

Konjenital Sifiliz: Olgu Sunumu

CONGENITAL SYPHILIS OF THE NEONATE A CASE REPORT

Ülkü TIRAŞ*, Yıldız DALLAR*, Gülten TANYER*, Filiz ŞENADIM*,
Vildan KÜÇÜKTERZİ", İkin MISTİKİ**

« SB Ankara Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

** SB Ankara Hastanesi Radyoloji Bölümü

*** SB Ankara Hastanesi Mikrobiyoloji Bölümü, ANKARA

ÖZET

Amaç: Yenidoğan döneminde tanı alan bir konjenital sifiliz vakasının sunumu

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi Çocuk Kliniği

Materyal ve Metod: Kliniğimize makulo-papüler, peişia! döküntü, ekstremelerde ödem ve büllöz lezyonlarla gönderilen bir konjenital sifiliz olgusu

Bulgular ve Sonuç: Seksüel yolla geçen toplumsal ve medikal bir problem olan sifiliz vakalarında son yıllarda bir artış görülmektedir. Buna paralel olarak da konjenital sifiliz (KS) vakalarında artış saptanmaktadır. Bu nedenle gebe kadınlarda ilk antenatal vizitte m 32 haftada VDRL 'in bakılması, düşük doğum ağırlığı, döküntülerle ve büllöz lezyonlarla gelen yenidoğan bebeklerde ayırıcı tanıda konjenital sifilizinde gözönünde bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler; Konjenital sifilis. Seksüel temasla geçen hastalık

T Klin Jinekolo Obst 1996, 6; 146-148

Sifiliz esas olarak seksüel yolla geçen bir hastalıktır. Enfeksiyon bulguları gösteren birinci ve ikinci dönemdeki tedavi olmamış anneden doğan bebeklerde de KS gözlenir. İM yaşından önce KS bulguları görülüyorsa erken KS, 2 yaşından sonra bulgular görülüyorsa geç KS olarak adlandırılır. Latent dönemdeki tedavi almamış anneden doğmamış bebekler doğumda asemptomatik olabilirler. Erken dönem KS'de 'Klinik bulgular erişkinlerin 2. dönem bulgularına benzer. Multiple kemik tutulumu vardır ve tutulum yeri hemen daima roeafizlerdedir. Epifizler genellikle korunmuştur (1.2) Özellikle 1947-1957 yılları arasında tüm dünyada çok yaygın olarak bulunan sifiliz, gerekli koruyucu önlemlerin alınması ve penisillinin bulunması ile birlikte azalmıştır. 1960'lı yıllarda az rastlanır hale gelmiştir. Ancak bu yıl-

Getir Tarihi: 09.04.1996

Yazışma Adresi: Dr.Ülkü TIRAŞ
Çiçek Dağı Sok. 12/2
GO.P.06700 ANKARA

1 *

SUMMARY

Objective: To present a neonate with congenital syphilis.

Institution: The ministry of health, Ankara Hospital, Department of pediatrics.

Material and Method: A neonate with maculo-papular and petechial rash, edema in etmittias anal bullous lesions.

Results and Conclusion: Syphilis cases, which is a medical and social problem, have recently increase in number. There is an increase in congenital syphilis cases as well. Therefore, pregnant women should be screened by diagnostic tests like VDRL at the first prenatal visit and 32. week, and congenital syphilis should be kept in mind when an SGA neonate with rash and bullous lesions is encountered.

Key Words: Congenital syphilis, Sexual transmitted disease

T Klin J Gynecol Obst 1996,6: 146-148

tardan sonra hastalığın azalması ile koruyucu önlemlerde gevşek davranılması ve toplumsal faktörler nedeniyle hastalık insidansı gelişmekte olan ülkelerde çok artmıştır (2). Özellikle 1970'li yılların sonuna doğru homoseksüellerdeki artışın da buna etkisi olduğu düşünülmektedir. 1980'li yıllarda AIDS epidemileri sonucu seksüel alışkanlıkların tek eşliliğe doğru bir dönüşüm göstermesi ile birlikte bir azalma göstermiştir.

