



CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), her türlü (vajinal, oral, anal) cinsel ilişki yoluyla bulaşır. Genç erişkinler ve erkeklerde daha çok görülür.

Birinci basamak sağlık hizmetleri yaklaşımı açısından CYBE şu şekilde sınıflanabilir:

- A. Genital ülserle belirlen hastalıklar
- B. Üretrit ve servisitler
- C. Vajinal akıntıyla belirlen hastalıklar
- D. Pelvik enflamatuvar hastalık
- E. Genital siğiller
- F. Viral hepatitler (Akut Viral Hepatit rehberine bakınız. Sayfa 171)
- G. Ektoparazitler
- H. HIV enfeksiyonu

A. GENİTAL ÜLSERLE KARAKTERİZE HASTALIKLAR

Bu grupta başlıca aşağıdaki hastalıklar bulunur:

- Sifiliz
- Genital herpes

Şankroid, granüloma inguinale ve lenfogranüloma venereum ülkemizde çok seyrek görülür.

Sifiliz ve genital herpeste temel bulgu ve belirtiler

Bulgu	Sifiliz	Genital herpes
Primer lezyonlar	Şankr (erode papül, deri renginde)	Vezikül *
Lezyon sayısı	Genellikle tek, nadiren 2-3	Çok sayıda, birleşebilirler*
Sınırlar	Düzgün ve belirgin	Eritemli, belirgin
Derinlik	Yüzeyel	Yüzeyel
Taban	Temiz, düzgün, sert*	Eritemli, düzgün
Sekresyon	Seröz	Seröz
Ağrı	Yok	Var*
Kaşıntı	Yok	Var*
Lenf düğümleri	Sert, mobil, duyarlık yok	Sert, duyarlı

* Ayırıcı tanıda yardımcı özellikler

A.1. Sifiliz

Etken *Treponema pallidum* 'dur. Sifiliz deri, mukoza ve iç organları tutar, tedavi edilmediğinde yıllarca sinsi bir seyir gösterir, çeşitli organ ve doku yıkımlarına yol açabilir. İnkübasyon süresi ortalama üç haftadır. Genital ülser primer sifilizin başlıca belirtisidir.

Tedavi amacı

- Bulaşıcılığın önlenmesi
- Hastalığın ilerlemesinin önlenmesi
- Mortalitenin azaltılması

Tedavi

- *Benzatin penisilin G*: Tek doz 2,4 milyon ünite, kas içine
- Penisiline alerji varsa, *doksisisiklin*: Günde iki kez 100 mg, ağızdan, 15 gün süreyle
- Hastanın cinsel eşi de mutlaka aynı şekilde tedavi edilmelidir.

Sevk

- Kesin tanı veya izlem için laboratuvar olanakları yoksa
- Ülser kaybolduktan sonra deri ve mukozada papüler döküntüler ortaya çıkarsa
- Gebelik durumunda hasta sevk edilmelidir.

A.2. Genital Herpes

Etken *Herpes simplex virus* tip 1 ve tip 2'dir. Genital herpes, genital bölgede vezikül ve ülserlerle karakterizedir. Primer enfeksiyonla vücuda giren virüs latent kalır ve sık rekürrens gösterebilir.

Tedavi amacı

- Klinik iyileşmeyi hızlandırmak
- Bulaşıcılığı önlemek
- Nüksleri önlemek

Tedavi

Primer enfeksiyon:

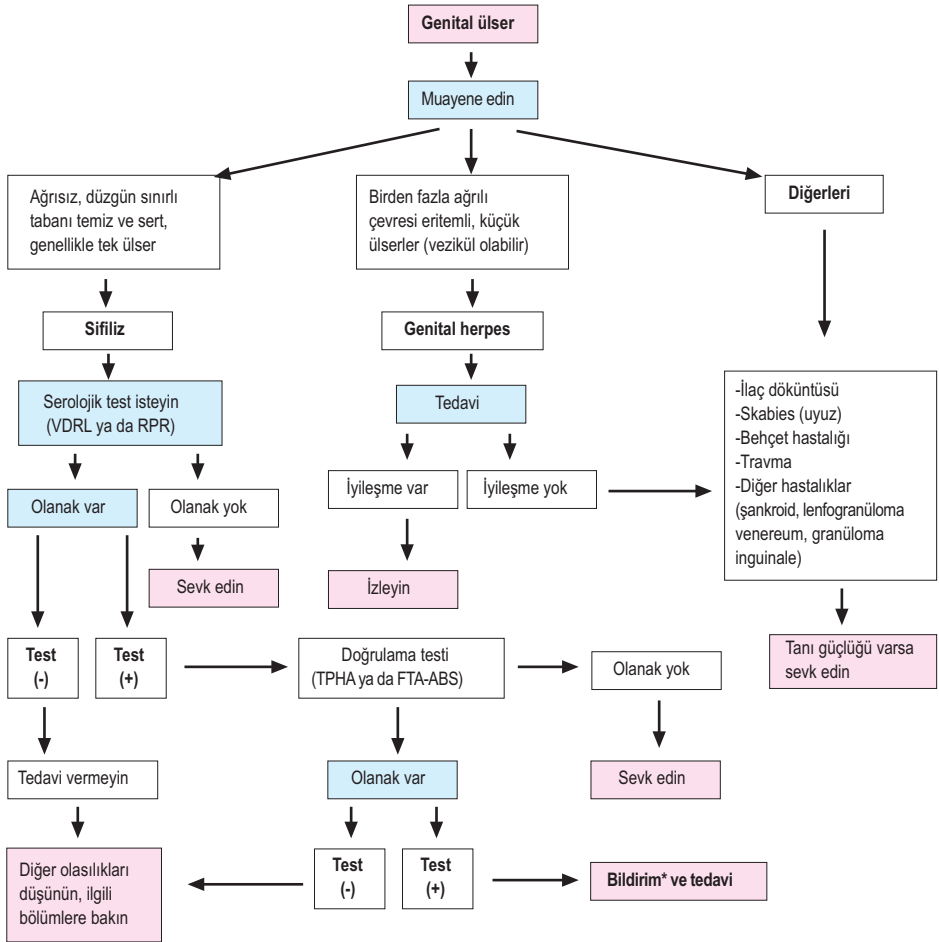
- *Asiklovir* : Günde 3 kez 400 mg, ağızdan, 7-10 gün

Rekürren enfeksiyon:

- *Asiklovir* : Günde 3 kez 400 mg, ağızdan, 5 gün

Sevk

- Tedaviye rağmen iyileşmeyenler
- Yılda 6 defadan fazla rekürrens gösterenler (süpresyon tedavisi planlanması için)
- Gebeler
- Sistemik ağır hastalığı (pnömoni, hepatit, meningoensefalit gibi) olanlar sevk edilmelidir.

