

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİ BAŞVURULARINDA CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR; ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURUMU DENEYİMİ

Dr. Aslı Arısoy

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

2025

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİ BAŞVURULARINDA CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR; ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURUMU DENEYİMİ

Dr. Aslı Arısoy

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Nilgün Sayman
GOKAEK-2023/20.12
2025

I.İÇİNDEKİLER

I.İÇİNDEKİLER ..... **I**
II.TEŞEKKÜR ..... **IV**
III.KISALTMALAR ..... **V**
IV.ÇİZELGE DİZELGESİ ..... **VII**
V.ÇİZİM DİZELGESİ ..... **VIII**
1.GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2.GENEL BİLGİLER **3**
2.1.ANOGENİTAL SİĞİL **3**
2.1.1.TARİHÇE **3**
2.1.2.EPİDEMİYOLOJİ **3**
2.1.3.PATOGENEZ **4**
2.1.4.KLİNİK **5**
2.1.5.TANI **6**
2.1.6.TEDAVİ **6**
2.1.6.1.Podofilotoksin (%0,5) ve Podofilin (%10-25) Solüsyon **6**
2.1.6.2. Imiquimod krem (%5) **7**
2.1.6.3.Sinekateşinler **7**
2.1.6.4.Kriyoterapi **7**
2.1.6.5.Trikloroasetik Asit (%80-90) Solüsyon **7**
2.1.6.6. Cerrahi Tedavi ve Lazer **7**
2.1.6.7. Kantaridin **8**
2.1.6.8. 5-Flourorasil **8**
2.2.SİFİLİZ **8**
2.2.1. TARİHÇE **9**
2.2.2. EPİDEMİYOLOJİ **9**
2.2.3. PATOGENEZ **9**
2.2.4. KLİNİK **11**
2.2.4.1. Primer Sifiliz **11**
2.2.4.2. Sekonder Sifiliz **11**

2.2.4.3. Latent Sifiliz 12
2.2.4.4. Tersiyer Sifiliz 12
2.2.5.TANI 13
2.2.5.1. Doğrudan Tanı Yöntemleri 13
2.2.5.2. Serolojik Tanı Yöntemleri 13
2.2.5.2.1. Non-Treponemal Testler 14
2.2.5.2.2. Treponemal Testler 14
2.2.5.3. Serolojik Testlerde Algoritma 14
2.2.5.4. Histopatoloji 15
2.2.6. TEDAVİ 16
2.2.6.1. Erken Sifiliz (Primer,Sekonder ve Erken Latent) 16
2.2.6.2. Geç Latent, Tersiyer; Kardiyovasküler Sifiliz 16
2.2.6.3. Nörosifiliz, Oküler ve Aurikular Sifiliz 16
2.3.GENİTAL HERPES 17
2.3.1. TARİHÇE 17
2.3.2. EPİDEMİYOLOJİ 17
2.3.3. PATOGENEZ 18
2.3.4.KLİNİK 18
2.3.4.1. Birincil Enfeksiyon 18
2.3.4.2. Tekrarlayan Enfeksiyon 19
2.3.5. TANI 19
2.3.5.1. Viral Kültür 19
2.3.5.2. Tzanck Yayması 19
2.3.5.3. Doğrudan Floresan Antikor 20
2.3.5.4. Serolojik Testler 20
2.3.5.5. Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR) 20
2.3.6. TEDAVİ 20
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 22
3.1. ÇALIŞMA YÖNTEMİ 22
3.2.1. Çalışma Grubunun Oluşturulması 22
3.3. İSTATİKSEL ANALİZ 23

4. BULGULAR **24**

4.1 Demografik Veriler **25**

4.2. Yıllara Göre Dağılım **27**

4.3. Anogenital Siğil Olgularında Klinik Bulguların Değerlendirilmesi **30**

4.4. Anogenital Siğil Olgularında Laboratuvar Bulgularının Değerlendirilmesi **32**

4.5. Anogenital Siğil Olgularında Tedavi ve İzlem Sonuçlarının Değerlendirilmesi **33**

4.6. Sifiliz Olgularında Klinik Bulguların Değerlendirilmesi **34**

4.7. Sifiliz Olgularında Laboratuvar Bulgularının Değerlendirilmesi **36**

4.8. Sifiliz Olgularında Tedavi ve İzlem Sonuçlarının Değerlendirilmesi **37**

4.9. Genital Gerpes Olgularnda Klinik Bulguların Değerlendirilmesi **38**

4.10. Genital Herpes Olgularında Laboratuvar Bulgularının Değerlendirilmesi **39**

4.11. Genital Herpes Olgularında Tedavi ve İzlem Sonuçlarının Değerlendirilmesi **40**

4.12. Türkiye'de Bildirilen Sifiliz Olgu Sayıları ise ile Polikliniğimizde Tanı Konulan Hastaların Sayılarının Karşılaştırılması **40**

4.13. Başvuru Sayılarına Göre CYBE'lerin Covid-19 Pandemi Dönemiyle (2020-2022) İlişkisi **43**

4.14. Hasta Sayılarına Göre CYBE'lerin Covid-19 Pandemi Dönemiyle (2020-2022) İlişkisi **46**

5. TARTIŞMA **49**

6. SONUÇLAR **60**

7. ÖZET: Dermatoloji Polikliniği Başvurularında Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar: Üçüncü Basamak Sağlık Kurumu Deneyimi **65**

8. ABSTRACT: Sexually Transmitted Infections in Dermatology Outpatients: A Tertiary Health Center Experience **66**

9. KAYNAKÇA **67**

10. EK-1 OLGU RAPOR FORMU **78**

II. TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sürecinde tecrübe ve bilgi birikimiyle bana her daim destek olan, değerli vaktini benden esirgemeyen, kendisinden çok şey öğrendiğim tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Nilgün Sayman'a, eğitimimde emeği geçen ve asistanlığım boyunca benden bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Aysun Şikar Aktürk'e ve değerli hocalarım Prof. Dr. Rebiay Kıran'a, Prof. Dr. Dilek Bayramgürler'e, Prof. Dr. Evren Odyakmaz Demirsoy'a ve Doç. Dr. Abdullah Demirbaş'a;

Çalışmamda büyük katkısı olan Halk Sağlığı Anabilim Dalından Prof. Dr. Çiğdem Çağlayan'a;

Kocaeli Üniversitesi Dermatoloji ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalında beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, birlikte çalışmaktan her daim keyif aldığım başta poliklinik sorumlu hemşiremiz Hülya Pekdemir olmak üzere tüm hemşire ve personel arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Hayatımın her anında desteklerini hissettiğim, her daim yanımda olan ve üzerimde sonsuz emekleri olan annem, babam ve kız kardeşime sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

III. KISALTMALAR DİZELGESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AGS: Anogenital Siğil

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CIA: Chemiluminescence Immunoassay

CO_2: Karbon dioksit

CYBE: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

DFA: Doğrudan Floresan Antikor

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FTA-ABS: Fluorescent Treponemal Antibody Absorption

HIV: Human Immunodefiency Virus

HPV: Human Papilloma Virus

HSV: Herpes Simpleks Virus

HSV2: Herpes Simpleks Virus-2

IFN: İnterferon

IM: İntramuskuler

IV: İntravenöz

MHA-TP: Microhemagglutination Test for Antibodies to Treponema Pallidum

Nd-YAG: Neodimyum-itriyum Alüminyum Garnet

NTT: Non-Treponemal Testler

NK: Natural Killer

PCR: Polymerase Chain Reaction

PID: Pelvik İnflamatuar Hastalık

PO: Peroral

RPR: Rapid Plasma Reagin

TP-EIA: Trepenoma Pallidum Enzyme Immunoassay

TPHA: Treponema Pallidum Hemagglutination Assay

TPPA: Trepenoma Pallidum Particle Agglutination Assay

TRUST: Toluidine Red Unheated Serum Test

TT:Treponemal Testler

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VDRL: Venereal Diseases Research Laboratory

IV.ÇİZELGE DİZELGESİ

1.Çizelge: Genital herpes tedavisi 21

2.Çizelge: Hastalarda kadın-erkek dağılımı 26

3.Çizelge: Tüm hastalarda yaş dağılımı. 26

4.Çizelge: Anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes tanılı olgularda yaş aralıkları. 27

5.Çizelge: Kadın hastalarda anogenital siğillerin yerleşim alanları. 31

6.Çizelge: Erkek hastalarda anogenital siğillerin yerleşim alanları. 31

7.Çizelge: Anogenital siğil olgularında tedavilerin etkinliklerinin değerlendirmesi. 34

8.Çizelge: Sifiliz hastalarında muayenede saptanan lezyonların morfolojisi ve dağılımı ... 36

9.Çizelge: Tedavi etkinliği değerlendirilebilen sifiliz olgularında farklı tedavi rejimleriyle elde edilen klinik düzelme. 38

10.Çizelge: Tedavi etkinliği değerlendirilebilen sifiliz olgularında farklı tedavi rejimleriyle elde edilen serolojik düzelme. 38

11.Çizelge: Genital herpesli kadın hastalarda lezyonların dağılımı. 39

12.Çizelge: Genital herpesli erkek hastalarda lezyonların dağılımı 39

13.Çizelge: Yıllara göre polikliniğimizde bildirilen CYBE'ların toplam başvuru sayısına oranı 43

14.Çizelge: CYBE, AGS, Sifiliz ve GH tanılı hastaların polikliniğimize başvuran tüm hasta sayıları ile oranı. 46

V. ÇİZİM DİZELGESİ

1.Çizim. 2005-2022 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğinde anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes tanısı alan olguların dağılımı 24

2.Çizim. Anogenital siğil, sifiliz, genital herpes tanılı hastalarda birden fazla tanıya sahip olan hastaların dağılımı. 25

3.Çizim: Anogenital siğil, sifiliz ve genital herpesli olguların 2005-2022 yılları arasındaki dağılımı. 27

4.Çizim: Anogenital siğil olgularının 2005-2022 yılları arasındaki dağılımı. 28

5.Çizim: Sifiliz olgularının 2005-2022 yılları arasındaki dağılımı. 29

6.Çizim: Genital herpes olgularının 2005-2022 yılları arasındaki dağılımı. 30

7.Çizim: Anogenital siğil olgularında (n:56) HPV PCR inceleme sonuçları. 33

8.Çizim: Sifiliz olgularının hastalık evrelerine göre dağılımları. 35

9.Çizim: Yıllara göre Türkiye'de bildirilen sifiliz olgu sayıları. 40

10.Çizim: Yıllara göre Türkiye ve polikliniğimizdeki sifilizli olgu sayılarının artış ve azalma oranlarının karşılaştırılması. 42

11.Çizim: Deri ve zührevi hastalıklar poliklinik başvurularında cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların oranı. 44

12.Çizim: Deri ve zührevi hastalıklar poliklinik başvurularında AGS tanılı başvuru sayısı oranı 45

13.Çizim: Polikliniğimize başvuran hastalarda CYBE, anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes oranı. 47

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) önemli bir halk sağlığı sorunu olup, hem tedavi açısından hem de hastalığın tedavi edilmemesi durumunda ortaya çıkan komplikasyonları açısından sağlık hizmetleri kaynaklarına önemli bir yük getirmektedir.[1] Toplamda 30'dan fazla bakteriyel, viral ve paraziter patojen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara neden olur. Bunlar arasında en sık görülen etkenler; *Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum, Trichomonas vaginalis, Human papilloma virus (HPV), Herpes simpleks virus (HSV) ve Human immunodefiency virus (HIV)* şeklinde sıralanabilir. Etken olan organizmaya göre değişen komplikasyonlar arasında pelvik inflamatuar hastalık (PID), epididimit, infertilite, ektopik gebelik, serviks kanseri, kardiyovasküler ve nörolojik hasar, yetişkin mortalitesi ve fetal ve neonatal morbidite ve mortalite sayılabilir.[2]

Son 10 yılda İngiltere'de yeni CYBE tanısı alan hasta sayısı %47 artarak 305.000'den 448.000'e yükselmiştir.[2] Finlandiya'da *C. trachomatis, N. gonorrhea* ve *T. pallidum*'un da aralarında bulunduğu CYBE'lerin görülme sıklığı son yıllarda artmaktadır.[3] Amerika'da 2008-2010 yılları arasındaki verilerle kıyaslandığında 2011-2013 yılları arasında CYBE tanısı bulunan hastaların acil servis başvurularının sayısında %39'luk bir artış olmuştur.[4]

HPV yılda 14,1 milyon yeni vaka ve toplam 79,1 milyon vakayla Amerika Birleşik Devletleri'nde ve dünya çapında en yaygın CYBE etkenidir.[5] Yüksek riskli HPV türleri olan 16 ve 18 serviks kanseri ve diğer anogenital kanserlere sebep olurken düşük riskli olarak sınıflandırılan 6 ve 11 genital siğillere neden olur.[2] İspanya'da 2005 yılında, yaşları 14-64 arasında değişen 31.833 erkek ve 24.613 kadının genital siğil nedeniyle tedavi gördüğü tahmin edilmektedir.[6] Kanada'da 1999'dan 2006'ya kadar 39.122 anogenital siğil vakası bildirilmiştir ve 1999'da genel insidans 1000 nüfus başına 1,07 iken bu değer 2006'da artarak 1000 nüfus başına 1,26'ya yükselmiştir.[7] Genital siğiller Birleşik Krallık'ta teşhis edilen en yaygın viral CYBE'dir ve 2012 yılında yaklaşık 74.000 yeni genital siğil vakası görülmüştür. İngiltere'deki genitoüriner sistem kliniklerinde teşhis edilen hasta sayısı 2003'ten bu yana %15 artmıştır.[1]

Genital herpes enfeksiyonu dünya çapında genital ülser nedenleri arasında birinci sıradadır ve dünya çapında 400 milyondan fazla kişiyi etkilemektedir. Amerika Birleşik Devletler'indeki Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and

Prevention, CDC), her yıl 776.000 kişinin yeni genital herpes enfeksiyonuna yakalandığını tahmin etmektedir.[8] ABD'de 12 yaş üstü nüfusu temsil eden ulusal bir örnekte, yaşa göre düzeltilmiş *Herpes simpleks virüs 2* (HSV2) prevalansının 1976'dan 1994'e kadar yetişkinlerde %16,4'ten %21,7'ye yükseldiği gösterilmiştir.[9] Güney Afrika'da madencilerin dahil edildiği bir kesitsel çalışmada herpese bağlı ülser oranının 1986'da %3'ten 1994'te %17'ye ve 1998'de %36'ya yükseldiği bildirilmiştir.[9]

Edinsel (erken ve geç dönem olarak) ya da doğumsal olarak karşımıza çıkabilen sifiliz *Treponema pallidum*'un neden olduğu infeksiyöz bir hastalık olup başlıca geçiş yolu cinsel ilişkidir.[10] Dünyada her yıl 15-49 yaş arası toplam 6 milyon yeni sifliz olgusu öngörülmektedir.[11] Çin'de bildirimi yapılan sifilizli olguların 2000'li yıllarda başlayan artışı 2005'ten sonra dikkat çekici biçimde devam etmiştir.[12] Belgrad'da Bjekic ve ark.[13] 2005 ve 2014 yıllarındaki sifiliz insidanslarını karşılaştırdıklarında %383,2 oranında artış olduğunu bildirmişlerdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde(ABD) 2019' da 38.992 erken sifiliz vakası teşhis edilmiş olup bu değer nüfusa oranlandığında 100.000 kişi başına 11,9 vakanın olduğunu göstermektedir.[14]

Biz planladığımız çalışmada 2005-2022 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniğine başvuran ve anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes tanısı alan hastaların tanı aldıkları zamanki yaşları, cinsiyetleri, başvuru yakınmaları, dermatolojik muayene bulguları, sistemik bulguları, eşlik eden diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların varlığı, partnerlerindeki semptomlar, laboratuar bulguları (Anti HIV, HbsAg, Anti HbsAg, Anti HbcIgG, Anti HCV, VDRL, TPHA, Sifiliz ELİSA) uygulanan tedavi yöntemleri, hastaların tedaviye yanıtları ve varsa tedavi yan etkileri, kontrollerdeki dermatolojik muayeneleri, kontrol serolojik testleri ve yıllara göre CYBE sıklığındaki değişiklikleri göstermeyi amaçladık. Ayrıca anogenital siğillerde eğer yapılmışsa *Polymerase Chain Reaction (PCR)* ile HPV alt tiplerinin saptamayı amaçladık. Ayrıca bildirimi zorunlu olan sifilizli olgular için Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi tarafından her yıl yayınlanan hasta sayılarını değerlendirmeyi ve toplam Türkiye rakamlarının yıllar içindeki değişimini ayrıntılı ortaya çıkarmayı ve polikliniğimiz başvurularıyla kıyaslamayı planladık. Bunların yanı sıra hastane kayıt sisteminde de adı geçen çalışma kapsamındaki CYBE'ların görülme sayılarını Covid-19 pandemisi öncesi ve pandemi süresince karşılaştırmayı planladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ANOGENİTAL SİĞİL

Kırktan fazla HPV tipi anogenital mukozayı enfekte etmekte olup en sık sebep olan türleri HPV 6 ve 11'dir.[15] Anogenital siğiller bir diğer adıyla kondiloma akuminata ekstarnal genitallerde ve perinede, perianal bölgede veya inguinal kıvrım ve mons pubis gibi bölgelere yerleşen birkaç milimetre çaplı deri renginde, kahverengi veya beyazımsı olabilen, tek tek duran, sapsız, düzgün yüzeyli vejetatif papillomlar şeklinde görülür. Çapları birkaç santimetrenin üzerinde olabilen pedinküllü veya geniş birleşmiş plaklar şeklinde olabilir. Vajina, üretra veya anal kanala yayılabilir.[16] Anogenital siğiller genellikle asemptomatiktir ancak büyüklüğüne ve yerleştiği yere bağlı olarak ağrılı veya kaşıntılı olabilirler.[17]

2.1.1. TARİHÇE

Anogenital siğillerin HPV kökenli olduğu ilk kez Dr. H. zur Hausen tarafından 1985'te gösterilmiştir.[18] Papillomavirüsler, *Papillomaviridae* familyasından zarfsız, çift sarmallı DNA virüslerdir. Doku tropizmine göre kutanöz veya mukozal kategorilere ayrılan 200'den fazla HPV türü vardır.[19] Ayrıca HPV tipleri onkogenik kapasitelerine göre yüksek riskli ve düşük riskli olarak gruplandırılmıştır.[20]