Ancak son yıllarda nedeni tam açıklanamayan, heterosüksüel kişiler arasında sifiliz vakalarında bir patlama görülmüştür (3).

Bu olguyu sunmamızın amacı, yıllardır görmediğimiz bir konjenital sifiliz vakasını literatür bilgileri eşliğinde tekrar gözden geçirmek ve yenidoğan döneminde mortalitesi çok yüksek olan bu hastalıkta, gebe annelerdeki VDRL taramasının önemini bir kez daha vurgulamaktır.

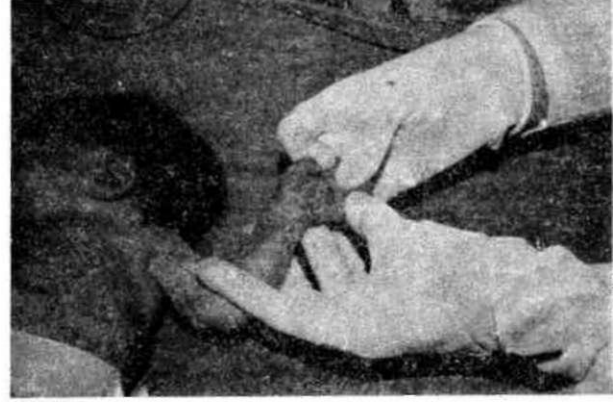
OLGUNUN İZLENİMLERİ

Sağ. r. L. 1. n. l. i. Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğan bebek, 4 saatlik iken

T Klin Jinekolo Obst 1996. 6



Şekil 1. Ait extremitelerde ödem ve büllöz lezyonlar
Rgure 1. Edema and bullous lesions in lower limbs



Şekil 2. İlk olgunun vücudunda yaygın peteşial döküntüler
Rgure 2. Disseminated petechial rashes in the corpus of first

vücudunda yaygın peteşial döküntü, ekstremitelerinde ödem ve büllöz lezyonlarının olması, solunum sıkıntısının olması nedeniyle yenidoğan servisimize tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı (Şekil 1 ve 2).

Yirmi yaşında annenin ikinci gebeliğinden olan bebek 32 haftalık, normal spontan vaginal yolla baş prezentasyonu ile doğmuş. Doğar doğmaz ağlamamış ve resüstasyon uygulanmış. Resüstasyon sırasında nazal aspirasyondan pürülan kanlı materyal gelmiş.

Prenatal dönemde özellik tesbit edilemedi. Soy geçmişinde annenin ilk gebeliğinden olan bebeğin 8 aylık ölü doğumla doğduğu ve vücudunda, kafasında ikinci bebekteki döküntülere benzer döküntüleri olduğu öğrenildi.

Bebekğin yapılan fizik muayenesinde; ateş 35.5°, nabız 140/dk, solunum sayısı 60/dk., ağırlık 2180 gr, boy 49 cm, baş çevresi 32 cm, göğüs çevresi 30 cm olarak saptandı. Genel durumu kötü, hipoaktif, zaman zaman tremorları olan bebeğin tiz sesle ağladığı görüldü. Vücudunda, yüzünde ve boynunda yaygın peteşial döküntüleri, ağız içinde yer yer kanama odakları, bufişür ödemi, konjunktiva ve skleralarının hiperemik olduğu saptandı. Burun kökü basık ve her iki burun deliğinden kanlı akıntı mevcuttu. Hastanın solunumu sıkıntılı, akciğer sesleri azalmış ve yer yer krepitan ralleri, subkostal, interkostal redaksiyonları mevcut idi. Kardiovasküler sistemde mezokardik odakta 2-3°/ 6 sistolik üfürüm saptandı. Batın palpasyonunda karaciğer 3 cm. ele geliyordu. Haricen kız görünümünde olan hastanın dış genital muayenesinde patoloji saptanmadı. El ve ayak sırtında ödemi ayak tabanı ve avuç içinde büllöz lezyonları, bacaklarda maküler lezyonları mevcut idi. Laboratuvarında; patolojik olarak; idrarda (+) preteinüri ve 8-10 eritrosit/mm³ gözlemlendi. Yatışında 14 gr/dl olan Hb 6 saat sonra 9.04 gr/dl'ye düştü. Yatışında total bilirubin < direkt bilirubin % 8.2/ 0.6 mg/dl'iken, hızla artarak 12. saatte % 17/4.9 mg/dl'ye yükseldi. Kan şekeri % 10 20 mg/dl arasında seyretti. Hastada gastrointestinal kanamadan şüphelenildiği için bakılan gaitada gizli kan