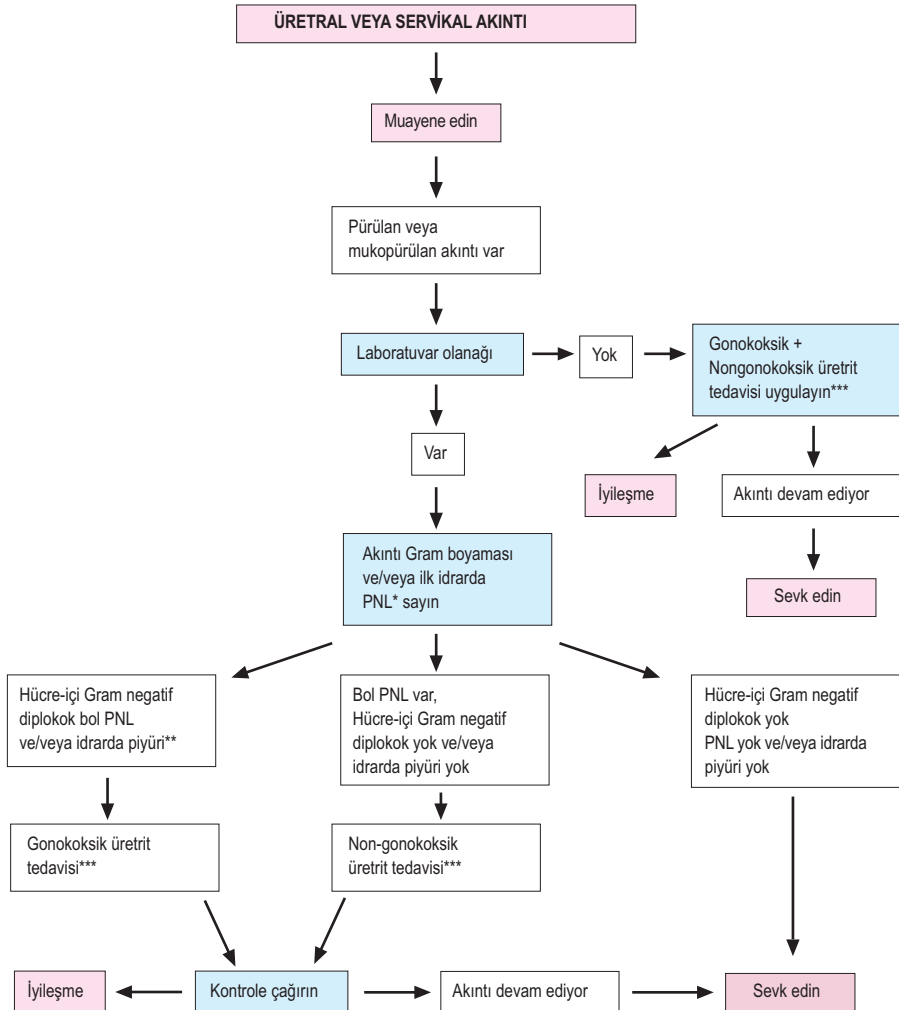
Genital ülserli hastaya yaklaşım

* Sifiliz acil olarak bildirim zorunlu hastalıklardandır; Sağlık Bakanlığı Sifiliz Tedavi Yönetmeliği uyarınca işlem yapılmalıdır.

B. ÜRETRİT VE SERVİSİTLER

Erkeklerde üretra (üretrit), kadınlarda serviksten (servisit) mukopürülen veya pürülen akıntı, bazen dizüri ve kaşıntı ile karakterize, genellikle *Neisseria gonorrhoeae* ve *Chlamydia trachomatis* 'e bağlı enfeksiyonlardır.

Üretrit ve servisitle belirgin hastalıklara yaklaşım



*PNL: Polimorf nüveli lökosit ** Piyüri: Lökosit ³ 10/mm

3 * Cinsel eşi de tedavi edin**

Tedavi amacı

- Enfeksiyonun bulaşmasını engellemek
- Klinik iyileşmeyi hızlandırmak
- Lokal ve sistemik komplikasyonları önlemek
- Kronikleşmeyi ve sterilite gibi olumsuz sonuçları engellemek

Tedavi

Gonokoksik üretrit tedavisi:

- *Seftriakson* : Tek doz, 250 mg, kas içine **veya**
- *Sefiksım* : Tek doz, 400 mg, ağızdan **veya**
- *Siprofloksasin* : Tek doz, 500 mg, ağızdan **veya**
- *Ofloksasin* : Tek doz, 400 mg, ağızdan

Nongonokoksik üretrit tedavisi:

- *Doksisiklin* : Günde iki kez, 100 mg ağızdan, 7 gün **veya**
- *Ofloksasin* : Günde iki kez, 300 mg ağızdan, 7 gün **veya**
- *Azitromisin* : Tek doz, 1 gr ağızdan **veya**,
- *Eritromisin* : Günde dört kez, 500 mg ağızdan, 7 gün.

Sevk

Tedaviye karşın yakınmaları devam edenler sevk edilir.

C. VAJİNAL AKINTIYLA BELİRGİN HASTALIKLAR

- Bakteriyel vajinoz (Cinsel yolla bulaşan bir hastalık olmamakla birlikte cinsel aktivite ile ilişkisinin olduğu bilinmektedir.)
- Trikomoniyaz
- Vajinal kandidiyaz

Vajinal akıntılı hastalıkların özellikleri

	Normal	Trikomonal	Kandidal	Bakteriyel vajinoz
Cinsel Bulaşıcılık		+	+/-	-
Semptomlar				
Vulva irritasyonu	-	++	++	+/-
Dizüri	-	%20	+	-
Koku	-	+/-	-	++
Bulgular				
Labial eritem	-	+/-	+/-	-
Genital bölgede lezyon	-	-	+	-
Akıntı				
Görünümü	Renksiz	Sarı-yeşil köpüklü	Beyaz, peynirimsi, süt keşiği gibi	Gri-beyaz homojen
Vajen duvarına yapışma	-	-	+	+
pH	-4.5	~4.6	-4.5	~4.6
Koku testi (KOH ile)*	-	-	-	Balık kokusu veya pis koku
Mikroskopi				
Taze yaş preparat	-	Hareketli trofozoid (%70)	-	-
Gram boyalı preparat				
Epitel	N	N	N	İpucu (clue) hücreleri
PNL/Epitel oranı	-1	~1	Değişken	-1
Bakteri	G (+) basiller (laktobasil)	G (+) basiller	G (+) basiller, maya ve psödohip (%50)	Gram labil kokobasil

* AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi'ne bakınız.

