4 hafta sonra serolojik testler tekrarlanmalı
- ▶ Yüksek risk taşıyan hastalarda ek testlerin sonuçlarını beklemek yerine tedavi yapılır
- ▶ **Erken SY Prozon reaksiyonu;** Antikor titreleri yüksek olduğunda (sıklıkla sekonder sifilizde görüldüğü gibi), aşırı miktarda antikor, antijen-antikor komplekslerinin kümelenmesini engeller.
- ▶ Genelde gebelik, HIV koenfeksiyonu ve nörosifiliz ile ilişkilidir.
- ▶ **Geç sifilizde negatif nontreponemal test;** ilerlemiş immünsüpresyonu olanlarda ve AIDS'li hastalarda geç dönme

Takipte Klinik Değerlendirme

- ▶ **Erken sifilizli hastalar, semptomların (örn. döküntü, ülser) düzelmesi açısından klinik olarak değerlendirilmelidir.**
- ▶ Geç evre kardiyovasküler veya kutanöz olmayan gomları olan hastalarda semptomlarda önemli bir değişiklik beklenmez.

Serolojik Testler

- ▶ **Non-Treponemal (RPR), (VDRL) titreleri tedaviden sonra izlenmelidir.**
- ▶ **Yanıtın değerlendirilmesi**
- ▶ iki dilüsyon değişikliğine (örneğin, 1:32'den 1:8'e
- ▶ veya 1:16'dan 1:4'e
- ▶ **Eşdeğer en az dört kat düşüş, yeterli bir serolojik yanıttır.**
- ▶ Başarılı tedavi ile hastaların çoğunda seroreversiyon görülür; ancak bazılarında görülmez.

Yanıtın Değerlendirilmesi

- ▶ **Seroreversiyon** – Başarılı tedavide zamanla nontreponemal(NTT) antikorların kaybı (seroreversiyon) klinik iyileşme ile ilişkilidir.
- ▶ Erken sifiliz tedavisi gören hastaların çoğunda zaman içinde seroreversiyon gelişecektir.
- ▶ NTT titresi nonreaktif olduğunda, yeni enfeksiyon endişesi nedeniyle yapılmadığı sürece ek teste gerek yoktur.
- ▶ Treponemal testlerin % 24'ü varan seroreversiyon görülür.(Özellikle primer sifilizde erken tedavi ile)

- ▶ Serolojik yanıttan önce tedavinin başlatıldığı nadir durumlarda (klinik veya mikroskopik tanı ile primer sifiliz), serolojik testler reaktif olmayabilir.
- ▶ Tedaviye başlamadan hemen önce (ideal olarak tedavinin ilk gününde) nontreponemal bir titre bakılmalıdır.

Titrede dört kat veya daha fazla düşüş

- ▶ **Titrede dört kat veya daha fazla düşüş**
- ▶ Treponemal olmayan titrede iki dilüsyon değişikliğine eşdeğer dört kat düşüş (rneğin, 1:16'dan 1:4'e veya 1:32'den 1:8'e) yeterli bir yanıt olarak kabul edilir:
- ▶ Gereken süre,
- ▶ **Erken sifilizde 12 ay**
- ▶ **Geç sifiliz veya geç latent sifiliz, 24 ay' da yanıt alınmalıdır**

Titrede dört kattan daha az d

- ▶ **Titrede dört kattan daha az d**
- ▶ Hastaların çoğunda tedavi başarısızlığı veya yeniden enfeksiyon dur!
- ▶ Bazı hastalarda (rn. antikor titreleri <1:8 olanlarda), daha dk titrelere sahip olanlarda dört kat d olasılığı daha dk olabilir.