2.1.2. EPİDEMİYOLOJİ

Anogenital siğil küresel çalışmalara göre tahminen 100.000 kişi başına 160-289 vakanın görüldüğü önemli bir halk sağlığı sorunudur.[21] Birçok Avrupa ülkesinde yıllık insidans tahminleri genel nüfusun %0,13 ila %0,16'sı arasında değişmektedir.[22] HPV'nin cinsel partnerler arasında bulaşma oranları yüksektir ve görünür siğiller olmadığında da bulaşma gerçekleşebilir.[23] Servikal sitoloji örneklerine göre hesaplandığında herhangi bir HPV genotipinin küresel prevalansı %11,7'dir.[24] Çoğu durumda enfeksiyon asemptomatiktir ve enfekte olanların yalnızca küçük bir kısmında görünür genital lezyonlar gelişir. Bununla

birlikte çalışmalar HPV 6 veya 11 ile enfekte olan hastaların %14,6-64,2'sinde siğillerin geliştiğini göstermiştir.[25]

HPV'nin 40'tan fazla alt tipi genital mukozayı enfekte edebilir; etkilenen bireylerin %90'ında tip 6 ve 11 bulunur. Kondiloma akuminata her iki cinsiyeti de etkilemekle birlikte, hasta popülasyonunun %67'sini kadınlar oluşturmaktadır. Cinsel açıdan aktif kadınların %50 ila %80'i yaşamlarının bir döneminde HPV ile enfekte olmaktadır. [26] HPV'nin genital tipleri, özellikle servikste anogenital neoplazmlara neden olma potansiyellerine bağlı olarak yüksek ve düşük riskli olarak ikiye ayrılır. Tip 6 ve 11 gibi düşük riskli onkojenik HPV tipleri anogenital siğillere sebep olurken, tip 16 ve 18 gibi yüksek riskli onkojenik HPV tipleri genellikle servikal neoplazmlarla ilişkilidir.[27]

2.1.3. PATOGENEZ

Papilloma virüsler ikozahedral simetriye sahip ve genomu çevreleyen 72 kapsomerli, zarfsız DNA virüsleri olup, virüsün dış protein kılıfı, majör ve minör olmak üzere iki protein içermektedir. Virüsün genetik bilgisi ise yaklaşık 8.000 baz çifti içeren halkasal, çift zincirli bir DNA molekülünde kodlanmaktadır.[28]

HPV genomu altı erken gen ve iki geç gen içerir. Geç genler (L1 ve L2), viral DNA'yı dış ortamdan koruyan ve hedef hücreye etkili bir şekilde bağlanmasını sağlayan kapsidi kodlar, erken genler ise (E1, E2, E4, E5, E6 ve E7) viral yaşam döngüsünden ve onkogenezden sorumludur. Düzenleyici fonksiyonda önemli rol oynarlar ve viral replikasyon ve hücre döngüsünü sağlayan proteinleri kodlarlar. Viral ve konakçı hücre DNA'sının birleşmesi, onkoproteinlerin transkripsiyonunu destekleyen E6 ve E7 genlerinin düzensiz ve kontrolsüz aktivasyonuna neden olabilir. Bu iki erken gen, tümör baskılayıcı genler p53 ve rb'yi bağlayıp etkisiz hale getirir, bu da hücre çoğalmasına ve malignite potansiyelinin gelişmesine neden olur.[26]

Papillomavirüs yaşam döngüsü, sadece tam olarak farklılaşmış skuamöz epitelde tamamlanır. Virüs çoğalmakta olan bazal hücrelere girdiğinde enfeksiyon ve hiperproliferasyonun indüksiyonu başlar. Normalde bu tabaka üzerinde yer alan diğer farklılaşmış hücreler mekanik bariyer oluşturur ve virüsün girmesini engellerler. Ancak epitelde hücre bütünlüğünü bozan travmalar virüsün bazal tabakaya ulaşmasını kolaylaştırır.[16] Virüs, penetratif ve penetratif olmayan cinsel aktivite sırasında temasla

kolayca bulaşır.[29] Kuluçka dönemi genellikle 3 hafta ile 8 ay arasında sürer ve klinik görünüm 2 ila 3 ay içinde gerçekleşir.[26]

HPV enfeksiyonuna karşı immun yanıt, genellikle diğer viral enfeksiyonlara göre daha geç gelişir. Bunun nedeni, HPV'nin konak immun cevabından kaçmasıdır ve bunun için birden fazla mekanizma kullanır.[30] HPV keratinositleri enfekte eder, ancak enfekte olmuş hücreleri parçalamaz ve enfekte lezyonlarda minimal inflamasyona neden olur. Ayrıca Langerhans hücrelerinin olgunlaşma ve antijen sunma işlevi HPV tarafından inhibe edilir.[31] HPV, tip I interferon (IFN) aracılı antiviral bağışıklık cevabını azaltır ve bu nedenle antijen sunan hücreler, antijen işleme ve sunumu için uygun şekilde etkinleştirilmez. HPV erken proteinlerinden olan E7 ayrıca keratinositlerde antijen işlenmesinin IFN-γ aracılı gelişimini de engeller ve HPV ile enfekte olmuş keratinositlerin T hücreleri tarafından parçalanmasını engeller.[32]

2.1.4. KLİNİK

Çoğu hastada siğiller herhangi bir semptoma oluşturmadan, yumuşak kıvamlı bir lezyon olarak ortaya çıkar. Ancak bazen semptomatik hale gelebilir ve kaşıntı, kanama veya disparoniye neden olabilir. Tipik siğiller 1-5 mm çapında, yüzeysel papüler lezyonlar şeklinde görülür. Düz veya saplı, tek veya çok sayıda olabilirler. Tedavisiz olarak bırakıldığında veya immun sistemi zayıflamış kişilerde büyük, birleşmiş plaklar şeklinde görülebilir. Renkleri genellikle deri rengiyle uyumludur ancak daha yoğun pigmentasyona da sahip olabilirler. Anogenital derinin herhangi bir bölgesinde ortaya çıkabilirlerse de genellikle erkeklerde prepisyum kavitesinde ve kadınlarda vajen girişinin posterioru gibi cinsel ilişki sırasında travmaya maruz kalan bölgelerinde daha sık gözlenir.[33] Anal kanal siğilleri, kondomsuz anal ilişki veya anal penetrasyon içeren cinsel uygulamalar sırasında erkeklerle seks yapan erkeklerde daha yaygındır.[34] Ancak perianal siğiller her iki cinsiyette de yaygındır ve anal ilişki öyküsü olmaksızın da ortaya çıkabilir.[35]

Ortaya çıktıktan sonra sayı ve boyut olarak artan veya kendiliğinden gerileyebilen anogenital siğillerin tedavi edilmese de yaklaşık üçte birinin ortalama dört ay içinde gerilediği tahmin edilmektedir.[36]

2.1.5. TANI

Anogenital siğillerin tanısı klinik olarak konulur. Serviks ve vajinada yer alan siğillerin tespit edilmesi için kolposkop gibi cihazlarının yanı sıra asetik asit veya lugol gibi boyaların uygulanması gerekebilir.[37] Anal kanalda yer alan siğiller için rektoskopi yapılmalıdır.[38] Şüphe durumunda histolojik inceleme yapılabilir, özellikle immün sistemi baskılanmış hastalarda tedaviye dirençli siğillerde maligniteyi dışlamak için biyopsi yapılması önerilmektedir.[17]

HPV kültürü yapılamaz; dolayısıyla tüm HPV teşhis yöntemleri viral DNA tespitine dayanmaktadır. PCR ve hibrid yakalama gibi moleküler biyoloji yöntemleri farklı lezyonlardaki genomik HPV dizilerini tespit edebilir, böylece epitelyal hücrelerdeki genetik materyalin taranmasına ve genotiplemeye olanak sağlar.[39] PCR testi tanı için rutin olarak endike değildir. Test sonucu, tanıyı doğrulamaz ve tedavi yönetimini etkilemez.[17]

Histolojik bulguları arasında genellikle ondülan bir karakteri olan siğilköz veya papillomatöz epidermal hiperplazi ve daha çok yüzeyel epidermis katmanlarını ilgilendiren sitoplazmik vakuolizasyon yani ***koilositoz*** vardır. Bu bulgu, enfekte hücrelerde çekirdek çevresinde halo şeklinde berrak bir alanın varlığı olarak tanımlanabilir. Ayrıca hücre olgunlaşmasının bozulmasının bir sonucu olarak; enfekte hücrelerin sitoplazmasında belirgin keratohiyalin granülleri ve eozinofilik, kaba intrasitoplazmik protein agregatları görülebilir. [40]

2.1.6. TEDAVİ

2.1.6.1. Podofilotoksin (%0,5) ve Podofilin (%10-25) Solüsyon

Podofilotoksin %0,5 haftada 3 gün sabah ve akşam olacak şekilde günde 2 kez uygulanır. Tedavi süresi 4-5 haftaya tamamlanır. Yan etkileri arasında eritem ve erozyon yer alır. Hamilelik sırasında kontrendikedir.[41] Tedavi başarısı %36-83 arasında bildirilmektedir.[42] Podofilin %10-25 solüsyonu ise klinisyen tarafından haftada bir kez olacak şekilde uygulanır. Uygulamadan 1-4 saat sonra iyice yıkanmalıdır. Sistemik emilim ve toksisite riski bulunmaktadır.[17]

2.1.6.2. Imiquimod krem (%5)

Haftada üç kez uyku saatlerinden önce doğrudan siğillere uygulanır ve 6 ila 10 saat sonra sabun ve su ile yıkanır. Uygulama siğil temizlenene kadar veya maksimum 16 hafta devam etmelidir. Tedavi bölgesinde lokal inflamatuar reaksiyonlar yaygındır. Klinik çalışmalarda, 16 haftaya kadar hastaların %35-75'inde siğillerin iyileştiği rapor edilmiştir.[42]

2.1.6.3. Sinekateşinler

Sinekateşinler, aktif madde epigallokateşingallat (EGCG) içeren Camellia sinensis türünün yeşil çay yapraklarından türetilir. Avrupa ülkeleri ve ABD'de %10'luk ve %20'lik merhemler olarak bulunmaktadır ve %47-59'luk iyileşme oranı bildirilmiştir.[43]

2.1.6.4. Kriyoterapi

Siğillerin yaklaşık -190 dereceye kadar soğutulmuş sıvı nitrojenle ortalama 20 saniye süreyle dondurulması işlemidir. Hastanın tolere ettiği ölçüde her seansta, her lezyona, üçe kadar donma-erime döngüsü uygulanabilir. Kriyoterapi genellikle siğil temizlenene kadar 2-3 hafta aralıklarla uygulanır. Klinik çalışmalar başarı oranlarının %44-87 olduğunu göstermektedir.[44]

2.1.6.5. Triklorasetik Asit (%80–90) Solüsyon

Genellikle haftalık olarak uygulanır. Küçük papüler siğiller için uygundur ancak keratinize ve büyük lezyonlarda kullanımı zordur. En iyi şekilde kullanıldığında, yara izi bırakmadan iyileşen yüzeysel bir ülser oluşur. İyileşme oranları %56-94 bildirilmiştir.[45]

2.1.6.6. Cerrahi Tedavi ve Lazer

Eksizyon, elektrocerrahi, elektrokoter ve lazer tedavisi dahil olmak üzere çeşitli cerrahi teknikler kullanılmaktadır. Az sayıda lezyon olduğunda ve ekzofitik veya saplı siğiller için

lokal anestezi altında makas, bistüri veya küretaj kullanılarak eksizyon bir seçenektir. Başarı oranı %89-100 arasında değişmektedir.[46]
Karbon dioksit (CO_2) lazeri ve neodimyum-itriyum alüminyum garnet (Nd-YAG) lazeri yaygın olarak kullanılmaktadır ve %100'e yakın başarı sağlanmaktadır. [47]

2.1.6.7. Kantaridin

Akantolizi tetikleyen ve uygulandığı alanda bül oluşturan bir maddedir. Yüzeysel olarak etki etmesinden dolayı yara izi riski azdır. Aynı zamanda ağrısız uygulama avantajına da sahiptir; rahatsızlık yalnızca uygulamadan sonraki 24 saat içinde bül oluştuğunda ortaya çıkar. Klinisyen tarafından 3 haftada bir uygulanır.[48]

2.1.6.8. 5-Florourasil

DNA sentezini bloke eder ve bölünen bazal tabaka hücrelerine zarar verir. Topikal veya intralezyonel olarak kullanıldığında inflamasyona ve bazen erozyona neden olur. Daha uzun süre kullanıldığında hiperpigmentasyon veya daha az sıklıkla hipopigmentasyon meydana gelebilir. [48]

2.2. SİFİLİZ

Spiroket bakterisi *Treponema pallidum*'un neden olduğu bir hastalıktır ve ilk kez 1400'lü yıllarda cinsel yolla bulaşan bir hastalık olarak tanınmıştır.[49] Sifiliz, mukokutanöz sifilitik lezyonlarla doğrudan temas yoluyla, hamilelik sırasında anneden fetüse dikey geçiş yoluyla veya kan yoluyla bulaşır. Ortalama kuluçka süresi 21 gündür ancak 10 ila 90 gün arasında değişebilir.[17] Sifiliz enfeksiyonu için risk faktörleri arasında erkeklerle seks yapan erkekler, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu, sifiliz enfeksiyonu olan bir partnere sahip olmak, daha önce sifiliz enfeksiyonu geçirmiş olmak ve yüksek riskli cinsel davranışlar yer alır. [17]

2.2.1. TARİHÇE

Onbeşinci yüzyıl sonlarında Avrupa'da yaygınlaşan bu hastalığın kökenine dair teoriler tartışmalıdır. Sifiliz etkeni olan *T. pallidum* ilk olarak 1905'te tanımlanmıştır.[50] Tedavi edilmeyen sifilizin prognozu ile bilgiler 1890-1910 yılları arasında enfekte fakat tedavi almamış hastaların 50 yıllık takibini inceleyen Oslo Çalışması ve 1932'de tedavi edilmeyen hastaların kısa ve uzun dönem sonuçlarını inceleyen Tuskege çalışmasında olarak yer almıştır.[16]

2.2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2016 yılında dünya çapında 15 ila 49 yaş arası kişilerde mevcut 19,9 milyon sifiliz vakası ve 6,3 milyon yeni vaka olduğunu tahmin etmiştir.[51] 2014 yılı itibarıyla ortalama vaka oranı 100.000 kadın başına 17,2 ve 100.000 erkek başına 17,7 vakaydı.[52]

Amerika'da 2021 yılında toplam 176.713 sifiliz vakası bildirilmiş olup bunlardan 53.767'si primer ve sekonder sifiliz vakası idi. Primer ve sekonder sifiliz vakalarının oranının 2020'den 2021'e kadar yüzde 28,6 artmış ve 2021'de 100.000 nüfus başına 16,2 vaka olarak rapor edilmiştir. Primer ve sekonder sifiliz vakalarının yaklaşık %75'ini erkekler oluşturmaktadır.[53] 2020 sonlarında ve 2021'de vaka artışlarının COVID-19 salgınından etkilenmiş olabileceği veya sağlık hizmetlerinin kullanımındaki artıştan kaynaklanmış olabileceği belirtilmektedir.[54]

Ülkemizde bildirilen vakalara bakıldığında ise 2012'den 2019'a kadar sürekli bir artış gözlenmekteyken; 2020 yılında bildirilen vaka sayısında (2508) 2019'da bildirilen vaka sayısına (2177) oranla düşüş izlenmiştir. 2020'den 2022 (3533) 'ye kadar ise ciddi bir artıştan söz edilebilir.[55]

2.2.3. PATOGENEZ

Siflizin tüm klinik belirtilerinin temel nedeninin spiroketler tarafından oluşturulan lokal inflamatuar yanıt olduğu düşünülse de konak savunması da doku hasarına yolaçan mekanizmalar arasındadır.[56]

T.pallidum çift membranlı yapısından dolayı sıklıkla gram negatif bir bakteri olarak tanımlanır fakat dış zarı lipopolisakkaritlerden yoksundur ve gram negatif bakterilerin dış zarından farklı bir fosfolipit bileşimine sahiptir. Sınırlı yüzey antijenlerinin varlığı bakterinin konağın savunmasından kaçmasını sağlar.[57]

Cinsel temas sırasında bulaşan spiroketler mukozalardan veya perigenital ve perianal bölgelerdeki hasar görmüş deriden girer.[58] Enfeksiyon oluşturmak için *T. pallidum*'un epitel hücrelerine ve hücre dışı matris bileşenlerine yapışması gerekir; in vitro çalışmalar bu yapışmanın fibronektin ve lamininlere olduğunu göstermektedir.[59]

Organizmalar epitelin altına indiğinde lokal olarak çoğalır ve lenfatik sistem ve kan dolaşımı yoluyla yayılmaya başlar. İnsan umblikal ven endotelyal hücreleri ile yapılan kültürlerde ex vivo bir çalışma spiroketlerin yayılırken hücreler arası bağlantıları kullandığını göstermiştir.[60] Enfeksiyon hızla sistemik hale gelir. Özellikle sekonder sifiliz lezyonlarında epidermis ve yüzeyel dermis içerisinde bol miktarda spiroket bulunur ve cinsel aktivite sırasında oluşan küçük sıyrıklardan partnere kolayca geçer.[61] *T.pallidum*'un immun yanıttan kaçması lokal olarak çoğalmasına ve yayılmasına olanak sağlasa da patojen konak immun sisteminde yer alan dendritik hücreler tarafından alınır ve naif B hücrelerine ve T hücrelerine sunulmak üzere lenf nodlarına taşınır.[62] Opsonik antikorlar belirgin bir şekilde artar ve spiroketlerin fagosom içerisine alınıp parçalanarak Toll-like reseptörlere sunulacak olan antijenik peptidlerin orataya çıkması sağlanır ve böylece T lenfositleri aktifleşir. Aktive T lenfositler doku hasarında rol oynayan tümör nekroz faktör ve IL-6 gibi sitokinleri üretimini uyaran IFN gama salgılar. [63]

Lenfositlerin, histiyositlerin ve plazma hücrelerinin perivasküler infiltrasyonu tüm sifiliz evrelerinin karakteristik histopatolojik bulgusudur ve endarteritis obliteransa ilerleyebilir.[57]