Tedavi amacı

- Hastanın yakınma ve semptomlarını ortadan kaldırmak
- Komplikasyonları önlenmek
- Diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülmesini engellemek
- Gebelerde istenmeyen sonuçları (erken doğum, erken membran rüptürü gibi) önlemek

Tedavi

Trikomoniyaz:

- *Metronidazol* : Tek doz 2 gr tablet, ağızdan **veya** günde iki kez 500 mg tablet, ağızdan, 7 gün.

Vulvovajinal kandidiyaz:

- *Klotrimazol* 500 mg, vajinal tablet, tek doz veya
- *Mikonazol* 200 mg, vajinal supozituar, 3 gün süreyle veya
- *Flukonazol* 150 mg kapsül, ağızdan tek doz

Bakteriyel vajinoz:

Cinsel eşin tedavisine gerek yoktur.

Metronidazol kullanılırken alkol alınmamalıdır.

- *Metronidazol* 500 mg tablet, ağızdan günde iki kez, 7 gün süreyle veya
- *Metronidazol* Bir aplikatör dolusu (5 gr) %0,75'lik jel, intravajinal, günde 1 kez, 5 gün süreyle veya
- *Klindamisin* Bir aplikatör dolusu (5 gr) %2'lik krem, intravajinal, günde 1 kez, yatarken, 7 gün süreyle.
- Gebelerde;
Klindamisin 300 mg kapsül, günde iki kez, ağızdan, 7 gün süreyle veya
Metronidazol 250 mg tablet, günde üç kez, ağızdan, 7 gün süreyle
Gebelerde tedaviden bir ay sonra kontrol muayenesi yapılmalıdır.

Sevk

- Tekrarlayan
 - Ağır (vulvada aşırı eritem, ödem, fissür ve mukozada soyulma olan)
 - Tedaviye yanıt vermeyen
 - Altta yatan hastalığı olan (diabetes mellitus, steroid alan hastalar gibi)
- hastalar sevk edilmelidir.

D. PELVİK ENFLAMATUVAR HASTALIK (PEH)

Vajina ve endoserviksteki mikroorganizmaların gebelik veya cerrahi girişim olmadan endometrium, tuba uterinale ve overlerde assenden olarak ilerlemesiyle gelişen, genellikle nükslerle karakterize akut bir sendromdur. İnfertilitenin önde gelen nedenidir.

Etkenleri: Başta *Neisseria gonorrhoeae* ve *Chlamydia trachomatis* olmak üzere vajen florasında bulunan *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* ve *Ureaplasma urealyticum* etken olabilir.

Tanı

Akut PEH için minimum klinik ölçütler alt karın ağrısı, adnekslerde ve serviks duyarlılığıdır. Ayrıca vajinal akıntı, yüksek ateş (38°C üstü), düzensiz kanamalar eşlik edebilir.

Ayırıcı tanı

Salpenjit, apendisit, dış gebelik, endometriozis ve over kisti komplikasyonları ile karışabilir.

Tedavi

Amaç klinik iyileşmenin hızlandırılması, kronikleşmeyi önlemek, komplikasyonların önlenmesidir.

Nükslerin önlenmesi için asemptomatik cinsel eş tedavisi şarttır.

Rahim içi araç (RİA) kullananlarda PEH şüphesi varsa 24 saatlik antibiyotik tedavisinden sonra RİA çıkarılmalıdır.

1. Seçenek :

Ofloksasin günde iki kez, 400 mg + *metronidazol* günde iki kez, 500 mg; ağızdan, 14 gün.

2. Seçenek :

Seftriakson tek doz, 250 mg kas içine + *doksisisiklin* ; günde iki kez, 100 mg, ağızdan, 14 gün ± *metronidazol* ; günde iki kez, 500 mg, ağızdan, 14 gün.

Sevk

- Bulantı kusma, yüksek ateşi olan
 - Gebe
 - Tedavinin başlamasından itibaren 3 gün içinde semptomları düzelmeyen hastalar
 - Kesin tanı konamayan
 - Apse şüphesi olan
 - Oral tedavi uygulanamayan
 - Peritonit bulgusu saptananlar
- sevk edilmelidir.