Ne Sıklıkta İzlenir

- ▶ **Ne sıklıkta izlenir** ; *tedaviye başlamadan hemen önce (ideal olarak tedavinin ilk gününde) nontreponemal bir titre bakılmalıdır.*
- ▶ Takip testi enfeksiyonun evresine bağlıdır:
- ▶ Erken sifiliz hastalarında, tedaviden 6 ve 12 ay sonra
- ▶ Ve klinik semptomların tekrarlaması durumunda herhangi bir zamanda serolojik testler yapılmalıdır.
- ▶ 12 aya kadar yeterli bir yanıt alınmalıdır.
- ▶ **Geç sifiliz veya geç latent sifiliz**, 6, 12 ve 24. aylarda takip serolojik testlerden geçmelidir çünkü tedaviden **iki yıla kadar yeterli yanıt alınamayabilir.**

NTP titrelerde düşme hızını yavaşlatabilen diğer faktörler,

- ▶ Önceki geçirilmiş sifiliz atakları,
- ▶ Tedaviden önceki enfeksiyonun süresi
- ▶ HIV koenfeksiyonunun varlığıdır.

Nörosifilizli hastalar

- ▶ Tedavinin başarısı, klinik bulguların düzelmesi veya stabilizasyonu ve BOS'un normalleşmesi ile değerlendirilir.
- ▶ Nörolojik muayene ve lomber ponksiyon, tedaviden üç ila altı ay sonra ve sonrasında her altı ayda bir, BOS beyaz küre sayısı normal olana ve CSF-VDRL normal olana kadar!
- ▶ Tedaviden altı ay sonra BOS lökosit sayısının düşmemesi veya tedaviden bir yıl sonra BOS-VDRL'nin dört kat düşmemesi (veya başlangıç titresi $<1:2$ ise reaktif olmama) başarısızlığı gösterir. Yeniden tedavi gerekir.
- ▶ Takip BOS örneğinde BOS-BK sayısında bir artış görülürse yine yeniden tedavi edilir.

Nörosifilizli hastalar

- ▶ Serum (RPR) titresinin normalleşmesi, başarılı nörosifiliz tedavisini gösterebilir.(Nonreactive veya dörtkat veya fazlası düşüş)
- ▶ Yapılan çalışmalarda BOS-BK sayısında ve BOS-VDRL reaktivitesinde >90 fazla düşüş ile ilişkili bulunmuş.
- ▶ Antiretroviral ajanlar alan ve takip lomber ponksiyonu uygulanamayan immün yetmezlikli hastalarda veya HIV'li hastalarda, serum RPR titresinin normalleşmesi, nörosifiliz tedavisinin başarısı için bir göstergedir.

Tedaviye Yeterli Yanıt Vermeyen Hastalar

- ▶ **Yetersiz Yanıt;** Persistan bulgu ve semptomlar, Nontrepenomal(NTT) testlerde 4 kattan az düşüş, Başlangıçtaki düşüş ardından NTT 4 kattan fazla artış.
- ▶ *Reenfeksiyon yada tedavi başarısızlığıdır.*
- ▶ **Tedavi başarısızlığı;**
 - ▶ 1-Tedaviye uyumsuzluk,
 - ▶ 2-Alternatif ilaçla tedavi,
 - ▶ 3-İmmunsupresyon,
 - ▶ 4- Teşhis edilmemiş Nörosifiliz

Tedaviye Yeterli Yanıt Vermeyen Hastalar

- ▶ **Değerlendirme ve yönetim;**
- ▶ Yeni bir maruziyet öyküsü, muayene (şankr, döküntü-vb)
- ▶ HIV testi
- ▶ Reenfeksiyon kanıtı yoksa, potansiyel nörosifilizin kanıtını ararız. LP!

Tedaviye Yeterli Yanıt Vermeyen Hastalar

► LP endikasyonları;

- Nörolojik semptomlar.
- Kalıcı veya tekrarlayan sifiliz belirtileri veya semptomları.
- Önceki yıl hiç cinsel teması olmamış hastalarda 2 haftadan uzun süreli NTT titrelerinde dört kat veya fazla artış.
- Başlangıçta yüksek titresi ($\geq 1:32$) olan ve tedaviden sonraki 24 ay içinde en az dört kat düşmeyen **geç latent sifiliz** tedavisi gören hastalar.