Enfeksiyon ilerledikçe antikor repertuvarı muhtemelen spiroketin antijen açısından fakir yüzeyinin baskılandığı noktaya kadar yoğunlaşır ve antijenik varyasyon kapasitesi tükenir ve ‘‘latent’’ olarak adlandırılan asemptomatik dönemi başlatır. Tedavi edilmeyen bireylerde latent duruma geçen organizma yıllarca hayatta kalabilir. Deride, kemiklerde, torasik aortada odaklar oluşturabilir ve bunlar tersiyer sifilizdeki gibi nükslere yol açabilir. Tersiyer sifilizde immun kontrol mekanizmalarının neden azaldığı ve dengenin patojen lehine nasıl geri döndürüldüğü açıklanamamıştır, ancak tersiyer sifilizdeki lezyonların sebebinin spiroketlere karşı oluşan aşırı yoğun hücresel yanıt olduğu düşünülmektedir.[64]

2.2.4. KLİNİK

2.2.4.1. Primer Sifiliz

T. pallidum'un girişinden sonra, enfeksiyonun ilk klinik belirtisi, ‘’şankr’’ olarak adlandırılan lokalize bir deri lezyonudur. Şankrın ortaya çıkmasından önceki kuluçka süresi 3 ile 90 gün arasında değişmekle birlikte ortalama 21 gündür.[65] Çoğunlukla ağrısız ve spiroketin giriş bölgesinde bir papül olarak başlayan şankr kısa sürede 1-2 cm’lik kenarları kabarık, tabanı sert bir ülsere dönüşür. Ülser çoğunlukla eksüdatif olmayan bir tabana sahiptir ve genellikle bilateral bölgesel lenfadenopati eşlik eder. Sıklıkla genital organlarda oluşan bu ülser bazen hastalarda spiroketin girdiği diğer bölgelerde de gelişebilir. Bu alanlar, posterior farenks, anüs veya vajina gibi hasta tarafından fark edilemeyen alanları içerebilir.[66]

Şankrlar, tedavinin yokluğunda bile üç ila altı hafta içinde iz bırakmadan kendiliğinden iyileşir. Ülser ağrısız olduğundan çoğu hasta tıbbi yardıma başvurmaz, bu da bulaşma olasılığını artıran bir özelliktir. İyileşmenin lokal immün yanıtların bir sonucu olduğu düşünülmektedir.[66]

2.2.4.2. Sekonder Sifiliz

Şankrın gelişmesinden sonraki birkaç hafta ile birkaç ay içinde, tedavi edilmemiş bireylerin yaklaşık yüzde 25'inde sekonder sifiliz gelişir. Primer enfeksiyon asemptomatik olabileceğinden ve/veya farkedilmeden geçirilmiş olabileceğinden, bu hastalarda şankr öyküsü alınmayabilir.[67]

Sekonder sifiliz hastalarında ateş, baş ağrısı, halsizlik, iştah kaybı, boğaz ağrısı, miyalji ve kilo kaybı gibi sistemik semptomlar gelişebilir. Bu klinik bulgular muhtemelen *T. pallidum'un* sistemik olarak yayılmasından kaynaklanan immünolojik yanıt nedeniyledir.[67] Sekonder sifiliz hastalarının çoğunda arka servikal, aksiller, kasık ve femoral bölgelerde lenfadenopatiler vardır.[67]

Döküntü; sekonder sifilizin en karakteristik bulgusudur; hemen her biçimde olabilirse de veziküler döküntü çok nadirdir. Döküntü klasik olarak tüm gövdeyi tutan özellikle avuç içi ve ayak tabanları da dahil olmak üzere ekstremiteleri kapsayan, yaygın, üzeri skuamlı

olabilen, simetrik eritemli maküler veya papüler bir döküntüdür. Avuç içleri ve ayak tabanlarının tutulumu sekonder sifiliz tanısı için önemli bir ipucudur.[68]

Ayrıca oral mukozada veya dilde beyazımsı erozyonlar ve plaklar izlenebilir.[69] Ağız ve perine gibi nemli mukozalarda kondiloma lata adı verilen büyük, kabarık, gri-beyaz papül ve plaklar gelişebilir. Mukoza plakları ve kondiloma lata çok sayıda *T. pallidum* içerir.[66] Sekonder sifiliz ile başvuran hastalarda bazen saçlı deride, kaşlarda veya sakalda "güve yeniği"ne benzetilen 1-2cm'lik alopesik yamalar görülebilir.[70]

Esas olarak bağışıklık sistemi ciddi şekilde zayıflamış kişilerde ortaya çıkan ve kendiliğinden iyileşmeyen ciddi ülseratif deri lezyonları ile kendini gösteren ''lues maligna'' formu da tanımlanmıştır.[71]

Bunların dışında sekonder sifiliz hastalarında sifilitik hepatit[72] hafif geçici albüminüri, nefrotik sendrom veya hipertansiyon ve akut böbrek yetmezliği ile birlikte akut nefrit, sinovit, osteit ve periostit meydana gelebilir.[73] Oküler veya otik enfeksiyon hastalığın herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilir, ancak en sık erken evrelerde tanımlanır.[17]

2.2.4.3. Latent Sifiliz

Üç - on iki haftalık periyod sonrasında tedavi edilmemiş sekonder sifiliz kendiliğinden gerileyebilir ve asemptomatik bir dönem başlar. Bu dönemde tanı pozitif serolojik testler ile konulur.[16] Enfeksiyondan sonra bir yıl içinde meydana gelmişse ***erken latent***: bir yıldan uzun süreli ise ***geç latent*** olarak isimlendirilir. Eğer zamanlaması bilinmiyorsa, geç latent sifiliz olduğu varsayılır.[74]

2.2.4.4. Tersiyer Sifiliz

Tedavi edilmeyen hastaların yaklaşık %25'inde tersiyer sifiliz gelişeceği tahmin edilmektedir.[75] Primer enfeksiyondan aylar - yıllar sonra deri, kemik, santral sinir sistemi, kardiyovasküler tutulum gibi çeşitli sistemik bulgularla ortaya çıkar.[16] Bu döneme özgü belirtilerden olan *gom* diş etleri, deri, kemikler veya iç organlar da dahil olmak üzere herhangi bir yerde oluşabilir. Deride nodül veya noduloülseratif lezyonlar şeklinde olabileceği gibi diş etlerinde ülserler veya yuvarlak, düzensiz veya serpiginöz şekilli granülomatöz lezyonlar olarak görülür.[16]

Kardiyovasküler sifiliz klasik olarak çıkan torasik aortu tutar ve aortun genişlemesine ve aort kapak yetersizliğine neden olur. Tedavi edilmeyen hastada klinik belirtiler tipik olarak ilk enfeksiyondan 15 ila 30 yıl sonra ortaya çıkar. Sifilitik anevrizmalar nadiren diseksiyona yol açar.[76]

Paretik nörosifiliz ilerleyici bir demans hastalığıdır. Genellikle primer enfeksiyondan 10 ile 25 yıl sonra gelişir, ancak enfeksiyondan iki yıl sonra bile ortaya çıkabilir.[77]. Etkilenen bireylerin çoğunda, şiddetli demansa yol açan hafıza ve muhakeme bozuklukları ve daha az sıklıkla depresyon, mani veya psikoz gibi psikiyatrik belirtiler gelişebilir.[78]

Omuriliğin arka kolonlarının ve omurilik sinirlerinin arka köklerinin demiyelinizasyonu sonucu gelişebilen *tabes dorsalis'in* klinik belirtileri ise esas olarak ataksik yürüyüş, ağrı ve pozisyon duyusu ve termal duyu kaybını içerir. [79]

2.2.5. TANI

2.2.5.1. Doğrudan Tanı Yöntemleri

Doğrudan tespit yoluyla kesin tanıya yönelik yöntemin seçimi hastalığın evresine ve klinik görünümüne bağlıdır.[65] Primer şankr, kondiloma lata, plak müköz lezyonlarıyla başvuran hastalarda doğrudan tanı yöntemleri olan karanlık alan mikroskobu, floresan antikor boyama, PCR gibi yöntemler kullanılabilir. Karanlık alan mikroskobu ve doğrudan floresan antikor (DFA) testlerini gerçekleştirmek için özel ekipmanın yanı sıra deneyim ve uzmanlık gerekmektedir. Bu nedenle çoğu klinisyen için bu testler artık alternatif tanı araçları olarak görülmektedir.[17]

2.2.5.2. Serolojik Tanı Yöntemleri

Sifiliz tanısında kullanılan en yaygın ve temel yöntemlerdir ve nontreponemal ve treponemal testler olmak üzere iki tür serolojik test vardır.

2.2.5.2.1. Non-Treponemal Testler

Non-treponemal testler (NTT) enfekte hastalardan alınan serumla bir kardiyolipin-kolesterol-lesitin antijeninin toplanmasına dayanmaktadır. Bu testlerde T.pallidum veya bileşenleri yerine lipoidal antijenler kullanıldığı için non-treponamal antijen testleri olarak adlandırılırlar.[80] Spesifik olmasa da nispeten düşük maliyetleri, performans kolaylığı ve tedaviye verilen yanıtı takip etmek amacıyla ölçülebilir olmaları nedeniyle geleneksel olarak ilk sifiliz taraması için kullanılmaktadır. Non-treponemal testler olarak: RPR (Rapid plasma reagin) VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) ve TRUST (Toluidine Red Unheated Serum Test) sayılabilir.[81]

Genellikle enfeksiyondan sonraki 5-6 hafta içinde pozitif hale gelen bu testler basit ve ucuz olmalarına rağmen serum üzerinde manuel olarak değerlendirilir ve subjektiftir.[80,81] Titreler tedavi olmaksızın bile zamanla azalma eğilimindedir, ancak başarılı tedavi, antikor düşüş hızını arttırmaktadır. Terapötik etkiyi tespit etmek için tedaviden sonra titredeki değişiklikler aralıklı olarak takip edilir.[82]

2.2.5.2.2. Treponemal Testler

Bu testler, spesifik treponemal antijenlere karşı ortaya çıkan antikorların saptanması esasına dayanır ve non-treponemal testlerden daha spesifik olma eğilimindedir. Spesifik treponemal testler(TT) arasında: FTA-ABS (Fluorescent treponemal antibody absorption) , TPHA (T. pallidum hemagglutination assay), MHA-TP (Microhemagglutination test for antibodies to T. Pallidum), TPPA (T. pallidum particle agglutination assay) TP-EIA (T. pallidum enzyme immunoassay) ve CIA (Chemiluminescence immunoassay) sayılabilir.[81] Treponemal testler nitelikseldir ve "reaktif" veya "reaktif olmayan" olarak rapor edilir.[83] Genellikle yeterli bir tedavi sonrasında da ömür boyu pozitif kalırlar.[84,85]

2.2.5.3. Serolojik Testlerde Algoritma

Non-Treponemal bir testle ilk tarama (Geleneksel algoritma) – Sifilize yönelik geleneksel serolojik test algoritmaları, non- treponemal bir testle ilk tarama ile başlar. Daha

sonra bu test bir treponemal testle doğrulanır. Genel olarak asemptomatik hastalarda non-treponemal test negatifse başka teste gerek yoktur.[17]

Birincil tarama testi olarak NTT'nin tek başına kullanılması durumunda pozitif bir testin ardından aynı serumda TT pozitifliği esastır.[86]

Treponemal testle ilk tarama (Reverse algoritma) – Bu algoritmada tarama testi olarak bir treponemal test kullanılır. Bu tarama NTT kullanımına kıyasla erken sifiliz tespitinde daha hassastır ve daha önce sifiliz tedavisi almış hastaların da tespit edilmesini sağlar.[86]

Bir TT'nin birincil tarama testi olarak tek başına kullanılması durumunda sonuç pozitif olarak sonuçlanırsa mutlaka aynı serumda kantitatif bir NTT çalışılmalıdır.[86]

Ayrıca bilinen veya mevcut sifiliz öyküsü olan ve sifilizin neden olabileceği nörolojik, oküler veya otolojik semptomlarla başvuran bir hastanın değerlendirilmesinde lomber ponksiyon yapılmalıdır.[17]

2.2.5.4. Histopatoloji

Primer sifilizde ülserasyon ve diffüz dermal plazma hücresi, lenfosit, histiyosit infiltratı ve endotelyal şişme vardır. Spiroketler Warthin-Starry boyamayla tespit edilebilirler. Sekonder sifilizde epidermis normal, psoriasiform, nekrotik ve ülsere olabilir. Plazma hücresi, lenfosit ve histiyositlerin perivasküler, likenoid, nodüler ya da diffüz dermal infiltrasyonları görülebilir. Vasküler proliferasyon ve endotelyal şişme sekonder sifilizde de görülebilir. [16,4]

2.2.6. TEDAVİ

2.2.6.1. Erken Sifiliz (Primer,Sekonder ve Erken Latent) [86]

Birinci Basamak Tedavi	Benzatin penisilin G 2,4 milyon ünite IM, tek doz
İkinci Basamak Tedavi	Prokain penisilin 600 ünite IM , 10-14gün
Kanama Bozukluğu Olan Hasta	Seftriakson 1g/gün IV, 10 gün Doksisiklin 200mg/gün PO , (14 gün)
Penisilin Alerjisi Olanlarda*	Doksisiklin 200mg/gün, PO (14 gün)

***** Penisiline karşı duyarsızlaştırma uygulanabilir.

2.2.6.2. Geç Latent, Tersiyer; Kardiyovasküler Sifiliz [86]

Birinci Basamak Tedavi	Benzatin penisilin G 2,4 milyon ünite IM, 3 doz
İkinci Basamak Tedavi	Prokain penisilin 600.000 ünite IM, (17-21gün)
Penisilin alerjisi olanlarda* veya parenteral tedaviyi reddeden hastalarda	Doksisiklin 200mg/gün PO (21-28gün)

*Bazı uzmanlar bu durumda penisilin duyarsızlaştırmayı önermektedir, çünkü penisilin dışı tedavilerin etkinliğine ilişkin kanıt temeli zayıftır.

2.2.6.3. Nörosifiliz, Oküler ve Aurikular Sifiliz [86]

Birinci Basamak Tedavi	Benzil penisilin G 18-24 milyon ünite IV (10-14 gün)
İkinci Basamak Tedavi	Seftriakson 1-2g/gün IV (10-14 gün) Prokain penisilin 1,2-2,4 milyon ünite IM ve probenesid 4x 500mg PO (10-14 gün)
Penisilin alerjisi olanlarda;	Penisiline karşı duyarsızlaştırma ve ardından ilk basamak tedavi rejimi uygulanır.

2.3. GENİTAL HERPES

Genital herpes, aynı aileden fakat antijenik özellikleri açısından farklı 2 virüsten kaynaklanır: HSV tip-1 ve HSV tip-2.[87] Geçmişte genital herpes vakalarının %80-90'ından HSV-2, %10-20'sinden ise HSV-1 sorumluydu. Günümüzde ise HSV-1'in neden olduğu genital herpes vakalarının oranı artmakta ve genç yetişkinler arasındaki vakaların %30-40'ını oluşturmaktadır.[88]

Tüm herpes virus suşları gibi HSV de latent bir durum oluşturur ve bunu viral reaktivasyon ve tekrarlayan lokal hastalık takip eder.[89]

2.3.1. TARİHÇE

Herpes sözcüğü ilk olarak Yunan bilim adamları tarafından deri lezyonlarının yayılan nitelikte olduğunu anlatmak amacıyla 'ilerleme ve nüfuz etme' anlamında kullanılmıştır. Herpes enfeksiyonlarının histopatolojisi ve patogenezindeki ilerlemeler ise 20. Yüzyılda gerçekleşmiştir. İki HSV tipi arasındaki farklılıkları ortaya koyan Lipshitz olmuştur.[90]

2.3.2. EPİDEMİYOLOJİ

2016 yılında, dünya çapında 15 ila 49 yaşları arasında tahmini 491,5 milyon kişi HSV-2 (%13,2 seroprevalans) ile enfekte olmuş ve 0 ila 49 yaşları arasında 3,75 milyar kişi HSV-1 (%66,6 seroprevalans) ile enfekte olmuştur.[91]

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC), Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 776.000 kişinin yeni genital herpes enfeksiyonuna yakalandığını tahmin etmektedir.[92]

2005'ten 2010'a kadar Amerika Birleşik Devletleri'nde HSV-2'nin seroprevalansı 14 ila 49 yaşları arasındaki hastalarda yaklaşık yüzde 16 idi.[93] Bu yaş grubundaki 7293 hastayı değerlendiren bir çalışmada, seroprevalansın yaş ve cinsel partner sayısıyla birlikte arttığı ve erkeklerde oran %12 olarak tespit edilirken kadınlarda %21 olarak tespit edilmiştir.[94]

Genital herpese yakalanma riski, seks partnerlerinin sayısı, daha önce başka bir CYBE geçirme, kadın cinsiyeti ve HSV-1 enfeksiyonu için oral seks uygulamasıyla ilişkilidir. [95]

2.3.3. PATOGENEZ

HSV; genom büyüklüğü yaklaşık 150 kilobaz çifti olan, zarflı, çift sarmallı bir DNA virüsüdür. Genital herpes öncelikle genital lezyonlar olan enfekte bir partnerle doğrudan cinsel temas yoluyla yayılır. Asemptomatik taşıyıcılar farkında olmadan virüsü saçarlar; asemptomatik enfeksiyonlar sırasında yaklaşık %10,2 ve semptomatik enfeksiyonlar sırasında %20,1 oranında saçılma görülür.[17]

Genital bölgedeki keratinosit hücrelerinin primer enfeksiyonunu takiben, HSV-2 sinir uçlarına yayılır ve dorsal ganglionlardaki latent bölgeye göç eder.[96] Yeniden aktivasyon üzerine HSV-2 tekrar genital bölgeye giderek keratinositlerde ülserasyona yol açar.[97] Latentlik, HSV-2'nin ilginç bir hayatta kalma özelliğidir.[98]

Hücre içi zorunlu bir virüs olarak HSV-2, viral replikasyon için gerekli olan biyomolekülleri ve enerjiyi üretmek için tamamen konakçı hücrenin metabolik süreçlerine bağımlıdır. HSV-2 enfeksiyonuna yanıt olarak bağışıklık sistemi, virüsle savaşmak için interferonu ve B ve T hücreleri gibi çeşitli lenfositleri aktive eder.[99] Ancak HSV-2, antikorların sentezi ve MHC moleküllerinin, tamamlayıcı proteinlerin ve NK hücrelerinin üretimi için mevcut bileşenleri metabolik olarak azaltarak bağışıklık tepkisinden kaçınmak için stratejiler geliştirmiştir.[100] HSV hayatta kalmak ve replikasyonunu devam ettirmek için hücre içi savunma yöntemlerinden olan apopitozu da inhibe eder.[101]