E. GENİTAL SİĞİLLER

Human papilloma virüs (HPV) tarafından oluşturulan iyi huylu deri lezyonlarıdır. Bu lezyonlar doğrudan temas veya otoinokülasyonla yayılır. HPV'nin alt tipleri ile farklı görünümli lezyonlar oluşur. En sık görülen kondiloma aküminatadır. Genital siğil oluşturan HPV alt tiplerinin (16, 18, 31, 33, 35) serviks kanserleri ile ilişkisi düşünülmektedir.

Tanı

Siğiller genellikle semptomsuzdur. Hastalar genital bölgede ortaya çıkan kabarık oluşumlarla başvurur.

Fizik muayene

Penis, pubis, anüs, vulva ve vajen çevresinde deriden kabarık, pembe-kahve renkli papüller görülür. Kondiloma aküminata, daha çok anüs çevresinde pembe renkli karnıbahar görünümünde papüller şeklinde izlenir. Kondiloma aküminata sulantılı ve kötü kokuludur.

Ayırıcı tanı

Anogenital yerleşimli nevüsler, skuamöz hücreli kanserler, kondiloma lata ve malign melanomdan görünümü ile ayırt edilmelidir. Olanak varsa, kondiloma aküminata için tedaviye başlamadan önce patolojik inceleme yapılmalıdır.

Tedavi amacı

Temel ilke lezyonların skar bırakmadan giderilmesini sağlamaktır.

- Bulaşıcılığı engellemek
- Estetik kaygıları gidermek

İlaçsız tedavi

Siğiller tedavi edilmeden kendiliğinden de kaybolabilir.

İlaçla tedavi

1. *Podofilin* %20'lik tentür benzoat içinde hazırlatılır. Çevre doku korunarak, siğillere uygulanır. İki saat bekletilerek yıkanır. Haftada bir kez uygulanır. Tahriş olursa tedaviye ara verilir. Gebelerde kullanılmamalıdır.
2. %30-40 konsantrasyonda hazırlatılan *salisilik asit* li pomadlar çevre doku korunarak lezyon üzerine uygulanır.
3. %80-90 konsantrasyonda *triklorasetik asit* çevre doku korunarak haftada bir kez uygulanır.

İzlem

Siğiller tedavi ile her zaman kaybolmayabilir veya yeni siğiller çıkabilir. Bu durumda tedavi tekrarlanmalıdır.

Sevk

- Hızla yayılan ve büyüyen anogenital siğillerin varlığında
- Gebelik durumlarında hasta sevk edilir

Genel uyarılar

- Hastaların cinsel eşleri de mutlaka muayene edilmelidir.
- Tedavi süresince cinsel ilişkiye girmemeleri gerektiği hastalara mutlaka söylenmelidir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bir kişide mutlaka cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar da araştırılmalıdır.
- Cinsel eş tedavisini unutmayın.
- Hastalara cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaşma yolları konusunda eğitim verilmelidir.

Korunma

- Tek cinsel eşlilik
- Şüpheli cinsel ilişkide bulunmama
- Şüpheli cinsel ilişkide kondom kullanılması

Kaynaklar

1. Brown JJ, Yen-Moore Angela, Tying SK. An Overview of Sexually Transmitted Disease, Part 1. J Am Acad Dermatology 1999;41:511-29.
2. Brown JJ, Yen-Moore Angela, Tying SK. An Overview of Sexually Transmitted Disease, Part 2. J Am Acad Dermatology 1999;41:611-77.
3. Case Definition for Infectious Conditions Under Public Health Surveillance. MMWR.1997;46 (RR 10):1-55.
4. CDC. Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines 2002. MMWR. 2002;51 (RR6):1-82
5. John Hopkins Information Program. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, ed. The Essentials of Contraceptive Technology, Baltimore, 1997.
6. Rein MF. Vulvovaginitis and Cervicitis. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, ed. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. New York: Churchill Livingstone; 2000;2383-86.
7. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: 3. Basım. Ankara. 2000;239-307.
8. Sparling PF, Handsfield HH. *Neisseria gonorrhoeae*. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, ed. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. New York: Churchill Livingstone; 2000;2242-50.
9. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2002. Gilbert DN, Moellering RC, Sande A, ed. 32nd ed. Hyde Park, 2002; Antimicrobial Therapy Inc.