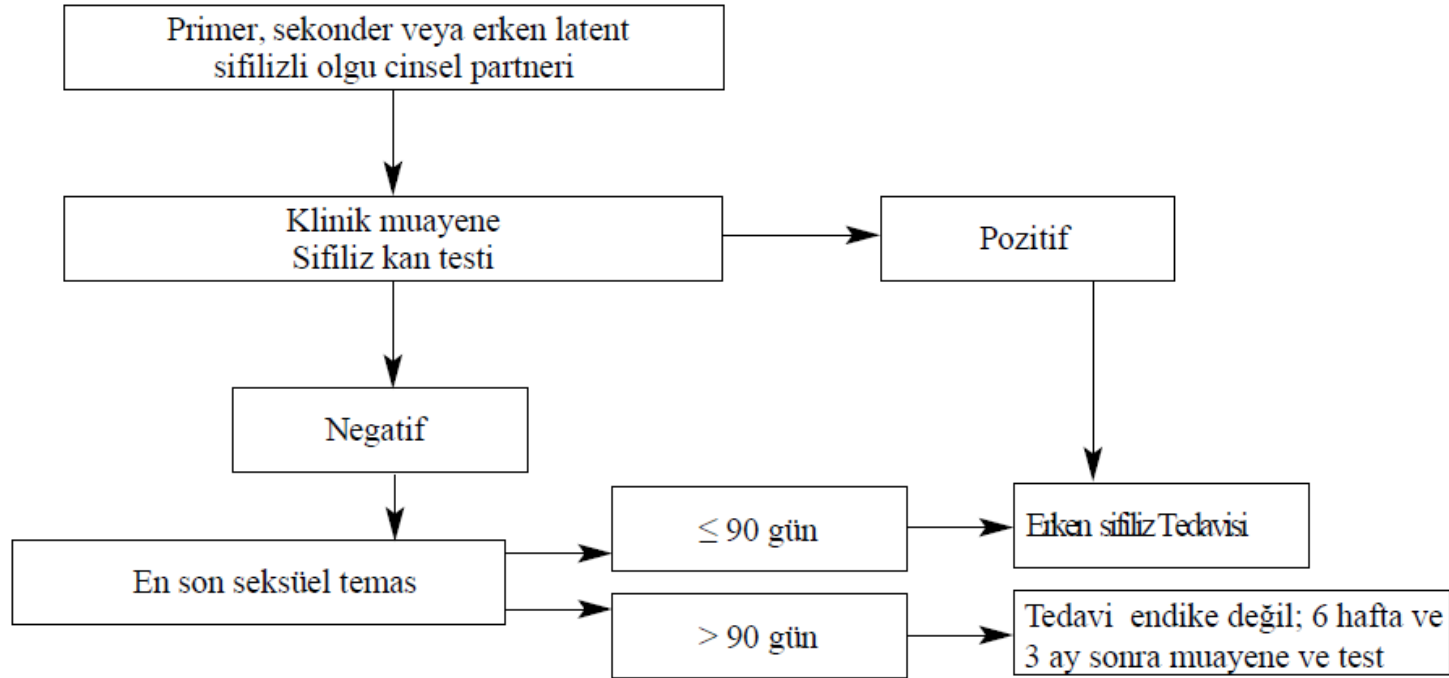
Tedaviye Yeterli Yanıt Vermeyen Hastalar

- ▶ BOS'ta özellik yoksa, tedavi başarısızlığı endişesi devam ediyorsa, hastayı başka bir tedavi kürü ile tekrar tedavi ederiz.
- ▶ Erken sifiliz olsa bile, geç sifiliz rejimi ile TEDAVİ edilmelidir.
- ▶ Makrolidlere rezistans bildirilmiştir. ! Doksisiklin veya ceftriakson tedavisi!
- ▶ Alternatif bir rejimde başarısız olan bu tür hastalar, penisilin testi ve varsa desensitiazasyon yapılmalı.

