

Cilt Bulguları ile Tanı Konulan Doğumsal Sifiliz Olgusu

Congenital Syphilis Presenting With Skin Lesions: A Case Report

Emrah Can, Ali Bülbül, Serdar Cömert, Fatih Bolat, Füsün Okan, Asiye Nuhoğlu
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Konjenital sifiliz dünyada hala yaygın olan bir halk sağlığı problemidir. Dünya sağlık örgütü (DSÖ) her yıl bir milyon gebenin sifilizden etkilenmiş olduğunu bildirmektedir. Hastalık genellikle intrauterin dönemde etkili olmakta, spontan abortus, prematüre doğum ve ölüme sebep olabilmektedir. Bu yazıda doğumdan hemen sonraki yenidoğan döneminde ayakta büllöz deri lezyonları, gövdede maküler döküntüler ve ağız etrafında soyulma ile tanı konulan sifiliz vakası sunulmuştur. (*Çocuk Enf Derg* 2009; 3: 31-4)

Anahtar kelimeler: Yenidoğan, konjenital sifiliz, cilt bulguları

Summary

Congenital syphilis continues to be one of the major public health problems worldwide. The World Health Organization reports that 1 million pregnant women have been affected by syphilis. The disease usually affects the child during the intrauterine period and may lead to spontaneous abortion, premature labor and death. In this case report, a neonate presenting with bullous skin lesions on the feet, macular eruptions on the trunk and desquamation around the mouth just after birth who was diagnosed to have syphilis is reported. (*J Pediatr Inf* 2009; 3: 31-4)

Key words: Neonate, congenital syphilis, skin lesions

Giriş

Doğumsal sifiliz günümüzde önemini koruyan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Her yıl 12 milyon insan Sifiliz etkeni *T. pallidum* subsp. *Pallidum* ile enfekte olmakta ve bu infeksiyonların iki milyonunu geliştirmekte olan ülkelerdeki gebeler oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bir milyon gebenin sifilizden etkilendiğini bildirmektedir. Sifilizli gebeliklerin %50'si spontan abortus, prematür doğum ve perinatal ölüm ile sonuçlanabilmektedir (1,2,3). Sıklığı değişik toplumlarda 0.9-8.8/100.000 doğum olarak bildirilmektedir (4). Bu düzey gelişmemiş ülkelere daha da artmaktadır. Hastalık genellikle intrauterin dönemde bebeğe bulaşmakta, nadiren doğum sırasındaki genital temas ile de bulaştığı bildirilmektedir. Plasental aktarım primer sifiliz için %70-100 iken, erken latent sifiliz için %40 ve geç latent sifiliz için %10'dur.

Sifilizli gebelerin %46'sında gebelik abortusla sonuçlanırken, %27'si düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirmektedir. Gebelerin

%27'sinde bebekler doğumsal sifiliz stigmatlarıyla doğmaktadır. Hastalığın bulaşması ve gebelik sırasında zamanın fazla olması durumunda bebek daha az etkilenmektedir. Erken doğumsal sifilizli yenidoğanlar asemptomatik olabileceği gibi cilt tutulumuna ait semptomlar da gösterebilmektedir. Başlıca cilt bulguları: makülopapüler ve vezikülobüllöz döküntüler, mukokütanöz lezyonlardır. Tanı klinik bulgular, nontreponemal ve treponemal serolojik testlerin birlikteliğine dayanır. Tedavide kristalize penisilin kullanılmaktadır. Tedavi edilmiş annelerde %40 oranında prematür doğum ve non immun hidrops bildirilmiştir. Yazımızda cilt bulguları ile erken dönemde doğumsal sifiliz tanısı alan bir yenidoğan olgusu sunuldu.

Vaka

Hasta 35. gebelik haftasında normal spontan doğum ile sorunsuz olarak doğmuştu. Doğum esnasında vücudunda döküntülerin tespit edilmesi üzerine ileri tetkik ve tedavi için kliniğimize sevk edilmişti. Doğum tartısı 2470g (%50-75),

Geliş Tarihi: 25.09.2008
Kabul Tarihi: 02.11.2008

Yazışma Adresi
Correspondence Address
Dr. Emrah Can
Şişli Etfal Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Neonatoloji Kliniği,
İstanbul, Türkiye
Tel: +90 212 231 22 09/6352
Fax: +90 212 234 11 21
E-mail:
canemrahcan@yahoo.com

boyu 47cm (%50-75) ve baş çevresi 33cm (%75) idi. Bebeğin fizik muayenesinde her iki ayakta eritemli zemin üzerinde büllöz lezyonlar, gövdede soluk renkte maküler döküntüler, avuç içleri ve ağız çevresinde deskuamasyon tespit edildi (Resim 1,2,3,4). Cilt lezyonlarına ek olarak dakika solunum sayısı 70/dakika, nabız 115/dakika idi. Karaciğeri orta klaviküler hatta kot altında 3cm olarak ele geliyordu. Sol gözünde seröz akıntısı vardı. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu.