2.3.4. KLİNİK

2.3.4.1. Birincil Enfeksiyon

Bir maruziyetten sonra genital herpes gelişmesi için gereken kuluçka süresi 2 ila 12 gün arasında değişir, ortalama 4 gündür. Primer genital HSV enfeksiyonunun klinik belirtileri oldukça değişkendir.[102] Bazı hastalarda oldukça ağrılı genital ülserler, dizüri, ateş, hassas lokal inguinal lenfadenopati gibi şiddetli bir tabloyla ortaya çıkabilirken diğer hastalar enfeksiyonu hafif, subklinik veya tamamen asemptomatik geçirebilir.[103] Etkenin HSV-1 veya HSV-2 olması klinik görünümde belirgin bir fark oluşturmaz.[104]

HSV enfeksiyonunun karakteristik deri lezyonları erozyon ve ülserasyon ilerleyen eritemli zeminde grube 2 ila 4 mm'lik veziküller olarak başlar. Primer

genital herpes genellikle viremi ile ilişkilidir; Doğrulanmış primer genital HSV enfeksiyonu olan 164 yetişkinden 40'ında (% 24) plazmada HSV DNA'sı tespit edilmiştir.[105] Bir çalışmada virüs, ilk atak enfeksiyonu olan kadınların en yaygın olarak üretra ve servikslerinden izole edilmiştir. [106] Tedavisiz bırakıldığında lezyonlar ortalama 20 günde düzelir.[106]

2.3.4.2.Tekrarlayan Enfeksiyon

Genital HSV'nin klinik tekrarları yaygındır, ancak genellikle birincil enfeksiyondan daha az şiddetlidir. Nükslerde lezyonların ortalama süresi çoğunlukla birincil enfeksiyona göre daha kısadır ve viral yayılmanın süresi genellikle 2-5 gündür.[103]

Sistemik semptomlar nadirdir ve tekrarlayan atakların yaklaşık yüzde 25'i tamamen asemptomatiktir.[106] Semptomatik nüksü olan hastaların yüzde 50 kadarında, döküntüden önce hafif karıncalanma veya şiddetli ağrılar gibi prodromal semptomlar vardır.[102]

Ekstragenital belirtiler (örneğin radikülit, aseptik menenjit, idrar retansiyonu) tipik olarak herpes simpleks virüsü (HSV) enfeksiyonunun birincil atağı sırasında ortaya çıkar, ancak sonraki ataklarla tekrarlayabilirler. Nüksün azalmasına katkıda bulunan faktörler arasında etkenin HSV-1 olması ve birincil enfeksiyonun süresi ve şiddeti yer alır.[103] Asiklovir tedavisi nüks oranlarını etkilememektedir.[107]

2.3.5. TANI

2.3.5.1. Viral Kültür

Genital lezyonların viral kültürünün genel duyarlılığı yaklaşık yüzde 50'dir.[108] Kültürün tanısal etkinliği veziküler lezyonların olduğu hastalığın erken evrelerinde en yüksektir ve lezyonlar iyileşmeye başladıkça hızla azalır.[109]

2.3.5.2. Tzanck Yayması

Virusun sitopatik etkisini gösterebilen Tzanck yayması, aktif genital lezyonlardan alınan kazıntılar üzerinde yapılabilir. Yaymada çok çekirdekli dev hücreler izlenmesi herpes

enfeksiyonunu destekler. Bununla birlikte, duyarlılığı ve özgüllüğü düşük olduğundan ve yalnızca pozitif olması durumunda yararlı olduğundan kullanımı sınırlıdır. Ayrıca enfeksiyonun HSV-1'den mi yoksa HSV-2'den mi kaynaklandığını yalnızca viral kültür veya PCR testi belirleyebilir.[110]

2.3.5.3. Doğrudan Floresan Antikor

Doğrudan immünofloresan testlerinde (DFA), enfekte örneklerden HSV antijenlerini tespit etmek için floresan etiketli monoklonal antikorlar kullanılır. DFA testleri yüksek özgüllüğe (%90-100) ancak düşük duyarlılığa (%61) sahiptir.[111]

2.3.5.4. Serolojik Testler

HSV'ye karşı tipe özgü antikorlar enfeksiyondan sonraki ilk birkaç hafta içinde oluşur ve süresiz olarak devam eder.[17] Yetişkinlerde genital ülser tanısında klinisyenlerin kullanımına yönelik FDA onaylı tipe özgü çeşitli HSV serolojik testleri mevcuttur.[112]

2.3.5.5. Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR)

HSV DNA için PCR analizleri çok daha hassastır ve daha fazla kullanılabilir hale gelmektedir. Hangi tip HSV'nin enfeksiyona neden olduğunun belirlenmesinde kullanılabilir.[113]

2.3.6.TEDAVİ

Genital herpesin semptomlarını kontrol altına almak amacıyla çeşitli tedaviler uygulanabilir ancak bu tedaviler latent virüsü yok etmez ve tedavi kesildikten sonra nüks riskini, sıklığını ve şiddetini etkilemez. Randomize çalışmalar üç antiviral ilacın genital herpes için klinik fayda sağladığını göstermiştir; asiklovir, valasiklovir ve famsiklovir.[114,115]

Tekrarlayan genital herpes için antiviral tedavi tekrarlama sıklığını azaltmak için baskılayıcı tedavi olarak veya mevcut lezyonları iyileştirmek veya süresini kısaltmak için

epizodik olarak uygulanabilir. Baskılayıcı tedavi, sık nüks yaşayan hastalarda (yılda 6 ve daha fazla) tekrarlama sıklığını %70-80 oranında azaltır.[116]

Herpes enfeksiyonu tedavisi **1.Çizelgede** gösterilmiştir.

1.Çizelge: Genital herpes tedavisi[17]

	Birincil Enfeksiyonda Tedavi	**Tekrarlayan Enfeksiyon Tedavisi**	**Baskılayıcı Tedavi**
Asiklovir	3x400mg /gün veya 5x200mg/gün PO (7-10gün)	3x400mg/gün PO (5gün)	2x400mg/gün PO
Valasiklovir	2x1g/gün PO (7-10gün)	2x500mg/gün PO (3gün)	500mg/gün PO
Famsiklovir	3x250mg/gün PO (7-10gün)	2x125mg/gün PO (5gün)	2x250mg/gün PO

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 ETİK KURUL

Çalışma için Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan GOKAEK-2023/20.12 karar numarası ile onay alınmıştır.

3.2 ÇALIŞMA YÖNTEMİ

Çalışma 2005-2022 yılları arasını kapsayan retrospektif kohort çalışmasıdır. Hasta verilerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi hasta kayıt sisteminden ve arşivde yer alan hasta dosyalarından ulaşıldı.

3.2.1.Çalışma Grubunun Oluşturulması

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniğine 2005-2022 yılları arasında başvuran ve hastane kayıt sisteminde 'Anogenital siğil (ICD A63), Sifiliz (ICD A51.A52,A53) ve Genital herpes (ICD A60) tanı kodu olan ve sistemde yer alan tıbbi verilerle bu tanı kodları uyumlu olan tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Her tanı için ayrı olgu rapor formu oluşturuldu. **(EK-1)** Ayrıca her yıl polikliniğimize yapılan toplam başvuru sayıları da hastane kayıt sisteminden elde edildi. Mükerrer başvurusu bulunan hastaların ilk tanı aldıkları başvuruları çalışmaya dahil edildi. Ülkemizde resmi olarak Covid-19 pandemisi başlangıcı Mart 2020 ve bitişi Mayıs 2023 kabul edilse de biz çalışmamızda pandemi etkilerinin en ağır hissedildiği 2020-2022 yıllarını değerlendirmeye aldık.
Tüm hastalar ile ilgili aşağıdaki veriler hastane sisteminden ve arşivde yer hasta dosyalarından taranarak olgu formlarına not edildi;

- Hastalık Kodu
- Cinsiyet
- Hastanın Tanı Aldığı Zamandaki Yaşı
- Başvuru Tarihi

- Başvuru Şikayeti
- Dermatolojik Muayene Bulguları
- Sistemik Semptom
- Partnerde Semptom
- Ek CYBE varlığı
- Laboratuar bulguları (Anti-HIV, HbsAg, Anti HbcIgG, AntiHbsAg, Anti HCV, VDRL/RPR, TPHA, Sifiliz ELİSA, HPV PCR, Deri biyopsisi)
- Uygulanan Tedavi
- Tedaviye yanıt ve varsa yan etki

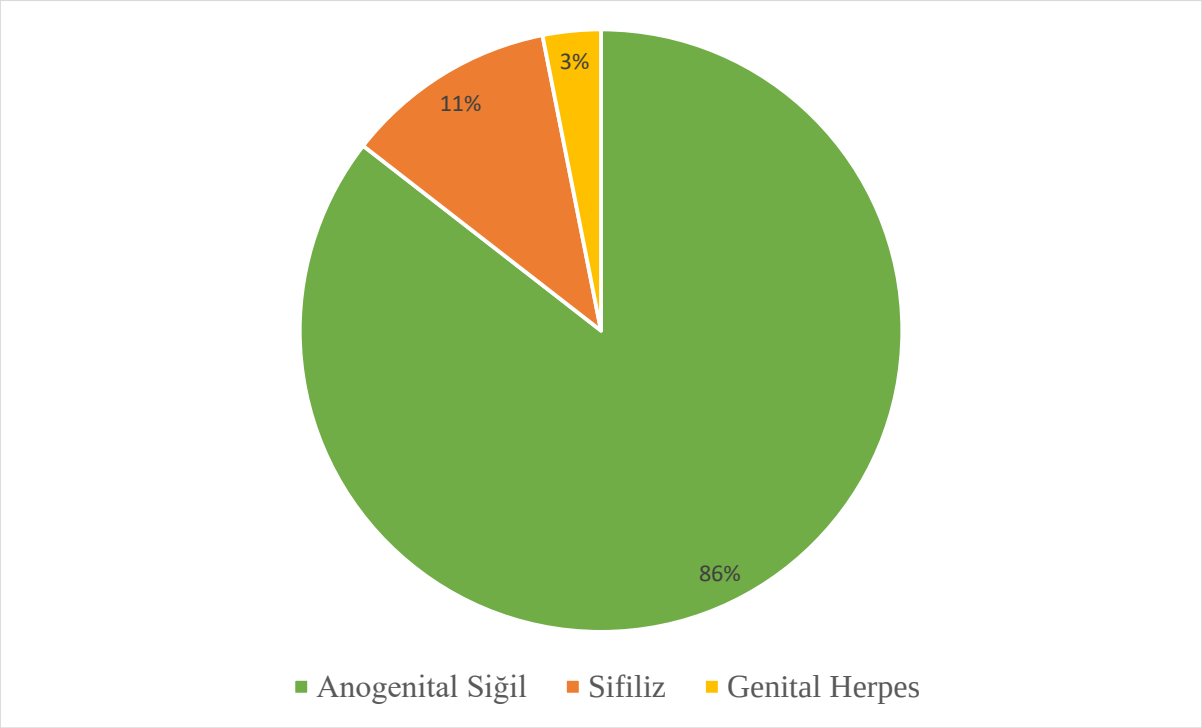
T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı internet sitesinden 2006-2022 yıllarına ait sifiliz istatistik verileri alındı

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket program ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatikler, sayı ve yüzde dağılımı ve ikili karşılaştırmalarda Ki-kare testi, Kruscal Wallis testi ve Bonferroni testi kullanılmıştır.

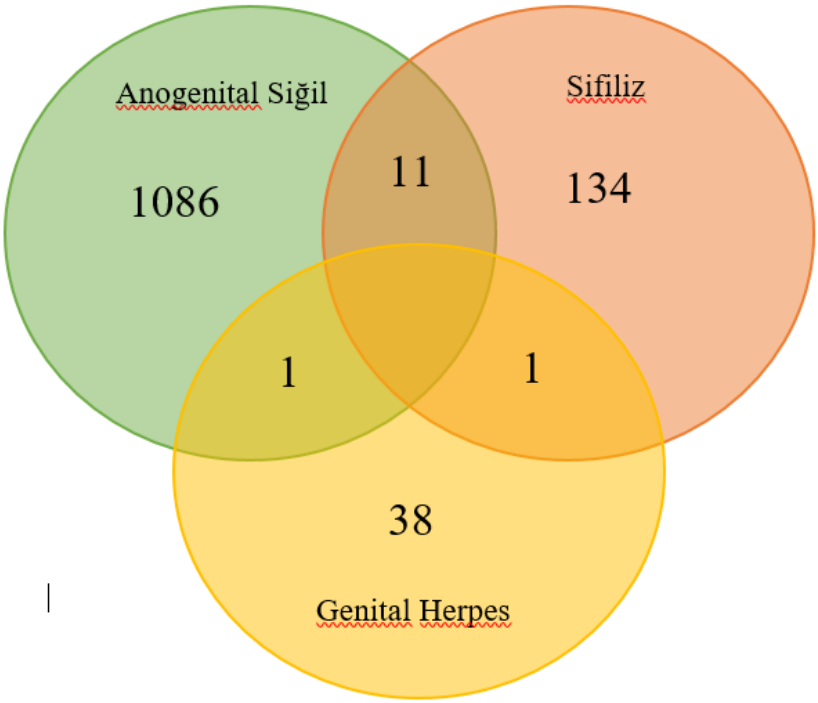
4. BULGULAR

2005-2022 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniğine başvuran ve hastane sisteminde anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes tanıları olan toplam 1531 hasta ile ilgili veriler hastane kayıt sistemi ve arşivde bulunan hasta dosyalarından tarandı. Mevcut tanıları ile ulaşılabilen verileri uyumlu olan toplam 1284 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların 1098'i (%86) anogenital siğil, 146'sı (%11) sifiliz ve 40'ı (%3) genital herpes tanısı almıştı. **(1.Çizim)**



1.Çizim. 2005-2022 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğinde anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes tanısı alan olguların dağılımı.

Çalışmamıza dahil edilen hastalardan anogenital siğil ve sifiliz tanılarının bir arada bulunduğu ve her iki listeye de dahil edilen 11 hasta vardır. Ayrıca hem anogenitl siğil hem genital herpes tanısı bulunan 1 hasta, hem sifiliz hem genital herpes tanısı bulunan 1 hasta mevcuttu. **(2.Çizim)**



2.Çizim. Anogenital siğil, sifiliz, genital herpes tanılı hastalarda birden fazla tanıya sahip olan hastaların dağılımı.

4.1 Demografik Veriler

Anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes başlıkları birlikte değerlendirildiğinde toplam 1284 hastanın 341(%26,6)'ini kadın hastalar oluşturmaktayken, 943(%73,4)'ünü erkek hastalar oluşturmaktaydı. Kendi içlerinde ayrı ayrı değerlendirildiğinde anogenital siğil tanısı olan toplam 1098 hastanın 278(%25.3)'ini kadın; 820(%74,7)'si erkekti. Sifiliz tanısı olan toplam 146 hastanın 35(%24)'i kadın; 111(%76)'i erkekti. Genital herpes tanısı olan toplam 40 hastanın 28(%70)'i kadın; 12(%30)'si erkekti. **(2.Çizelge)** Anogenital siğil ve sifilizde erkek hasta sayısı daha fazla iken, genital herpeste kadın hasta sayısı istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. **(p:0)**

2.Çizelge: Hastalarda kadın-erkek dağılımı.

	Kadın (%)	**Erkek (%)**	**Toplam**	**p değeri**
Anogenital Siğil	278 (%25,3)	820(%74,7)	1098	**0**
Sifiliz	35 (%24)	111(%76)	146	
Genital herpes	28 (%70)	12 (%30)	40	
Toplam	341 (%26,6)	943 (%73,4)	284	

Tüm hastaların yaş ortalaması 33,89 ± 12,804 olarak bulundu. Median değer ise 31 idi. Anogenital siğilde yaş ortalaması 33.13 ± 12,467 iken median değer 31'di. Sifilizde yaş ortalaması 39,82 ± 13,735 iken median değer 38'di. Genital herpeste ise yaş ortalaması 32,98 ± 13,101 iken median değer 29'du. **(3.Çizelge)** Sifilizde yaş ortalaması anogenital siğil ve genital herpese göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. **(p:0)**

3.Çizelge: Tüm hastalarda yaş dağılımı.

	Ortalama Yaş	**Median Yaş**	**p değeri**
Anogenital Siğil	33.13 ± 12,467	31	**0**
Sifiliz	39,82 ± 13,735	38	
Genital herpes	32,98 ± 13,101	29	
Tüm hastalar	33,89 ± 12,804	31	

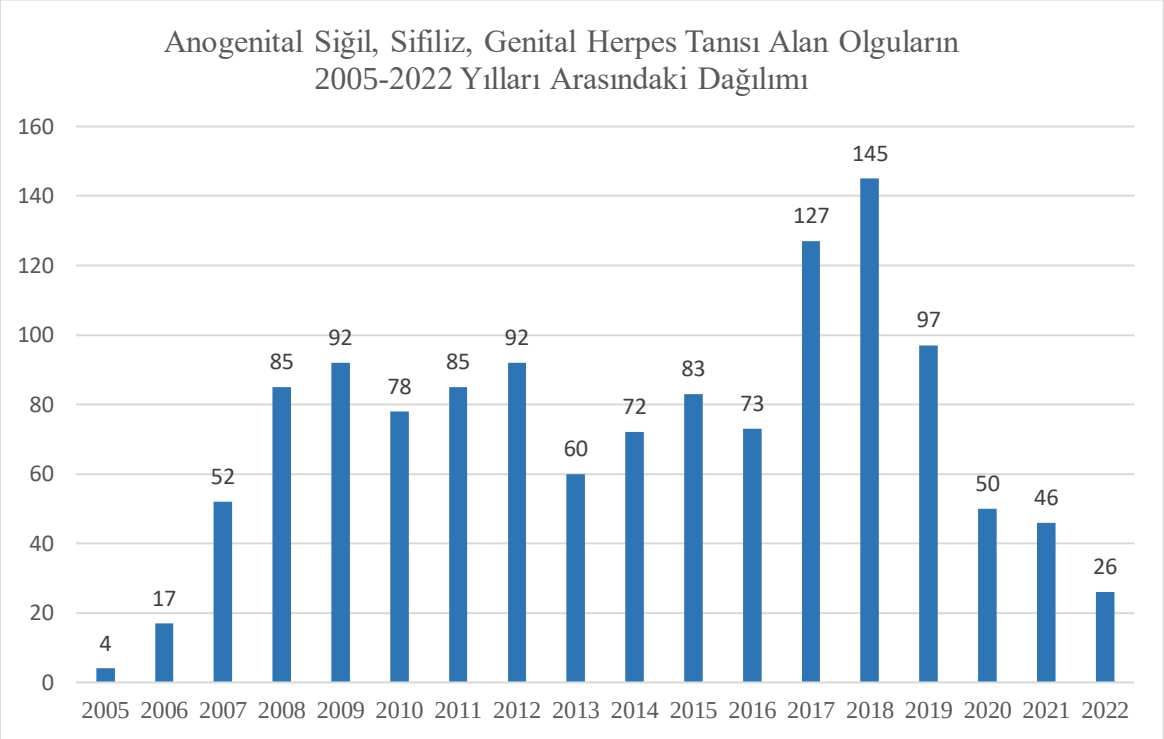
Anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes tanılı olgular yaş aralıklarına göre sınıflandırıldığında adölesan dönemi de kapsayan 10-24 yaş aralığında toplam 250 hasta olduğu görülmüştür. En fazla hasta sayısı ise 25-39 yaş aralığında 660 kişi olarak izlenmiştir. 40-54 yaş aralığında 240, 55-69 yaş aralığında 83, 70 yaş ve üstünde ise 13 hasta olduğu görülmüştür. 0-10 yaş aralığındaki 34 hastada anogenital siğil bildirilmiş olup bu vakalarda cinsel yolla bulaşın olup olmadığı net değildir. **(4.Çizelge)**

4.Çizelge: Anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes tanılı olgularda yaş aralıkları.