Tedaviye Yeterli Yanıt Vermeyen Hastalar

- ▶ **Yetersiz Yanıt;** Persistan bulgu ve semptomlar, Nontrepenomal(NTT) testlerde 4 kattan az düşüş, Başlangıçtaki düşüş ardından NTT 4 kattan fazla artış.
- ▶ *Yeni bir enfeksiyon kanıtı yoksa ve bir LP endike değilse, hastalar üç hafta boyunca haftalık 2.4 milyon ünite benzatin penisilin G enjeksiyonları (İM) ile tedavi edilebilir.*
- ▶ Hasta yeniden tedavi altına alınmışsa, yakın klinik ve serolojik takibe devam ederiz (her altı ayda bir)

Maruziyetten Sonra Tedavi



Maruziyetten Sonra Tedavi

- ▶ **Sifiliz belirtileri varsa tedavi edilir.**
- ▶ Önceki 90 gün içinde primer, sekonder veya erken latent sifiliz teşhisi konan bir seks partneri olan **asemptomatik hastalar** kondomsuz oral, anal veya vajinal seks yaptıysa ampirik olarak erken sifiliz için tedavi
- ▶ Partner titresi >1:32 gibi çok yüksekse
- ▶ Eşinde-partnerinde 90 günden daha eski tespit edilmiş sifiliz var ise düzgün test , takip ve değerlendirme iyi yapılmamış yada bireye test yapma imkanı yoksa ampirik olarak partnerin evresine göre tedavi edilir.

HIV'li Hastalar

- ▶ İzleme sıklığı aşamaya göre değişir:
- ▶ **Erken sifiliz (primer, sekonder ve erken latent sifiliz)** – HIV ve erken sifilizli hastalar tedavi başarısızlığı açısından tedaviden sonraki 3, 6, 9, 12 ve 24. aylarda klinik ve serolojik olarak değerlendirilmelidir.
- ▶ **Geç sifiliz (tersiyer sifiliz, geç latent sifiliz) ve süresi bilinmeyen latent sifiliz**
- ▶ iki yıl boyunca altı aylık aralıklarla klinik ve serolojik takip değerlendirme

HIV'Lİ Hastalar

- ▶ Nörosifilizli hastalarda (oküler veya otik sifiliz ve tedaviden önce BOS pleositozu veya pozitif BOS serolojik testi olanlar dahil),
- ▶ **Hücre sayısı normal olana kadar BOS incelemeleri altı ayda bir tekrar...**
- ▶ BOS hücre sayısı normale dönmezse, BOS-VDRL takip edilebilir.
- ▶ **iki yıl içinde yanıt vermezse yeniden tedavi önerilir.**
- ▶ Oküler veya otik sifilizli ve ilk tanı anında BOS incelemesi normal olanlarda, LP takibi gerekmez

HIV'li HASTALAR

- ▶ **Beklenen yanıt** Tedaviye beklenen serolojik yanıt, hastalığın evresine bağlıdır. İki dilüsyon değişikliğine (örneğin 1:32'den 1:8'e) eşdeğer titrede dört kat değişiklik,
- ▶ Erken sifiliz tedavisinden 6 - 12 ay sonra.
- ▶ Geç sifiliz ve süresi bilinmeyen latent sifiliz tedavisinden 12 - 24 ay sonra.
- ▶ Nörosifilizli hastalarda kanda serolojik yanıtta ek olarak BOS'un (hücre sayısı ve VDRL) tedaviden sonraki iki yıl içinde normale dönmesi beklenir

- ▶ Tedaviyle nontreponemal testler kaybolur ancak!
- ▶ (SEROFAST)bazılarının düşük seviyede pozitif kalan antikor titreleri olacaktır .
- ▶ HIV pozitif hastalarda düşüş ve yanıt daha geç
- ▶ Antiretroviral tedavinin (ART) alanlarda başarı şansı yüksek

Konjenital sifiliz

- ▶ Gebelik sırasında sifiliz için reaktif nontreponemal ve treponemal testleri olan annelerden doğan tüm yenidoğanlarda konjenital sifiliz değerlendirmesi yapılmalıdır.
- ▶ Konjenital sifiliz bulguları arasında hepatosplenomegali, döküntü, kondiloma lata, nezle, sarılık (viral olmayan hepatit), psödoparalizi, solgunluk (anemi) veya ödem (nefrotik sendrom ve/veya yetersiz beslenme) yer alabilir.