Resim 1. Tedavi öncesi ayakta cilt lezyonları



Resim 3. Tedavi öncesi bacakta cilt lezyonları



Resim 2. Tedavi öncesi gövdede cilt lezyonları



Resim 4. Tedavi öncesi ağız etrafındaki deride soyulma

Özgeçmişinde prenatal dönemde anne takipsizdi. Tarama testleri yapılmamıştı. Annede genital yara ve infeksiyon öyküsü yoktu. Annenin ikinci gebeliği idi. Kardeşinde benzer öykü tanımlanmıyordu. Anne-baba arasında akrabalık yoktu.

Laboratuvar incelemelerinde patolojik olarak trombosit sayısı 37000/mm³ ve CRP 30 mg/dl saptandı. Mevcut bulgular ile ön tanı olarak intrauterin enfeksiyon düşünüldü. İntrauterin enfeksiyon taramasında VDRL(Venereal

Disease Research Laboratory) 1/28 oranında pozitif saptanınca postnatal 1.gününde kristalize penisilin tedavisi başlandı. Kesin tanı için bakılan TPHA testinin (*T.pallidum* hemagglutination) pozitif tespit edilmesi üzerine doğumsal sifiliz kesin tanısı konuldu. Tedavinin 3.gününde cilt döküntüleri ağız kenarındaki deskuamasyon belirgin olarak geriledi (Resim 5). Yatışının 3. gününde trombosit değerlerinin yükselmesi üzerine lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısında (BOS) VDRL 1/4 dilüsyonda pozitif tespit edildi. BOS biyokimyasında proteini 186 mg/dl ve 35 hücre (%65 polimorf nükleuslu lökosit, %35 lenfosit) bulunması nedeniyle hasta nörosifiliz olarak kabul edildi. Hastanın tedavisi i.v kristalize penisilinle 50,000 U/kg/doz, 7 gün 2 doz, 3 gün 3 dozda toplam 10 gün olarak uygulandı. Yaşamının 11.gününde cilt bulguları tamamen gerileyen hasta ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

Tartışma

Erken doğumsal sifilizde klinik bulgular oldukça değişiklik göstermektedir. Bulgular genellikle ilk 3 ayda ortaya çıkmaktadır. Bebeklerin %4-22'sinde ilk ve en erken bulgu persistan rinittir. Pürülan ya da kanlı olabilen burun akıntısı oldukça bulaşıcıdır. Doğumsal sifilizin nonspesifik olan diğer bulguları arasında hepatomegali, splenomegali, lenfadenopati, sarılık, psödoparalizi, deri lezyonları ve anemi sayılabilir (5). Hepatomegali vakaların %33-100'ünde splenomegali eşliğinde ya da tek başına saptanabilmektedir. Bazı olgularda nefrotik sendromla sonuçlanabilen glomerulonefrit de bildirilmiştir (6).

Doğumsal sifilizde cilt bulguları olguların %35-44'nde saptanabilirken bu lezyonların karakteri çoğu kez vezikülobülöz lezyonlar ve eritematöz makülopapüler döküntü şeklindedir (6). Deskuamasyon nadirdir. Olgumuzda doğum esnasında eritemli zemin üzerinde özellikle el ve ayaklarda vezikülobülöz lezyonlar ve gövdede maküler tarzda döküntü tespit edildi. Ağız kenarında el ve ayaklarda deskuamasyonu bulunmakta idi.

Asemptomatik santral sinir sistemi tutulumlu sifiliz BOS'da lenfositoz, protein artışı ve enfekte infantların %80'inde pozitif saptanan serolojik testler ile karakterizedir (6). Olgumuzun BOS biyokimyasında protein ve hücre sayısı artmış; BOS VDRL'si 1 /4 titrede pozitif. Bu bulgular olgumuzda Santral Sinir Sistemi (SSS) tutulumunu destekliyordu.

Erken doğumsal sifilizde kemik lezyonları ilk 8 ay içinde ortaya çıkmaktadır (7). Olgularda radyolojik anormallikler %20 oranında bildirilmiştir. Osteokondritis en sık görülen erken lezyon olup Parrot'un psödoparalizi olarak da isimlendirilmektedir. En sık bacağı, özellikle de diz eklemi etkilemektedir. Radyolojik olarak düzensiz epifiz hattı, subkondral kemikte dekalsifikasyon, eklem kıkırdak yapısında düzensizlik ve periostal reaksiyon görülebilir (7).

Diafizel periostit asemptomatiktir ve 3 aya kadar radyolojik bulgu vermemektedir. En sık tibia, el ve ayak

kemikleri, daha nadir olarak kafa ve klavikula kemikleri etkilenmektedir. Osteomyelit uzun kemiklerin metafizyoepifizel birleşme yerlerindeki sifilitik tutulum sayesinde nadiren gelişir (8). Olgumuzun çekilen kemik graflerinde sifilitik tutulumla uyumlu görünüm saptanmadı.