Yaş Aralıkları	Toplam	AGS	Sifiliz	Genital Herpes
0-10	34	34	0	0
11-24	250	223	14	13
25-39	660	578	65	17
40-54	240	193	40	7
55-69	83	61	19	3
70 ve üstü	13	9	4	0

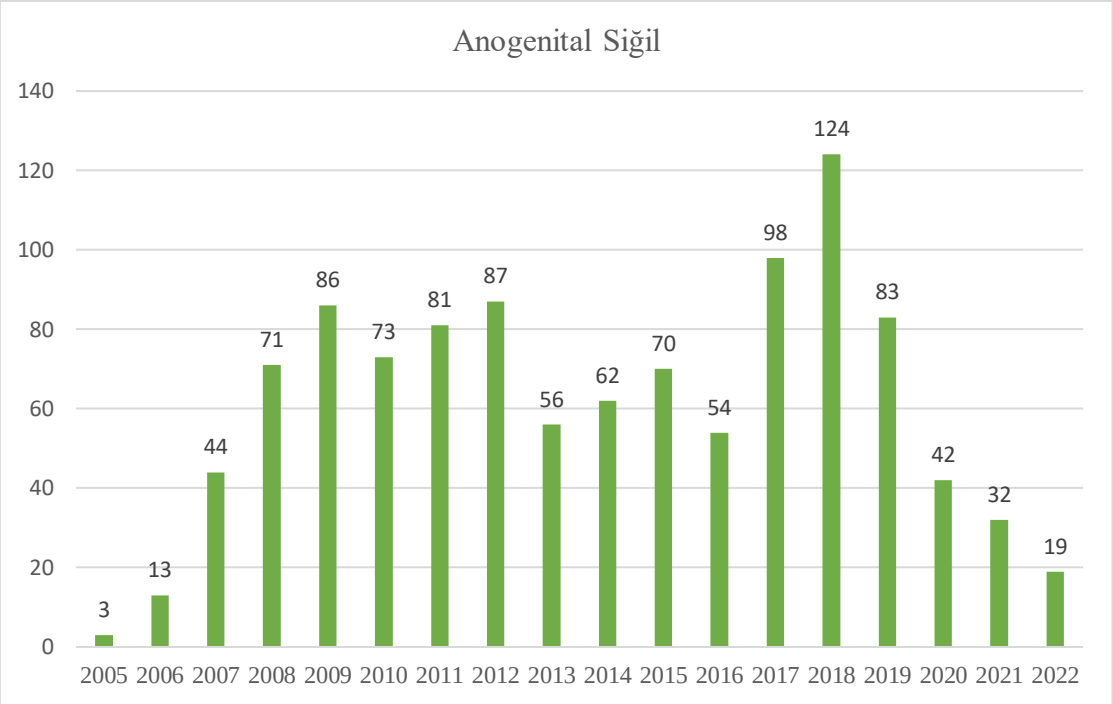
4.2. Yıllara Göre Dağılım

Hastaların yıllara göre dağılımı aşağıdaki gibidir. **(3,4,5 ve 6. Çizim)**



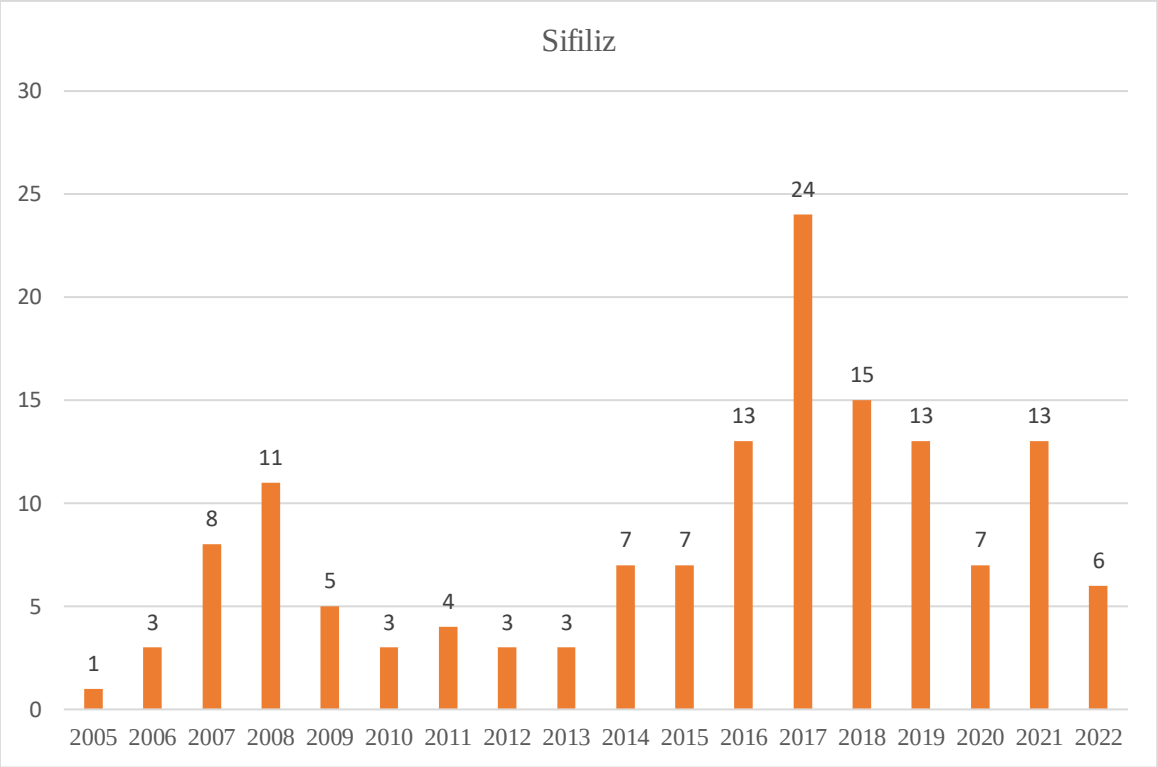
3.Çizim: Anogenital siğil, sifiliz ve genital herpesli olguların 2005-2022 yılları arasındaki dağılımı.

Toplam hasta sayısı çalışmamızın başlangıcı olan 2005'te 4 iken 2018 yılında 145 hasta ile en yüksek sayıya ulaştığı görülmektedir. **(3.Çizim)**



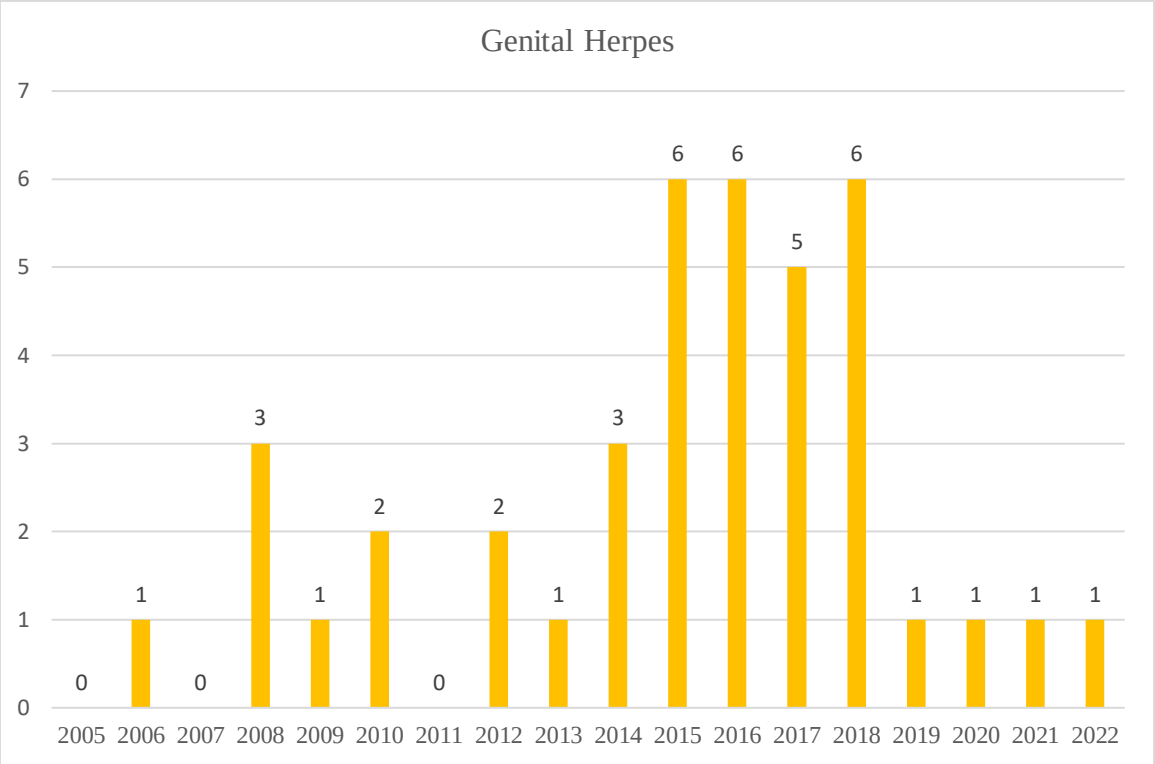
4.Çizim: Anogenital siğil olgularının 2005-2022 yılları arasındaki dağılımı.

Anogenital siğil olgularının 2005-2022 yılları arasındaki sayıları incelendiğinde 2006-2009 yılları arasında bir artış trendi dikkati çekmekte, 2013'de ani bir düşüş gözlenmekte, 2016-2018 yılları arasında yükseliş trendini takiben 2018'den itibaren olgularda azalma izlenmektedir. En yüksek değer 2018'de 124 başvuru olarak kaydedilmiştir. **(4.Çizim)**



5.Çizim: Sifiliz olgularının 2005-2022 yılları arasındaki dağılımı.

Hasta sayısında 2005-2008 yılları arasında artış eğilimi varken, sonrasında 2014'e kadar hasta sayısında bir azalma izlendi.2014 yılından itibaren tekrar artmaya başlayan hasta sayısı 2017 yılında en yüksek sayıya ulaştı. Verilere bakıldığında 2008 ve 2017 yıllarında iki pik olduğu izlenmiştir. **(5.Çizim)**



6.Çizim: Genital herpes olgularının 2005-2022 yılları arasındaki dağılımı.

Genital herpes tanılı hasta sayısı oldukça az olup yıllara göre değerlendirildiğinde 2015-2018 yılları arasında yoğunlaştığı dikkati çekmektedir. **(6.Çizim)**

4.3. Anogenital Siğil Olgularında Klinik Bulguların Değerlendirilmesi

Hastaların başvuru şikayetleri, ilk başvurularında mevcut olan dermatolojik muayeneleri, subjektif semptomları, partnerlerindeki semptomlar ve varsa ek cinsel yolla bulaşan hastalıkları hastane sistemi ve hasta dosyalarından tarandığında toplam 1098 anogenital siğil hastasının 577'sine (%52,6) ait klinik bilgi verilerine ulaşılamadı. Sistemde klinik bilgi verileri yer alan 521 (%47,4) hastaya ait bilgiler değerlendirildi.

Hastaların hastanemize ilk başvuruları esas alındığında ise 500 hasta (%96) genital bölgede lezyon şikayetiyle, 21 hasta (%4) genital bölge dışında lezyon yakınmasıyla başvurmuştu.

Hastaların yapılan muayenesinde elementer lezyonların 450 (%86,4) hastada vejetan papül , 40 (%7,7) hastada vejetan plak, 19 (%3,6) hastada ise dev tümör şeklinde olduğu görüldü. Oniki (%2.3) hastanın lezyon bilgisi sistemde yer almadığı için tanımlanamadı.

Lezyonların yerleşim alanı değerlendirildiğinde 115 kadın hastanın 48 (%41,7)'inde labium majör, 40 (%34,8) hastada perianal, 23 (%20)'ünde labium minör, 17(%14,8)'sinde pubis tutulumu vardı. **(5.Çizelge)** Dört (%3,4) kadın hastanın tutulum alanı ile ilgili veri sistemde belirtilmemişti. Dört yüz altı erkek hastanın 178(%43,8)'inde pubis, 164 (%40,4)'ünde penis şaftı, 82 (%20,2) 'sinde perianal, 50 (%12,3)'sinde skrotum, 28 (%6,9)'inde glans penis tutulum izlendi. **(6.Çizelge)** 39 (%9,6) erkek hastanın tutulum alanı ile ilgili veri yoktu.

5.Çizelge: Kadın hastalarda anogenital siğillerin yerleşim alanları.

Yerleşim Alanı	**Hasta Sayısı n(%)**
Labium Majör	48 (%41,7)
Perianal bölge	40 (%34,8)
Labium Minör	23 (%20)
Pubis	17(%14,8)
Belirtilmeyen	4 (%3,4)
Toplam	115

6.Çizelge: Erkek hastalarda anogenital siğillerin yerleşim alanları.

Yerleşim Alanı	**Hasta Sayısı n(%)**
Pubis	178(%43,8)
Penis Şaftı	164 (%40,4)
Perianal bölge	82 (%20,2)
Skrotum	50 (%12,3)
Belirtilmeyen	39 (%9,6)
Glans Penis	28 (%6,9)
Toplam	406

Tıbbi kayıtlarda anogenital siğil tanısı konan hastaların 42'sinin subjektif semptomlarına ait bilgiye ulaşılabildi. 42 hastanın 6 (%14,3)'sında kaşıntı, 3 (%7.1)'inde kanama, 3 (%7,1)'ünde ağrı, 1 (%2,4)'inde kötü koku şikayeti mevcuttu. Yirmi dokuz (%69) hasta semptom belirtmemişti. Sistemde 25 hastanın partnerlerine ait semptom bilgisine ulaşılabildi. Bu hastalardan 16 (%64)'sının partnerinde de anogenital siğil bulunmaktayken 9 (%36) hastanın partnerlerinde anogenital siğil öyküsü yoktu.

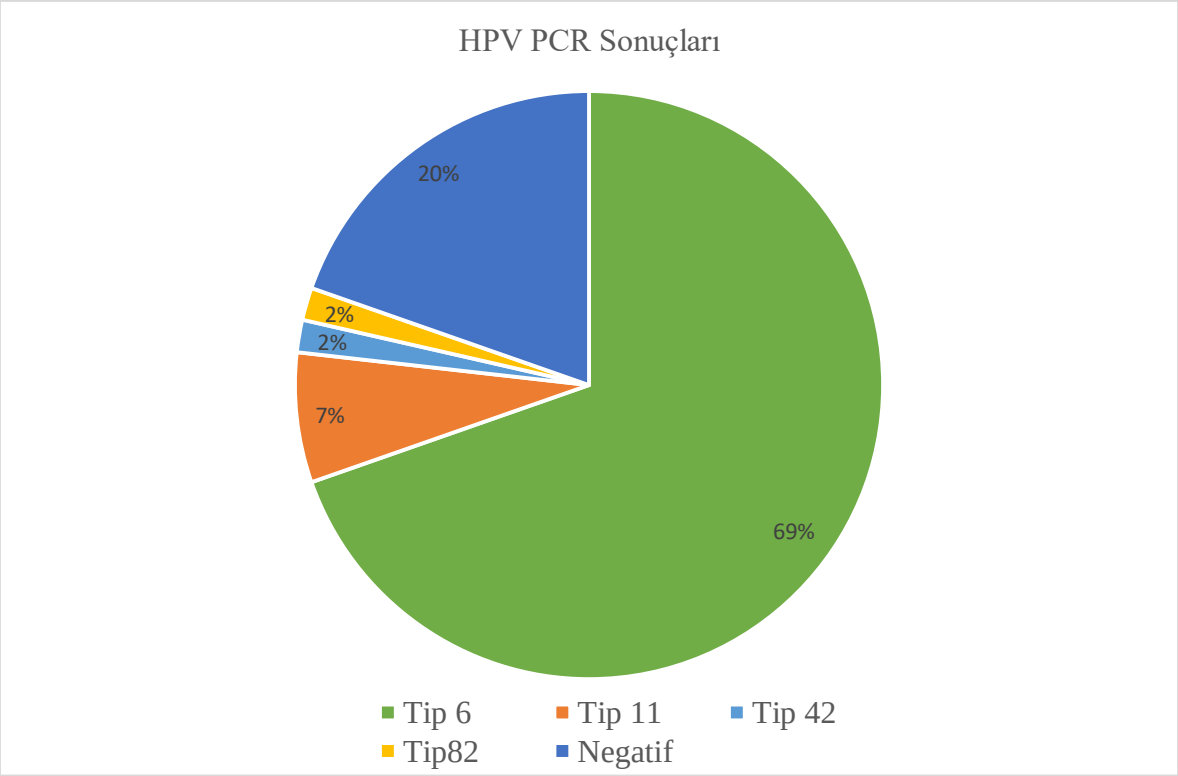
4.4. Anogenital Siğil Olgularında Laboratuvar Bulgularının Değerlendirilmesi

Anogenital siğilli olgularda 1098 hastadan 854'ünde Anti-HIV bakılmış olup bunlardan 15 (%1,8)'i pozitif, 839(%98,2)'u ise negatif olarak sonuçlanmıştı. Hastaların 745'inde HbsAg bakılmış olup bunlardan 22 (%3)'si pozitif, 723 (%97)'ü negatif sonuçlanmıştır. Hastaların 604'ünde Anti-Hbs bakılmış olup 403(%66,7)'ü pozitif, 201(%33.3)'i negatif sonuçlanmıştır. Hastaların 790'ında Anti-HCV bakılmış olup 9(%1.1)'u pozitif, 781(%98,9)'i negatif sonuçlanmıştır.