Gebelik

20. gebelik haftasından sonra abortus görülen her kadın sifiliz açısından test edilmelidir”

Serolojik takip

- ▶ Sifiliz prevelansı yüksek bölgelerde ise veya reenfeksiyon riski varsa NTT aylık olarak, yoksa 3. trimester sırasında iki kez(gebeliğin 28-32. haftalarında ve doğumda) yapılmalıdır
 - ▶ **Tedavi alan ve titrelerde 4 katlık yükselme görülenler yeniden tedavi edilmelidir**
- ▶ Doğum sonrasındaki takip diğer hastalarda olduğu gibidir

Tedavi takibi

- ▶ Genellikle gebeliğin ikinci yarısında penisilin tedavisine bağlı olarak Jarish-Herxheimer reaksiyonu doğumla presipite olabilir
 - ▶ Plasental şok ve spontan abortus riski
 - ▶ Tedavi geciktirilmemelidir

Gebelikte Sifiliz

- ▶ Yeterli tedavi, kılavuzlara uygun olarak doğumdan ≥ 4 hafta önce başlayan penisilin bazlı bir rejimin tamamlanması
- ▶ Tedaviden sonra nüksetme veya yeniden enfeksiyon, tedaviden sonra maternal VDRL veya RPR titrelerinin 4 kat artmasıyla.
- ▶ Yetersiz tedavi için bir tanesi yeterlidir;
- ▶ 1- Penisilin olmayan bir antibiyotik ile tedavi
- ▶ 2- Tedavi almış olsa da Doğumdan 1 ay önce bitmiş olmaması
- ▶ 3- Hastalığın evresi için uygun olmayan doz
- ▶ 4- Maternal tedavinin yetersiz dokümantasyonu
- ▶ Tedaviye yetersiz yanıt (yani, annenin VDRL veya RPR titreleri tedaviden sonra en az 4 kat düşmemesi)
- ▶ Takip belirsizse, bazı uzmanlar annenin yeniden enfekte olması ihtimaline karşı bebeği korumak için tek doz IM benzatin penisilin sağlar.

Yenidoğanların değerlendirilmesi

- ▶ **Konjenital sifiliz düşünülmeyenler veya düşük olasılıklı olduğu için tedavi almamış seropozitif veya doğumda seropozitif olan annelerden doğan yenidoğanlar;**
- ▶ NTT antikor titresi doğumdan sonraki 3. aya kadar azalır ve 6. ayda nonreaktiftir. 6 ayda reaktif ise sifiliz kabul edilir.
- ▶ **Doğumda NTT negatif ve annesi seroaktif olan yenidoğan**
 - ▶ 3.ayda tekrar test yapılmalıdır
- ▶ **Hasta bebeklerde; Eğer titreler 6.-12. aya kadar stabil veya yükseliyorsa BOS analizi ve yeniden tedavi**
- ▶ **Başlangıçta anormal BOS bulguları olan yenidoğan ; Reaktif BOS-VDRL testi ya da kalıcı ve başka bir hastalıkla ilişkisiz anormal BOS özellikleri varsa;**
 - ▶ **Olası nörosifiliz açısından yeniden tedavi gerekmektedir**

Konjenital sifiliz

- ▶ **VDRL** nin **Yükselen test titrasyonu** veya **anneden yüksek olması** = kongenital sifiliz
- ▶ Bebekte serolojik testler, kong sifiliz olmaksızın maternal kaynaklı pozitif olabilir.
- ▶ **ELISA** yöntemiyle bebekte **IgM** antikörlerinin saptanması yalancı pozitifliği ortadan kaldırır
- ▶ Bebekte konjenital sifiliz bulgusu yok ve VDRL titrasyonu annesiyle aynı ve takipte de düşüyorsa veya 4 kat düşükse tedavi verilmeyebilir! Takip edilmeli!
- ▶ Kesin tanı... **19S FTA-ABS**

Sifiliz için reaktif serolojik testleri olan ve/veya doğumda seroreaktif olan annelerden doğan çocuklar