Semptomatik nörosifilizde görülen juvenil parezi doğumsal sifilizli olguların %1-5'nde görülebilmektedir (6). Juvenil parezi tipik olarak pubertede başlamakta ve edinsel parezilerden sıklıkla daha ciddi seyretmektedir (6).

Doğumsal sifilizin tanısı fizik muayene, radyoloji, serolojik ve mikrobiyolojik bulguların değerlendirilmesiyle mümkündür. Tanıda bakterinin direkt ve karanlık sahada gösterilmesi oldukça güçtür. Bu sebeple seroloji tanıda daha değerlidir (7). En kolay bakılabilen non-treponemal test VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) ve RPR (Rapid Plasma Reagin)'dir. Olgumuz fizik muayenede döküntüleri ve serolojik değerlendirmesinde VDRL'nin 1/28 oranında seropozitifliği nedeniyle doğumsal sifiliz, BOS değerlendirmesinde VDRL nin 1/4 dilüsyonda pozitif olması nedeniyle de nörosifiliz olarak kabul edildi. Annede yapılan sifiliz değerlendirmesinde VDRL 1/28 oranında seropozitif kabul edildi.

Nontreponemal testlerin treponemal testler ile doğrulanması kesin tanı için gereklidir. Bu amaçla serum fluorescent treponemal antibody absorption test (FTA-ABS) ve microhemagglutination test *T. pallidum* (MHA-TP) kullanılabilir. Olgumuzda tanının doğrulanması amacıyla yapılan TPHA testi pozitif tespit edildi.

Doğumsal sifilizin tedavisinde önerilen tedavi penisilin tedavisidir. Bu tedavi kristalize penisilin G 100.000-



Resim 5. Tedavi sonrası ayaktaki görünüm

150.000 U/kg/gün veya 50.000 U/kg/doz İ.V, ilk 7 gün için 2 doz, daha sonra 3 doz olarak toplam 10 gündür. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) asemptomatik bebek doğuran annelere tek doz benzatin penisilin tedavisini 50,000 U/kg/doz olarak önermektedir (9). Olgumuzun annesine tek doz benzatin penisilin tedavisi 50.000 U/kg/doz olarak uygulandı. Bazı klinik çalışmalarda tek doz benzatin penisilin ile 10 gün prokain penisilin tedavisi karşılaştırılmış ve tek doz uygulama da diğer tedavi kadar etkili bulunmuştur. Ancak birçok araştırmacı tarafından annesi yetersiz tedavi almış ya da takipsiz olan gebelerde ve gelişmekte olan ülkelerde tek dozun tercih edilmemesi konusunda görüş birliği mevcuttur (10). Olgumuzun tedavisi i.v kristalize penisilinle 50.000 U/kg/doz, 7 gün 2 doz, 3 gün 3 dozda toplam 10 gün olarak uygulandı. Nörosifiliz açısından aylık kontrollerle nontreponemal test titresi negatif ya da 4 kat azalana kadar takip edilmesi ve BOS bulguları normalleşene kadar 6 aylık aralarla BOS değerlendirmesinin yapılması ve 2 yaşa kadar takibi planlandı.

Doğumsal sifilizde doğum esnasında veya doğum sonrası erken yenidoğan döneminde cilt lezyonlarının saptanabileceği unutulmamalı, bu durum varlığında doğumsal sifiliz akla gelmelidir.

Kaynaklar

1. Simms I, Broutet N. Congenital syphilis re-emerging. J Deutsch Dermatol Ges. 2008; 6: 269-72.
2. Omira VM, Sonia DG, Jose GS, Luis ET, Alfonso RM. Influence of mother VDRL titers on the outcome of newborns with congenital syphilis. Trop Biomed 2008; 25: 58-63.
3. Wendel GD, Maberry MC, Christmas JT, Goldberg MS, Norgard MV. Examination of amniotic fluid in diagnosing congenital syphilis with fetal death. Obstet Gynecol. 1989; 74: 967-70.
4. Walker J AG, Walker DG. Congenital syphilis: A continuing but neglected problem. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 2007; 12: 198-206.
5. Genc M, Ledger WJ. Syphilis in pregnancy. Sex Transm Infect 2000; 76: 73-9.
6. Wile U, Mundt LK. Congenital syphilis: a statistical study with special regard to sex incidence. Am J Syphilis Gonorrhoea Vener. Dis. 1942; 26: 70-83.
7. Hook EW, Peeling RW. Syphilis control a continuing challenge. N Engl J Med 2004; 353: 22-4.
8. Evans HE, Frenkel LD. Congenital syphilis. Clin. Perinatol. 1994; 21: 149-62.
9. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: WHO; 2003.
10. Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. Bull World Health Organ 2004; 82: 424-30.