Hastaların 780'inde VDRL bakılmış olup 16(%2,1)'sı pozitif, 764(%97.9)'ü negatif sonuçlanmıştır. Hastaların 427'sinde TPHA bakılmış olup 19(%4,4)'u pozitif 408(%95,6)'i negatif sonuçlanmıştır. VDRL pozitif olarak sonuçlanan 16 hastanın 1(%6,2)'inde sifiliz tanısı anogenital siğil şikayetiyle başvurusu sırasında yapılan tarama testleri ile konulmuşken, 7(43,8) hastanın sifiliz tanısı anogenital siğil şikayetinden önce konduğu bilgisin ulaşılmıştır. Kalan 8(%50) hastaya sifiliz tanısı konulup konulmadığı konusunda sistemden yeterli bilgiye ulaşılamadı.

Hastaların 78'inde deri biyopsisi alınmış olup 69 (%88,5) hastada histopatolojik inceleme bulguları anogenital siğil ile uyumlu, 9 (%11,5) hastada ise uyumsuz olarak sonuçlanmıştır.

Anogenital siğil tanısı alan hastaların 56'sında HPV PCR incelemesi yapılmış olup 39(%69,6)'unda HPV Tip 6, 4(%7,1)'ünde HPV Tip 11, 1 (%1,8) 'inde HPV Tip 42, 1(%1,8)'inde HPV Tip 82 tespit edilmiştir. HPV PCR incelemesi 11(%19,7) hastada ise negatif olarak sonuçlanmıştır **(7.Çizim).** Hastarın 44'ünde tespit edilen HPV tip 6, 11 ve 42 onkojenik açıdan düşük riskli olarak sınıflandırılmakta iken 1 hastada tespit edilen HPV tip 82 yüksek riskli HPV tipleri arasındadır.



7.Çizim: Anogenital siğil olgularında (n:56) HPV PCR inceleme sonuçları.

4.5. Anogenital Siğil Olgularında Tedavi ve İzlem Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Anogenital siğilli 1098 hastanın 845'inde uygulanan tedaviye yönelik verilere ulaşıldı. Bu hastalardan 570(%51,9)'ine kriyoterapi uygulanmış olup 112 hastada tedavi sonucuna ilişkin kayıt vardı. Kriyoterapi uygulanan 112 hastanın 87(%78)'sinde düzelme olduğu, 25(%22)'inde düzelme olmadığı belirtilmişti. Elektrokoterizasyon uygulanan 38(%3,5) hastanın 11'inde tedavi etkinliği bilgisine ulaşılmış olup 10(%91)'unda lezyonlarda düzelme vardı. Podofilin tedavisi uygulanan 105(%9,6) hastanın 33'ünde tedavi etkinliği bilgisine ulaşılmış olup bunlardan 21(%64)'inde lezyonlarda düzelme vardı. İmikuimod (%5) krem tedavisi uygulanan 132 (%12) hastanın 50'sinde tedavi etkinliği bilgisine ulaşılmış olup 38(%76) hastada lezyonlarda düzelme vardı. Solüsyon olarak 5-Fluorourasil tedavisi uygulanan 97(%8,8) hastanın 22'sinde tedavi etkinliği bilgisine ulaşılmış olup 18(%81,8) hastada lezyonlarda düzelme vardı. Cerrahi tedavi uygulanan 20(%1,8) hastanın 8'inde tedavi etkinliği bilgisine ulaşılmış olup 8 (%100) hastada lezyonlarda

düzelme vardı. Kantaridin tedavisi uygulanan 9(%0,8) hastanın 4'ünde tedavi etkinliği bilgisine ulaşılmış olup 2(%50) hastada düzelme vardı. Aynı hastaya birden fazla tedavi ardışık veya eş zamanlı uygulanmış olabilmektedir. Tedavi etkinliği değerlendirilirken hastaya uygulanan son tedavi esas alınmıştır.

Anogenital siğil olgularında tedaviye yönelik verisine ulaşılabilen 845 hastada tüm tedavi yöntemleri birlikte değerlendirildiğinde 165 hastada tedavi etkinliğine dair veriye ulaşılmış olup bu hastaların 134(%81,2)'ü uygulanan tedaviden fayda görmüş ve dermatolojik bulgularında düzelme bildirilmiştir. Otuz bir(%18,8)'inde ise düzelme bildirilmemiştir. **(7.Çizelge)** Toplamda 933 hastanın tedavi etkinliğine dair veri bulunmaması nedeniyle tedavi başarıları belirlenirken 165 hasta ile çalışılmıştır. Elde edilen veri sayısının toplam sayısına oranla düşük olması nedeniyle tedavi yöntemlerinin başarı oranları kendi aralarında karşılaştırılamamıştır.

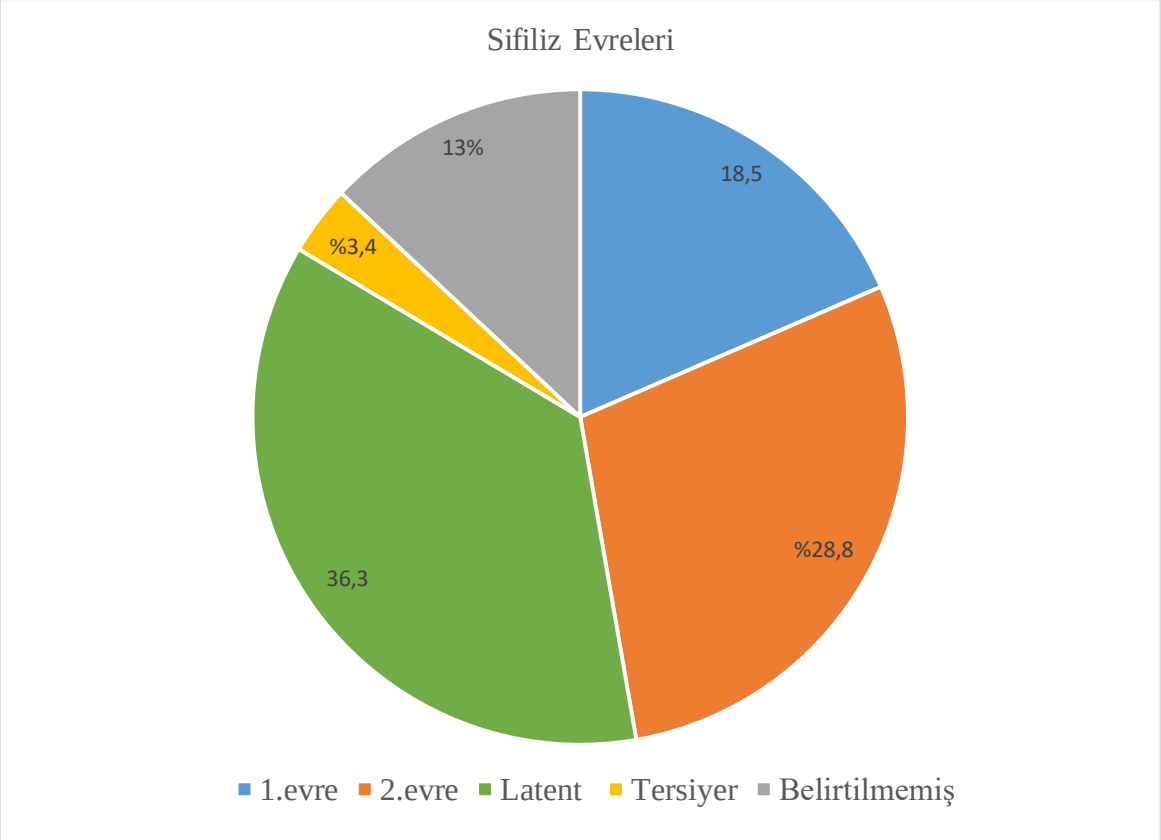
7.Çizelge: Anogenital siğil olgularında tedavilerin etkinliklerinin değerlendirmesi.

Tedavi	**Tedavi Etkinliği Bildirilen Hasta Sayısı**	**Tedavi Başarısı Hasta(%)**
Kriyoterapi	112	87(%78)
Elektrokoterizasyon	11	10(%91)
Podofilin	33	21(%64)
İmikuimod (%5)	50	38(%76)
5-fluorourasil solüsyon	22	18(%81,8)
Cerrahi	8	8(%100)
Kantaridin	4	2(%50)
Toplam	165	%81,2

4.6. Sifiliz Olgularında Klinik Bulguların Değerlendirmesi

Hastaların başvuru şikayetleri, ilk başvurularındaki dermatolojik muayeneleri, subjektif semptomları, partnerlerindeki semptomlar ve varsa ek cinsel yolla bulaşan hastalıkları tıbbi kayıt sistemi ve hasta dosyalarından tarandı.

Sifiliz tanısı alan toplam 146 hastanın 27(%18.5)'si 1.evre sifiliz, 42(%28,8)'si 2.evre sifiliz, 53(%36,3)'ü latent sifiliz, 5(%3,4)'i tersiyer sifiliz tanısı almıştı. Hastalara tanı konulduğu anda hastalık üzerinden ne kadar süre geçtiğine dair bir veri bulunmamasından dolayı latent evre erken ve geç olmak üzere sınıflandırılamamıştır. On dokuz (%13) sifiliz hastasının evresi belirtilmemişti. **(8.Çizim)**



8.Çizim: Sifiliz olgularının hastalık evrelerine göre dağılımları.

Semptomatik olan hastaların 18(%14,6)'sında genital bölgede şankr, 10(%8,1)'unda 2.devir genital lezyon (papül, erozyon, kondilom) , 14(%11,4)'ünde oral mukozada plak, 1(%0,8)'inde saçlı deride alopesi, 15(%12,2)'inde palmoplantar bölgede skuamlı papüller, 29(%23,6)'unda gövdede skuamlı papüller, 1(%0,8)'inde ise atipik yerleşim olarak çenede şankr izlendi. **(8.Çizelge)** Herhangi bir semptomu olmayan 55(%44,7) hastanın dış merkezlerde değişik nedenlerle yapılan serolojik tetkiklerinde pozitif sonuç saptanması üzere refere edildikleri görüldü.

8.Çizelge: Sifiliz hastalarında muayenede saptanan lezyonların morfolojisi ve dağılımı.

Morfoloji ve Dağılım	**Hasta n(%)**
Gövdede skuamlı papül	29(%23,6)
Genital bölgede şankr	18(%14,6)
Palmoplantar bölgede papül	15(%12,2)
Oral mukoza plak	14(%11,4)
2.devir genital lezyon (papül, erozyon, kondilom)	10(%8,1)
Saçlı deride alopesi	1(%0,8)
Atipik yerleşim (çene)	1(%0,8)

4.7. Sifiliz Olgularında Laboratuvar Bulgularının Değerlendirilmesi

Toplam 146 sifiliz hastasının 134'ünde Anti-HIV bakılmış olup bunlardan 15(%11,2)'si pozitif, 119(%88,9)'u negatif olarak sonuçlanmıştır, 122 hastada HbsAg bakılmış olup 2(%1,6)'si pozitif olup, 120(%98,4)'si negatif olarak sonuçlanmıştır, 105 hastada Anti-HbsAg bakılmış olup 36(%34,3)'sı pozitif 69(%65,7)'u negatif olarak sonuçlanmıştır, 124 hastada Anti-HCV bakılmış olup 1(%0,8) hastada pozitif olup 123(%99,2)'ü negatif olarak sonuçlanmıştır.

Sifilizli 146 hastanın 145'inde VDRL/RPR çalışılmış olup 11(%7,6) hastada zayıf pozitif, 28(%19,3) hastada 1/2 , 19 (%13,1) hastada 1/4 , 17 (%11,7) hastada 1/8, 21(%14,5) hastada 1/16, 17(%11,7) hastada 1/32, 11(%7,6) hastada 1/64, 2(%1,4) hastada 1/128, 1 (%0,7) hastada 1/1024 , 1(%0,7) hastada 1/1320 titrelerinde pozitif olarak sonuçlanmıştı; 17(%11,7) hastada ise negatif sonuçlanmıştı. Hastaların 144'ünde TPHA bakılmış olup 141(%97,9) hastada pozitif, 3 hastada (%2,1) negatif olarak sonuçlanmıştır, 92 hastada sifiliz ELİSA bakılmış olup tümü pozitif olarak sonuçlanmıştır. Non-spesifik testlerden olan VDRL/RPR pozitiflik oranı %88,3 iken; spesifik testlerden olan TPHA'da pozitiflik oranı %97,9; Sifiliz ELİSA'da ise %100'dür

Toplam 7 hastanın deri veya mukoza lezyonlarından histopatolojik inceleme yapılmış olup histopatolojik bulgular 3(%42,9) hastada sifiliz tanısı ile uyumlu, 4(%57,1) hastada uyumsuz olarak bildirilmiştir.

4.8. Sifiliz Olgularında Tedavi ve İzlem Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Toplam 146 sifilizli olgudan 125'inde verilen tedaviye ait veriye ulaşıldı. Tedavi etkinliği öncelikle klinik olarak değerlendirildi. Hastalardan 7(%5,6)'sine tek doz benzatin penisilin IM olarak uygulanmıştı ancak bu hastalarda tedavi etkinliğine dair veri bulunamadı. Hastalardan 60(%48)'ına 2 doz benzatin penisilin IM olarak uygulanmıştı. Tedavi etkinliğine dair veri bulunan 33 hastanın 32(%96,9)'sinde düzelme varken 1(%3,1) hastada düzelme bildirilmemişti. Sifilizili olgulardan 47(%37,6) 'sine 3 doz benzatin penisilin IM olarak uygulanmıştı. Tedavi etkinliğine dair veri bulunan 14(%100) hastanın tümünde klinik bulgularda düzelme bildirilmişti. Üç (%2,4) hastaya prokain penisilin 600ü/gün, 21 gün boyunca verilmiş olup 1 hastada tedavi etkinliğine dair veri bulundu ve klinik bulgularda düzelme bildirilmişti. Toplam 6(4,8) hastaya seftriakson 1g/gün IV 14 gün boyunca verilmişti. Bunlardan 3 hastada tedavi etkinliğine dair veri bulundu. 2(%66,6) hastada düzelme varken 1(%33,3) hastada düzelme yoktu. İki (%1,6) hastaya ise doksisiklin 200mg/gün, 14 gün verilmişti. Bunlardan birinde tedavi etkinliğine dair veri bulundu ve klinik bulgularda düzelme bildirilmişti. **(9.Çizelge)**

Hastalardan hiçbirinde Jarish-Herxheimer reaksiyonu veya başka bir yan etki geliştiğine dair kayıt bilgisine ulaşılamadı.

Sifilizli olgularda tedavi etkinliği ayrıca non-tropenemal bir test olan VDRL titrasyon değerinde 4 kat azalma olup olmamasına göre serolojik olarak da değerlendirildi. Buna göre tek doz benzatin penisilin tedavisi uygulanan 7 hastadan 1'ine dair veri bulundu ve (%100) serolojik düzelme olduğu görüldü. İki doz benzatin penisilin uygulanan 60 hastanın 32'sine ait veri bulundu ve bunlardan 26(%81,25)'sında serolojik düzelme varken 6 (%18,75)'sında VDRL titrasyon değerinde yeterli azalmanın elde edilemediği görüldü. Üç doz benzatin penisilin uygulanan hastalardan 22'sine ait veri bulundu ve bunlardan 10 (%45,4)'unda serolojik düzelme varken 12(%54,6)'sinde yeterli azalmanın elde edilemediği görüldü. Prokain penisilin uygulanan 3 hastanın 1(%33,3)'inde serolojik düzelme varken 2(%66,6)'sinde yeterli azalmanın elde edilemediği görüldü. Seftriakson tedavisi uygulanan 6 hastanın 2'sine ait veri bulundu ve 1(%50)'inde serolojik düzelme varken 1(%50)'inde düzelme olmadığı görüldü. Doksisiklin kullanan hastanın serolojik düzelmesi kayıtlarda bulunmadı. **(10.Çizelge)**

9.Çizelge: Tedavi etkinliği değerlendirilebilen sifiliz olgularında farklı tedavi rejimleriyle elde edilen klinik düzelme.

Tedavi	**Başarılı n(%)**	**Başarısız n(%)**	**Veri yok**	**Toplam**
Benzatin penisilin tek doz	Veri yok	Veri yok	7	7
Benzatin penisilin 2 doz	32 (%96,9)	1(%3,1)	27	60
Benzatin penisilin 3 doz	14 (%100)	0	33	47
Prokain Penisilin	1 (%100)	0	2	3
Seftriakson	2 (%66,6)	1(%33,3)	3	3
Doksisiklin	1 (%100)	0	1	2

10.Çizelge: Tedavi etkinliği değerlendirilebilen sifiliz olgularında farklı tedavi rejimleriyle elde edilen serolojik düzelme.

Tedavi	**Başarılı n(%)**	**Başarısız n(%)**	**Veri yok**	**Toplam**
Benzatin penisilin tek doz	1 (%100)	0	6	7
Benzatin penisilin 2 doz	26 (%81,25)	6 (%18,74)	28	60
Benzatin penisilin 3 doz	10 (%45,4)	12(%54,6)	25	47
Prokain Penisilin	1 (%33,3)	2(%66,6)	0	3
Seftriakson	1 (%50)	1(%50)	1	3
Doksisiklin	Veri yok	Veri yok	2	2

4.9. Genital Herpes Olgularında Klinik Bulguların Değerlendirilmesi

Hastaların başvuru şikayetleri, ilk başvurularında mevcut olan dermatolojik muayeneleri, subjektif semptomları, partnerlerindeki semptomlar ve varsa cinsel yolla bulaşan ek hastalıkları hastane tıbbi kayıt sistemi ve hasta dosyalarından tarandı. Toplam 40 genital herpes tanılı hastadan 20(%50)'sine ait klinik verilere ulaşıldı. Bu hastaların dermatolojik muayeneleri değerlendirildiğinde 7(%35)'sinde vezikül, 4(%20)'ünde erozyon, 9(%45)'unda ülser bildirilmişti. Klinik verilerine ulaşılan 14 kadın hastanın lezyonlarının 9(%64,3)'unda labium minörde, 9(%64,4)'unda labium majörde, 1(%7,1)'inde pubiste, 2(%14,3)'sinde perianal bölgede lezyon kaydedilmişti. **(11.Çizelge)**

Klinik verilerine ulaşılan 6 erkek hastanın lezyonlarının 4(%66,7)'ünde penis şaftında, 1(%16,7) 'inde skrotumda, 1(%16,7)'inde pubiste, 1(%16,7)'inde perianal bölgede olduğu bildirilmişti. **(12.Çizelge)**

11.Çizelge: Genital herpesli kadın hastalarda lezyonların dağılımı.