- ▶ Sifiliz için reaktif serolojik testleri olan ve/veya doğumda seroreaktif olan annelerden doğan tüm bebekler ve çocuklar takip edilmeli
- ▶ **Düzenli olarak muayene** erken ve geç konjenital sifiliz bulguları için
- ▶ **Gelişimsel sürveyans ve duyuşal tarama**
 - ▶ Yıllık işitme değerlendirmesi
 - ▶ Yıllık göz muayenesi
 - ▶ Gelişim değerlendirmeler bütüme gelişme ve ek olarak nörogelişimsel değerlendirme (nörogelişimsel bozukluk veya konuşma gecikmeleri açısından yüksek risk taşırlar **enfekte olmasalarda !!**)

Sifilizli annelerden doğan bebekler

- ▶ **Takip serolojisi**
- ▶ Penisilin ile tedavi edilen bebeklerde, uygun bir tedavi yanıtı sağlamak için seri izleme
- ▶ Tedavi edilmeyen bebeklerde (yani, "olası olmayan konjenital sifiliz" kategorisindekiler), konjenital sifilizin kesin olarak dışlanması için seri izleme
- ▶ **Sifilizli annelerden doğan tüm bebekler takip edilir**
- ▶ Takip serolojik testleri her iki- üç ayda bir titre dört kat azalana veya nonreaktif olana kadar
- ▶ **Takip serolojik izleme, nontreponemal testlerle yapılmalıdır**

Konj sy için tanının kesin olmadığı durumlarda, treponemal testler kullanılabilir

Sifilizli annelerden doğan bebekler

- ▶ **Beklenen yanıt**
- ▶ Başarılı bir tedavi ile veya enfekte olmadıysa yenidoğan dönemindeki ilk reaktif test pasif transferden kaynaklanıyorsa;
- ▶ **VDRL veya RPR titreleri 3 aylıkken düşmeli ve 6 ayda nonreaktif olmalı**
- ▶ 1 aylıktan sonra başlanan tedavide yanıt daha yavaş!

Sifilizli annelerden doğan bebekler

- ▶ **Tedavi başarısızlığı**
- ▶ VDRL veya RPR titrelerinin düşmemesi veya
- ▶ 6 ila 12 aylıktan sonra veya tedavi sonrası 6 ila 12 ay sonra NTT titrede artış
- ▶ LP yapılmalı!!!! Ve tedavi görmüş olsa bile uzun süreli parenteral penisilin ile tedavi edilmelidir
- ▶ Bebekte sonrasında 6 ila 12. aylarda sürekli olarak pozitif NTT titreler olmadıkça, tekrar LP yapılması gereksizdir.
- ▶ Tekrar LP anormalse (yani, reaktif BOS VDRL veya anormal BOS beyaz kan hücreleri sayımı veya devam eden diğer hastalıklara bağlanamayan protein), uzun süreli parenteral penisilin ile yeniden tedavi edilmeli

Sürekli reaktif BOS VDRL'si, yüksek BOS hücre sayısı ve/veya yüksek BOS proteini olan çocuklarda nörogörüntüleme gereklidir.

Sifilizli annelerden doğan bebekler

- ▶ **Atlanan dozlar** — *Bir günden fazla penisilin tedavisi atlanırsa, tüm tedavi yeniden başlatılmalıdır*
- ▶ Doğumdan sonraki ilk üç ay içinde erken konjenital sifilizin uygun tedavisi, geç belirtilerinin hepsini olmasa da bir kısmını önler.
- ▶ Geç konj sifiliz Persiste kalabilir
- ▶ Konj sy de de etkin antikor gelişmez ve hasta reenfekte olabilir.

Congenital syphilis: Interstitial keratitis



This photograph shows a stromal haze in both eyes of this child due to interstitial keratitis, a manifestation of late congenital syphilis. Interstitial keratitis is an inflammation of the connective tissue structure of the cornea. It usually is bilateral.

Reproduced from: the Public Health Image Library, Centers for Disease Control and Prevention. Photo by Susan Lindsley.

UpToDate®

Congenital syphilis: Saber shins



Reproduced with permission from: Sweet RL, Gibbs RS. Atlas of Infectious Diseases of the Female Genital Tract. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2005. Copyright © 2005 Lippincott Williams & Wilkins.