testi (++) olarak değerlendirildi. Hastanın koagülasyon testlerinden protrombin zamanı 20 sn (N: 11-15 sn), aktive parsiyel tromboplastin zamanı 44 sn (28-36 sn.), fibrinojen 184 mg idi (150-450) Bebeğin ve anne-babanın sifiliz yönünden serolojik testleri çalışıldı. Bebek serum VDRL 1/32 fitrede, TPH K2560 fitrede pozitif bulundu. Anne ve baba HIÖ negatif idi. Bebeğe uzun kemik grafileri çekildi Metaftzlerde radyolüsent enine çizgilenmeler, periostal reaksiyon ve kortikal kalınlaşma mevcuttu. PA akciğer grafisinde sağ prakardiyak alanda pnömonik infiltrasyon tesbit edildi. Konjenital sifiliz tanısı ile servisimize yatırılan hastanın hipoglisemi olması nedeniyle 8-18 mg/kg'dk. da glikoz gidecek şekilde mayisi ayarlandı. Hipoglisemisinin tedaviye rağmen inatla devam etmesi, hipopitüitarizme bağlı olabileceği düşünülerek hastaya prednizolon başlandı. Penisilin-kristalize 100.000 Ü/kg/gün, amikasin 10mg/kg/gün olacak şekilde intravenöz olarak başlandı. Yoğun bakım ünitesine alınarak solunum sıkıntısı olan hastaya CPAP modunda ventilatör tedavisi uygulandı. Yaygın peteşial döküntüleri, yer yer mukozal kanamaları olan hastaya 1 mg/kg K vitamini yapıldı. BiHrübini fototerapiye rağmen hızla yükselen, hemoglobini hızla düşen hastaya taze tam kanla kan değişimi uygulandı. Hasta tüm tedaviye rağmen 23 saatlik iken exitus oldu.

TARTIŞMA

Sifiliz Hipokrat zamanından beri bilinmekte olup, 1905 yılında Schaudinn ve Hofman tarafından etkeni izole edilip, tanımlanmıştır. Üç dönem halinde seyreden kronik, sistemik ve temelde enisel yolla bulaşan bir hastalıktır. Etkeni bir spiroket olan Trepanema pallidum'dur (3). Çocuklarda kongenital ve edinse sifiliz olmak üzere 2 ayrı şekilde görülebilir. Çocuk doğuma yaşındaki kadınlarda sifiliz görülme sıklığı ile kongenital sifiliz görülme sıklığı paralellik gösterir. Sifiliz ortaya çıktığından beri çeşitli nedenlere bağlı olarak yıllara göre artma ve azalmalar göstermiştir. Son 10 yılda sifiliz ve dolayısıyla kongenital sifiliz giderek artan sıklıkla kaimımıza çıkmaktadır. Sifilizin yeniden baş göstermesi

medikal ve toplumsal bir sorundur. Ülkemizde de son yıllarda sağlık Bakanlığının verilerine göre sifiliz olgularında bir artış gözlenmektedir.