Yerleşim Alanı	**Hasta Sayısı (n=14) (%)**
Labium minör	9(%64,3)
Labium Majus	9(%64,4)
Pubis	1(%7,1)
Perianal bölge	2(%14,3)

12.Çizelge: Genital herpesli erkek hastalarda lezyonların dağılımı.

Tutulum Alanı	**Hasta Sayısı (n=6) (%)**
Penis şaftı	4(%66,7)
Skrotum	1(%16,7)
Pubis	(%16,7)
Perianal bölge	1(%16,7)

Kırk hastanın 10'unda semptom bilgisine ulaşıldı. Bu hastalardan 4(%40)'ünde ağrı, 2(%20)'sinde ateş şikayeti mevcuttu. Dört (%40) hastada ise semptom yoktu.

4.10. Genital Herpes Olgularında Laboratuvar Bulgularının Değerlendirilmesi

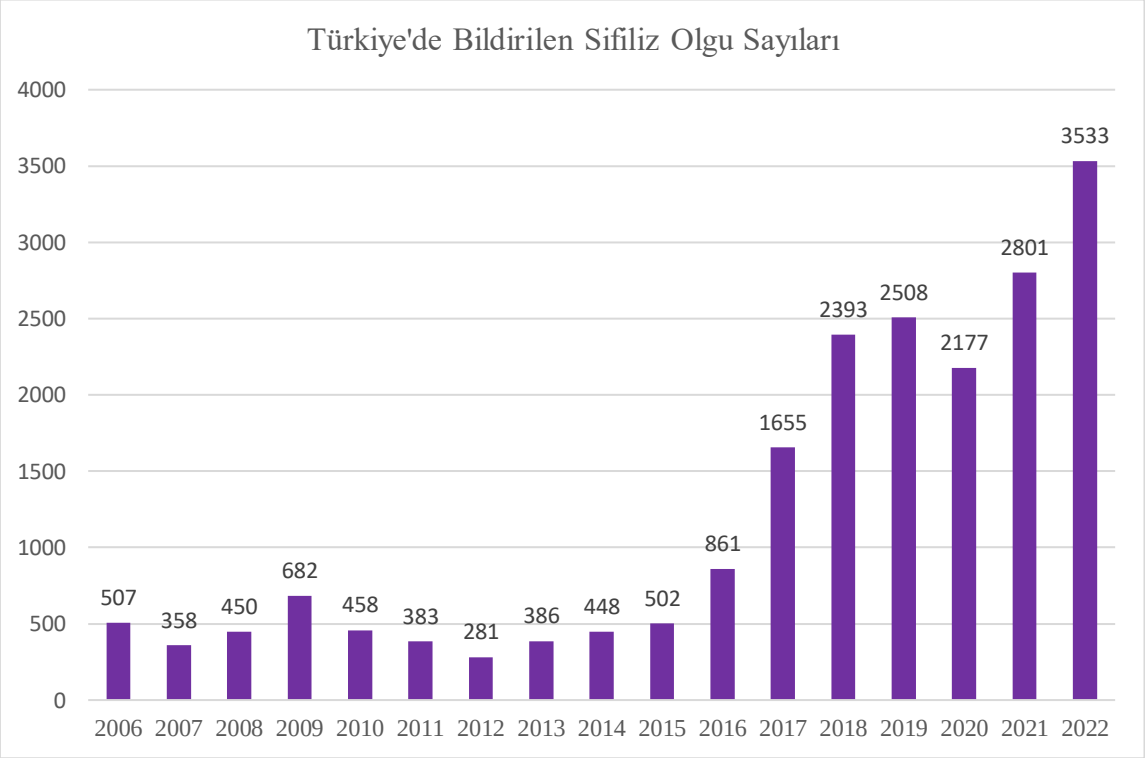
Yirmi sekiz hastada anti-HIV bakılmış olup 1(%3,6)'inde pozitif, 27(%96,4)'sinde negatif sonuçlanmıştı. Yirmi beş hastada HbsAg bakılmış olup tümü(%100) negatif bulunmuştu. Yirmi iki hastada anti-HbsAg bakılmış olup 7(%31,8)'sinde pozitif, 15(%68,2)'inde negatif sonuçlanmıştı. Yirmi beş hastada anti-HCV bakılmış olup tümü(%100) negatif bulunmuştu. Yirmi yedi hastada VDRL bakılmış olup 2(%7,4) hastada

pozitif, 25(%92,6) hastada negatif olarak sonuçlanmıştı. Yirmi hastada TPHA bakılmış olup 1(%5) hastada pozitif, 19 (%95) hastada negatif olarak sonuçlanmıştı.

4.11. Genital Herpes Olgularında Tedavi ve İzlem Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Kırk genital herpes hastasının 31'ine uygulanan tedavi ile ilgili veri elde edilmiştir. Oral asiklovir tedavisi uygulanan 19 (%61,3) hastanın 7'sinde tedavi etkinliğine dair veri bulundu. 4(%57,1) hastada düzelme, 3(%42,9) hastada ise düzelme olmadığı bildirilmiştir. 2(%6,5) hastaya parenteral asiklovir tedavisi uygulanmış ve hastaların tümünde (%100) klinik düzelme sağlanmış. Valasiklovir tedavisi uygulanan 10 hastanın (%32,3) 5'inde hastada tedavi etkinliğine dair veri vardı ve bu hastaların tümünde(%100) klinik düzelme bildirilmişti.

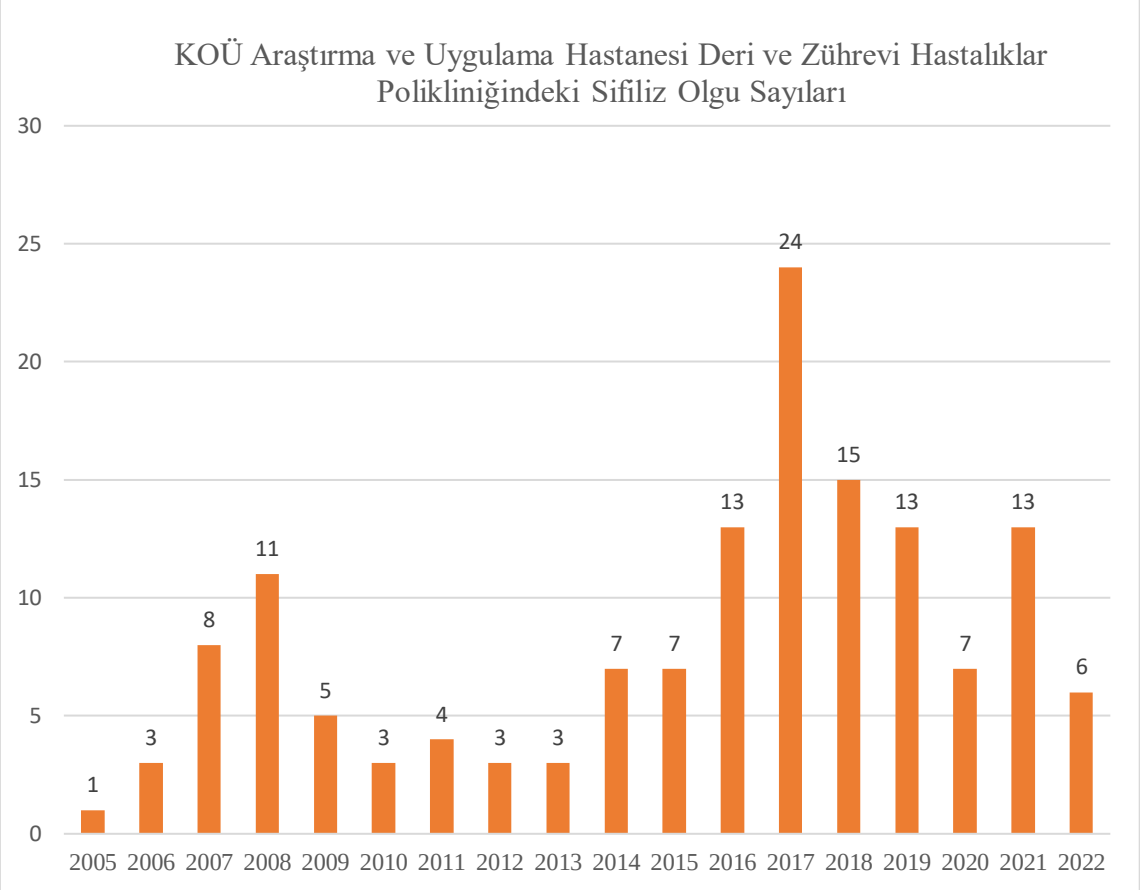
4.12. Türkiye'de Bildirilen Sifiliz Olgu Sayıları ise ile Polikliniğimizde Tanı Konulan Hastaların Sayılarının Karşılaştırılması



9.Çizim: Yıllara göre Türkiye'de bildirilen sifiliz olgu sayıları.

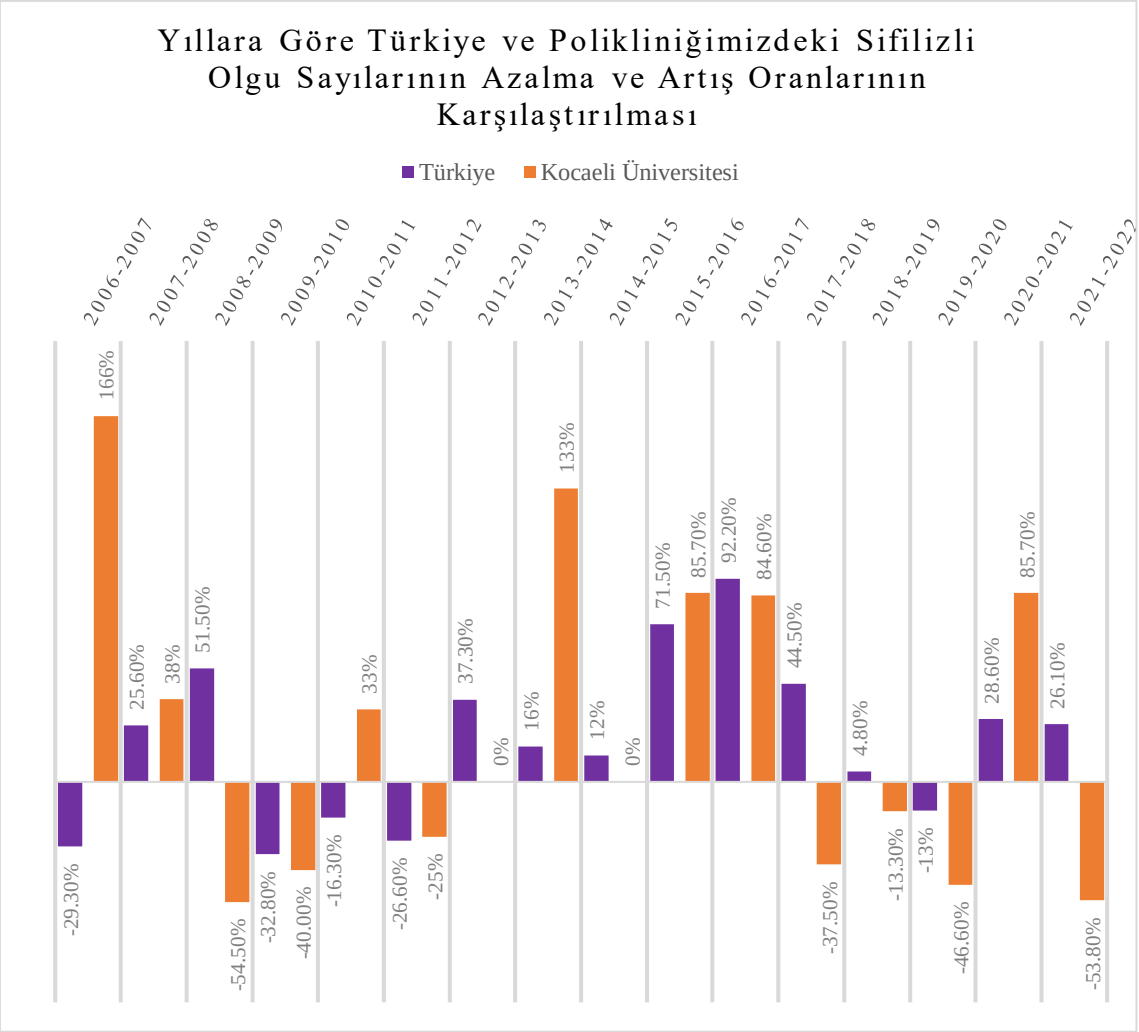
T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü resmi internet sayfasındaki sifiliz verilerine bakıldığında 2012 yılında 2019 yılına kadar sürekli bir artış izlenmekteyken Covid-19 salgınının etkilerinin en yoğun izlendiği 2020 yılında bildirilen sifiliz sayısında azalma görülmektedir. Daha sonra tekrar artışa geçen olgu sayılarında en yüksek değer ise 2022 yılında 3533 olarak kaydedilmiştir. **(9.Çizim)**

Bu rakamlar TÜİK verilerinde yer alan ilgili yılın Türkiye nüfusu verileri ile oranlandığında; 100.000 kişi başına sifiliz tanısı alan hasta sayısı 2012'de 0,357; 2019'da 3,01; 2020'de 2,60; 2022 yılında ise 4,13 kişi olarak hesaplanmıştır.



5.Çizim: Sifiliz olgularının 2005-2022 yılları arasındaki dağılımı

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvuran hastalar arasında sifiliz teşhisi konulan hastalar Çizim 5'te gösterilmektedir.**(5.Çizim)** Bu verilere göre vaka sayısı 2008 ve 2017 yıllarında iki kere pik yapmıştır. En fazla hasta 24 hasta ile 2017 yılında bildirilmekte olup 2020 yılında düşüş izlenmiştir.



10.Çizim: Yıllara göre Türkiye ve polikliniğimizdeki sifilizli olgu sayılarının artış ve azalma oranlarının karşılaştırılması.

Yukarıda yer alan grafiklerde de görüldüğü gibi Türkiye'deki sifiliz vakalarında 2012 yılından 2019 yılına kadar sürekli bir artış söz konusu iken 2019-2020 yılları arasında %13'lük bir düşüş izlenmiştir. Ardından 2021'den itibaren hasta sayısı tekrar artış göstermektedir. Polikliniğimiz verilerine bakıldığında ise yıllara göre artma ve azalmaların izlendiği düzensiz bir dağılım söz konusudur.

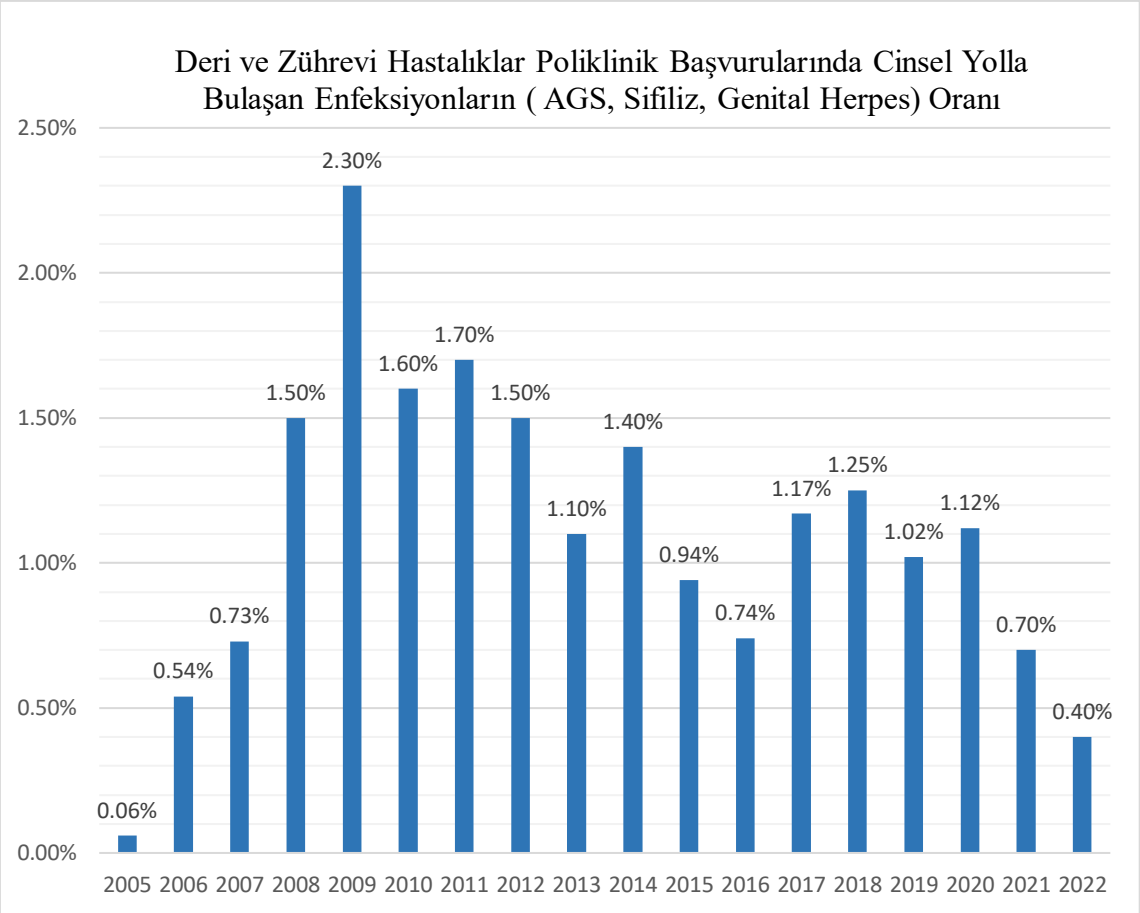
Türkiye genelinde bildirilen sifiliz vakalarında 2020 yılında 2019 yılına göre %13'lük bir düşüş izlenmiş olup polikliniğimizde sifiliz tanısı alan hasta sayısında ise %46,6 oranında bir düşüş izlenmiştir. **(10.Çizim)**

4.13. Başvuru Sayılarına Göre CYBE'lerin Covid-19 Pandemi Dönemiyle (2020-2022) İlişkisi

Resmi olarak ülkemizde Covid-19 pandemisi (2020-2022) döneminde Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine yapılan ve mükerrer hastaların da dahil edildiği başvuru sayıları aşağıda tablo olarak verilmiştir. **(13.Çizelge)**