UpToDate®

doi: 10.1097/00007435-198704000-00014.

Acquired syphilis in a patient with late congenital syphilis

K Pavithran

PMID: 3616853 DOI: 10.1097/00007435-198704000-00014

Abstract

Late congenital syphilis was diagnosed in a 22-year-old woman on the basis of clinical, serologic and epidemiologic features. Clinical examination showed the "saddle-nose" deformity, Hutchinson's teeth, high-arched palate, Dubois little-finger sign, and small maxillae resulting in shallow depression of the central part of the face. Two years after receiving adequate treatment for late congenital syphilis, she presented with a primary syphilitic chancre; thus it was concluded that the woman had no immunity to reinfection with *Treponema pallidum*.

Tersiyer ve kardiyovasküler sifilizli olgular

- ▶ Takip ile ilgili kısıtlı bilgi var
- ▶ Komplikasyonları için ömür boyu takip gerektirir
- ▶ Yıllık periyotlarla NTT antikor takibi
- ▶ HIV enfeksiyonu ve BOS incelemesi de yapılmalı
 - ▶ BOS anormalliği varsa nörosifiliz tedavi protokolü uygulanmalı
- ▶ Kardiyovasküler tutulumlu olgularda nörosifiliz protokolü

ÖZET

- ▶ Tedaviye başlamadan hemen önce (ideal olarak tedavinin ilk gününde) nontreponemal bir titre bakılmalıdır.
- ▶ Vdrl Yüksek titre ($\geq 1/32$) aktif hastalığı gösterir
- ▶ Tedavi ile titrasyonda 4 kat düşme beklenir
- ▶ 1-2 yıl sonra negatifleşme beklenir
- ▶ Tedaviden sonrası 4 kat artış reenfeksiyonu ya da başarısız tedaviyi düşündürmeli
- ▶ Tedavi sonrasında $1/32$ ve üzeri titreler nörosifiliz akla getirmelidir
- ▶ (Serofast hastalık) Daha önce yüksek olan ve tedavi ile düşmüş olan düşük titreler ($\geq 1/8$) tedaviden sonra yıllarca pozitif kalabilir



THANK YOU

3rd INTERNATIONAL EURASIAN DERMATOLOGY & VENEREOLOGY AND COSMETOLOGY CONGRESS

14 – 17 December 2023
Xanadu Resort Hotel Belek

Antalya

With a new
year party !



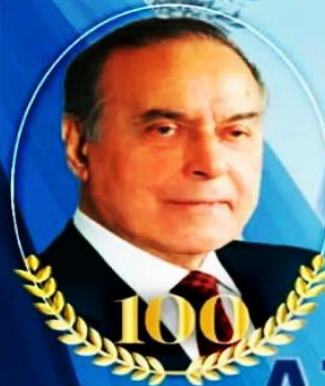
SCIENTIFIC SECRETARIAT

The Society of Eurasian Dermatology and
Venereology Academy
Universite Mah. Prof. Dr. Hikmet Koçak Sok.
No: 1/A Z1 Yakutiye / Erzurum
Phone: +90 442 344 71 67 / +90 532 461 87 42

ORGANIZATION SECRETARIAT



CONSENSUS KONGRE & ORGANIZASYON
Fikirtepe Mah. Bang Sok. Elçinliju Alja Life Residence
No: 1 K-17 D: 193 Kadıköy - İstanbul
Phone : +90 216 759 93 11 / Fax : +90 216 759 93 14
E-mail : advad@consensustourism.com
www.consensustourism.com



Ümummilli Lider Heydər Əliyevin
anadan olmasının 100 illiyinə həsr edilmiş

AZƏRBAYCAN TÜRKİYƏ DERMATOVENEROLOQLARIN 1-Cİ KONGRESİ

23-24 İYUN 2023, BAKI

MARRIOTT BOULEVARD OTEL

TARİXİ YADDA SAXLA!



ICE
BAKU

Qeydiyyat üçün bizimlə əlaqə saxlayın

+994 99 885 23 07 | +994 99 885 23 06 | info@micebaku.com