Kongenital sifiliz ya Intrauterin ölümle sonuçlanır ya da yenidoğnada ağır bir klinik tablo oluşturabilir. Vakamız da oldukça ğır bir klinik tablo sergiliyordu Kongenital sifilizin klinik bulguları olan hepatomegali, sanlık, özellikle avuç içi ve ayak tabanında vezikobüHöz döküntüler, peteşial döküntüler, homolitik anemi, hemorajik rinit, pnomoni, osteokondrit, hastamızda da saptandı (1). Bu bulgulara ilave olarak % 40-60 oranında görülen santral sinir sistemi (SSS) tutulumu da mevcuttu. Hipofizer tutulum, özellikle anterior lob tutulumu ile kendini gösterir. Beyin ve meninks tutulum unadirdir. ilk defa 1903 yılında Schmidt hipofizer destrüksiyonu tesbit etmiştir. Hipofiz ön lob tutulumuna bağlı şiddetli hipoglisemi saptanır (4). Bizim vakamızda da SSS tutulumu bulguları mevcut idi. BOS da VDRL 1/32 titrede pozitif olarak saptandı ve hastada şidetli ve persistan bir hipoglisemi mevcut idi.

Kongenital sifilizin ayına tanısı ve teşhisi günümüzde hala problem yaratmaktadır. T. Pallidum'un izolasyonu oldukça zor olduğu için serolojik testler, özellikle taramalarda majör rolü oynamaktadırlar. Ancka hangi testin daha kullanışlı ve güvenilir olduğu tartışmalıdır (5). Kongenital sifiliz gebelikte teşhis ve tedavisi ile önlenileceğniden rutin tarama testlerinin yapılması oldukça önemlidir. Seronegatif olarak kaydedilmiş veya hiç taranamamış enfekte gebeler, yetersiz tedavi olmuş veya tedavi sonrası yeniden enfekte olmuş gebeler kongenital sifilizli bebek doğurmaya adaydırlar (3). Bizim vakamızda da, annenin 9 ay önce sonlanan, bir ölü doğum yaptığıı bu gebeliği sırasında genital ülserlerinin olduğu fakat o dönemde tanı konulamadığı öğrenildi. Genital ülserlerle gelen bir kadında sifiliz her zaman

akılda bulundurulmalıdır. Maternal v ekongenital sifiliz artışını kontrol altına almada antenatal tarama çok önemlidir. Amerika'da Hastalık denetim ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevneten; CDS) anne, kord ve bebek serumlarında serolojik testlerin yapılmasını önermektedir (4-5). Vakamızda da hem annede hem de bebekte yapılan serolojik testler pozitif idi. Bütün dünyada toplumsal sorun olan sifiliz içni taramada kullanılan testlerin güvenilirliği, taramanın gebede mi kord kanında mı, bebekte mi yapılması geektığı tartışılırken, ülkemizde belki bir tarama olabilecek nikah öncesi VDRL bakılması zorunluluğu da kaldırılmıştır. Ülkemizde de yeniden artış gsöteren sifilzi olgularım nedeni dışarıdan gelen gözlere v etedbirlerin azalmasına bağlanabilir. Kongenital sifiliz olgularında da buna paralel bir artış olacağından gebeliğin 3. trimestrinde v edoğumda kord kanında rutin yapılan testler arasına VDRL'de girmelidir.

KAYNAKLAR

1. Gomella TL, Cunningham MD, Eyal FG. Syphilis. In: Neonatology. Connecticut Appleton Lange, 1992:352-3.
2. Kanra G, Akalın E. İnfeksiyon Hastalıkları. in| Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar. 2. Baskı 1993: 246-58.
3. Greenough A, Osborne J, Sutherland S. Congenital, Perinatal and Neonatal Infections. Syphilis First Published 1992: 193-207.
4. Daoboul J, Karchner W, Jones LK. Neonatal hypoglycemia caused by hypopituitarism in infants with congenital sypilis. The Journal of Pediatrics 1993; 123: 983-5.
5. Stoll B, Lee F, Larsen S, Hale E, Schwartz D, Rice R, Ashby R, Holmes R, Nahmias A. Clinical and serologic evaluation of neonates for congenital syphilis. J Infect Dis 1993; 167: 1093-99.