13.Çizelge: Yıllara göre polikliniğimizde bildirilen CYBE'ların toplam başvuru sayısına oranı

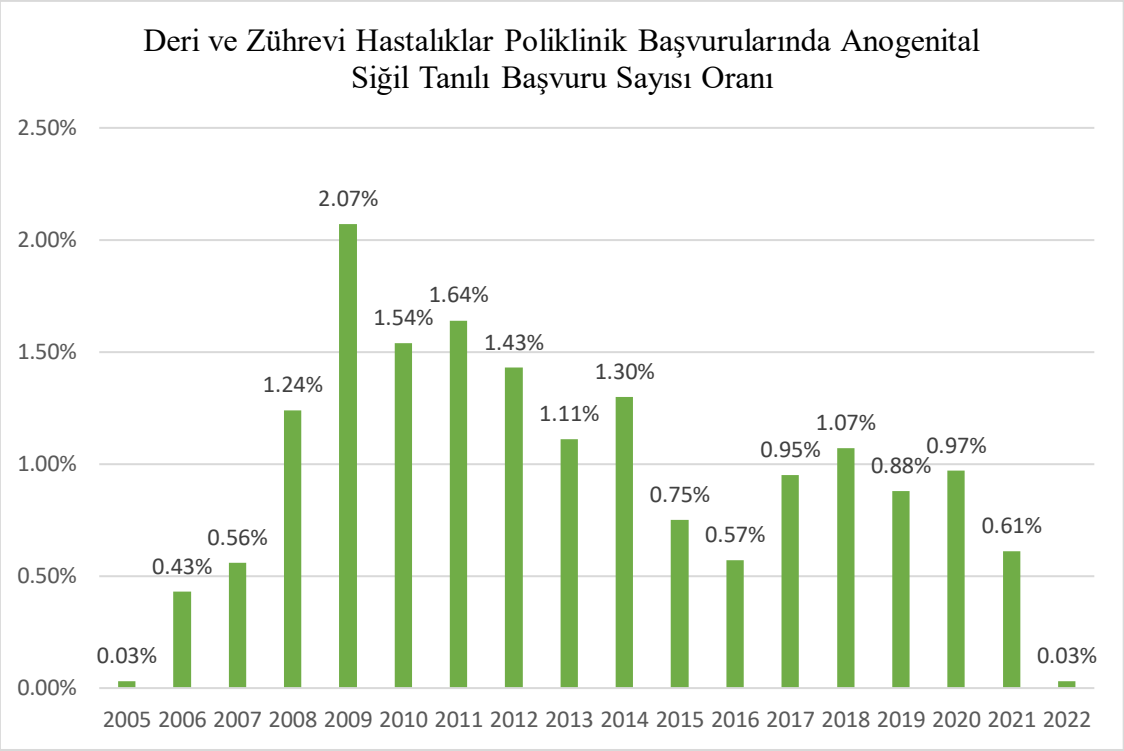
Yıllar	Toplam Başvuru Sayısı	AGS, Sifiliz, Genital Herpes Tanısı Olan Başvuru Sayısı n (%)	AGS Tanısı Olan Toplam Başvuru n (%)	Sifiliz Tanısı Olan Toplam Başvuru n(%)	Genital Herpes Tanısı Olan Toplam Başvuru n(%)
2005	8220	5 (%0,06)	3 (%0,03)	1(%0,01)	1(%0,01)
2006	9936	54 (%0,54)	43 (%0,43)	4(%0,04)	2(%0,02)
2007	15486	114 (%0,73)	88 (%0,56)	24(%0,15)	1(%0,006)
2008	19828	305 (%1,5)	246 (%1,24)	56(%0,28)	3(%0,015)
2009	17867	412 (%2,3)	370 (%2,07)	36(%0,2)	4(%0,02)
2010	17849	301 (%1,6)	276 (%1,54)	19(%0,1)	4(%0,02)
2011	18570	322 (%1,7)	305 (%1,64)	21(%0,11)	5(%0,02)
2012	20757	316 (%1,5)	298 (%1,43)	12(%0,05)	6(%0,02)
2013	17114	205 (%1,1)	190 (%1,11)	12(%0,07)	3(%0,01)
2014	16655	237 (%1,4)	217 (%1,3)	16(%0,09)	4(%0,02)
2015	17837	168 (%0,94)	135 (%0,75)	24(%0,13)	9(%0,05)
2016	19502	146 (%0,74)	113 (%0,57)	26(%0,13)	5(%0,02)
2017	23234	273 (%1,17)	221 (%0,95)	43(%0,18)	8(%0,03)
2018	26641	334 (%1,25)	287 (%1,07)	35(%0,13)	8(%0,03)
2019	26967	277 (%1,02)	239 (%0,88)	35(%0,13)	3(%0,01)
2020	15931	180 (%1,12)	155 (%0,97)	24(%0,15)	1(%0,006)
2021	18559	146 (%0,7)	115 (%0,61)	30(%0,16)	2(%0,01)
2022	265597	128 (%0,4)	105 (%0,03)	19(%0,007)	1(%0,0003)



11.Çizim: Deri ve zührevi hastalıklar poliklinik başvurularında cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların oranı.

Üniversite hastanemize 2005-2022 yılları arasında Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğimizde cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (AGS, sifiliz, genital herpes) tanısı alan tüm başvuru sayılarının, polikliniğimize olan toplam başvuru sayısına oranı yukarıdaki grafikte yıllara göre gösterilmiştir. Bu grafiğe bakıldığında 2005-2009 yılları arasında bu 3 hastalığın toplam başvuru sayılarına oranlandığında artış gösterdiği, en yüksek değere %2,30 ile 2009 yılında ulaşıldığı, 2009-2016 yılları arasında ise belirgin azalma gösterdiği gözlenmektedir. **(11.Çizim)**

Bu oranlara bakıldığında ülkemizdeki Covid-19 salgının başladığı 2020 yılında %1,12 oranında başvuru olduğu hesaplanmış olup bu değer önceki yıllardan biraz düşüktür. Sonrasında ise oran azalmanın devam ettiği ve 2021 yılında %0,70; 2022 yılında ise %0,40 oranlarında gerçekleştiği görülmektedir.



12.Çizim: Deri ve zührevi hastalıklar poliklinik başvurularında AGS tanılı başvuru sayısı oranı

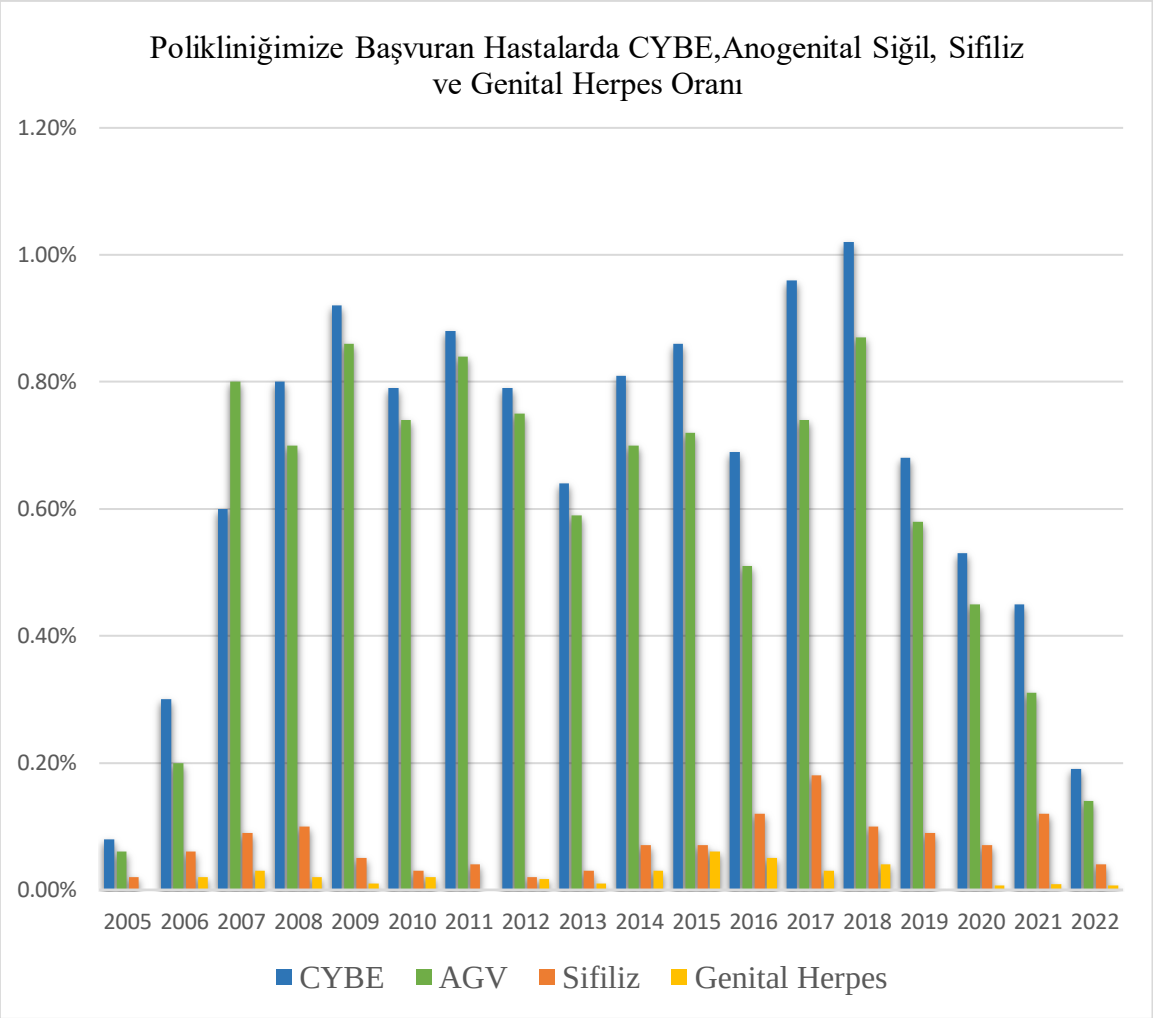
Bu oranlara bakıldığında 2005-2009 yılları arasında AGS tanılı hasta oranının toplam başvurular arasında artış gösterdiği, 2009-2016 yılları arasında ise belirgin azalma göserdiği gözlenmektedir. Tablo ve grafikte de görüldüğü gibi 2020 yılında polikliniğimize olan başvuruların tümüne oranlandığında anogenital siğil başvuru oranı %0,97 olarak izlenmiş olup diğer yıllarla benzer orandadır. Fakat 2021 yılında %0,61 ve 2022 yılında %0,03 olarak sonuçlanmış olup 2020 yılından itibaren azalma trendinde olduğu görülmektedir. **(13.Çizelge ve 12.Çizim)**

4.14. Hasta Sayılarına Göre CYBE'lerin Covid-19 Pandemi Dönemiyle (2020-2022) İlişkisi

Covid-19 pandemisi döneminde deri ve zührevi hastalıklar polikliniğine yapılan ve mükerrer hastaların dahil edilmediği hasta sayıları aşağıda tablo olarak verilmiştir. **(14.Çizelge)**

14.Çizelge: CYBE, AGS, Sifiliz ve GH tanılı hastaların polikliniğimize başvuran tüm hasta sayıları ile oranı.

Yıllar	Topam Hasta	CYBE (%)	AGS (%)	Sifiliz (%)	Genital Herpes (%)
2005	4892	4 (%0,08)	3 (%0,06)	1 (%0,02)	0
2006	4700	17 (%0,30)	13 (%0,20)	3 (%0,06)	1 (%0,02)
2007	8221	52 (%0,60)	44 (%0,80)	8 (%0,09)	0 (%0,03)
2008	10042	85 (%0,80)	71 (%0,70)	11 (%0,10)	3 (%0,02)
2009	9968	92 (%0,92)	86 (%0,86)	5 (%0,05)	1 (%0,01)
2010	9761	78 (%0,79)	73 (%0,74)	3 (%0,03)	2 (%0,02)
2011	9631	85 (%0,88)	81 (%0,84)	4 (%0,04)	0
2012	11548	92 (%0,79)	87 (%0,75)	3 (%0,02)	2 (%0,02)
2013	9367	60 (%0,64)	56 (%0,59)	3 (%0,03)	1 (%0,01)
2014	8811	72 (%0,81)	62 (%0,70)	7 (%0,07)	3 (%0,03)
2015	9593	83 (%0,86)	70 (%0,72)	7 (%0,07)	6 (%0,06)
2016	10567	73 (%0,69)	54 (%0,51)	13 (%0,12)	6 (%0,05)
2017	13127	127 (%0,96)	98 (%0,74)	24 (%0,18)	5 (%0,03)
2018	14228	145 (%1,02)	124 (%0,87)	15 (%0,10)	6 (%0,04)
2019	14259	97 (%0,68)	83 (%0,58)	13 (%0,09)	1 (%0,001)
2020	9269	50 (%0,53)	42 (%0,45)	7 (%0,07)	1 (%0,007)
2021	10002	46 (%0,45)	32 (%0,31)	13 (%0,12)	1 (%0,009)
2022	13165	26 (%0,19)	19 (%0,14)	6 (%0,04)	1 (%0,007)



13.Çizim: Polikliniğimize başvuran hastalarda CYBE, anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes oranı.

Her yıl için anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes nedeniyle başvuran hasta sayıları o yıl herhangi bir nedenle polikliniğimize başvuran hasta sayısına oranlandığında %1,02 değeriyle en yüksek oranın 2018 yılında olduğu görülmüştür. Oranlarda 2018'den sonra sürekli bir azalma olduğu görülmektedir. **(13.Çizim)**

CYBE'li toplam hasta sayıları yıllara göre incelendiğinde 2019-2020 yılları arasında %48,4'lük bir azalma izlenmiştir. 2020-2021 yılları arasında %8'lik bir azalma mevcutken 2021-2022 yılları arasında %43,4'lük bir azalma izlenmiştir. Covid-19 dönemi başlamadan önceki 2017-2019 yıllarını kapsayan üç yıllık süreç covid-19 dönemini kapsayan 2020-2022 yıllarına ait üç yıllık veriyle kıyaslandığında %66,9 oranında azalmıştır. **(3.Çizim)**

Anogenital siğil tanısı alan hasta sayısında 2019-2020 yılları arasında %49,3'lük bir azalma izlenmiştir. 2020-2021 yılları arasında %23,8'lik bir azalma mevcutken 2021-2022 arasında %40,6 azalma izlenmiştir. Covid-19 dönemi başlamadan önceki 2017-2019 yıllarını kapsayan üç yıllık süreç Covid-19 dönemini kapsayan 2020-2022 yıllarına ait üç yıllık veriyle kıyaslandığında anogenital siğil tanısına sahip hasta sayısı %69,5 oranında azalmıştır. **(4.Çizim)**

Sifiliz tanısı alan hasta sayısında 2019-2020 yılları arasında %46,1'lik bir azalma izlenmiştir. 2020-2021 yılları arasında %85,7'lik bir artış mevcutken 2021-2022 yılları arasında %53,8'lik bir azalma izlenmiştir. Covid-19 pandemisi başlamadan önceki 2017-2019 yıllarını kapsayan üç yıllık süreç ile Covid-19 dönemini kapsayan 2020-2022 yıllarına ait üç yıllık süreç karşılaştırıldığında sifiliz tanısına sahip hasta sayısının %50 oranında azaldığı görülmekedir. **(5.Çizim)**

5.TARTIŞMA

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) önemli bir halk sağlığı sorunudur.[117] Sebep olan bakteriler, viruslar veya parazitler genellikle enfekte vücut sıvıları veya vajinal, oral ve anal seks sırasında cilt teması ile bulaşır.[118]

Çalışmamızda bu enfeksiyonlardan anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes incelenmiştir. Polikliniğimize 2005-2022 yılları arasında başvuran hastalar retrospektif olarak hasta kayıt sisteminden taranmış ve anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes tanılı toplam 1284 hasta çalışmamıza dahil edilmiştir. Bu hastalardan1098 (%86)'inde anogenital siğil, 146(%11)'sında sifiliz, 40 (%3)'ına genital herpes tanısı konulmuştu. Yani polikliniğimizde en sık görülen CYBE ezici çoğunlukla anogenital siğillerdi. Dünyadaki rakamlara baktığımızda CDC'nin son verilerine göre HPV prevalansı 42,5 milyon, insidansı 13 milyon olarak bildirilmiştir ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında en yüksek rakamlara sahiptir, çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Özgül ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye genelini kapsayan ve 30-65 yaş arası kadınların dahil edildiği bir çalışmada ülkemizde kadınlarda genital siğil görülme sıklığı 154/100.000'dir.[119] CDC verilerine göre 2022 yılında 207.255 sifiliz vakası bildirilmiştir.[120] Çalışmamızda sifiliz tanılı toplam 146 olgu saptanmış ve bu hastalar tüm CYBE'ların %11'lik bölümünü oluşturmuştu. CDC verilerinde ikinci sırada HSV-2 yer almakta olup prevelansı 18,6 milyon, insidansı 572.000 olarak bildirilmiştir. CDC verilerine göre HSV-2 yaygınlığı ikinci sırada iken bizim çalışmamızda en az hasta sayısı genital herpeste izlendi. Bu durumun sebebi hastaların kadın doğum ve üroloji gibi diğer branş polikliniklerine başvurmaları, üniversitemizin üçüncü basamak sağlık kurumu olması ve genellikle ağrı şikayeti bulunan herpes genitalis hastalarının daha hızlı ulaşabildikleri ikinci basamak sağlık kurumlarına başvurmaları olabilir.

Tüm tanılar birlikte cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar başlığı altında değerlendirildiğinde toplam 1284 hastanın %26,6'sını kadın hastalar oluşturmaktayken, %73,4'ünü erkek hastalar oluşturmaktaydı. Anogenital siğil tanısı olan toplam 1098 hastanın %25.3'ü kadın; %73,7'si erkektir. Marra ve arkadaşlarının 2009'da Kanada'da yaptığı bir çalışmada 252 hastanın %51,9'u erkek %48,2'si kadındı.[7] Lin ve arkadaşlarının 2010 yılında Hong Kong'ta yaptığı bir çalışmada da anogenital siğilli toplam 417 hastanın %70'i erkek %30'u kadın olarak bildirilmiştir.[121] Bizim çalışmamızda erkek hastaların

oranı kadınlardan yaklaşık 3 kat fazla bulunmuştur, bu oran diğer çalışmalarla kıyaslandığında daha yüksek, Lin ve arkadaşlarının Hong Kong'tan bildirdiği rakamlara yakındır.

Polikliniğimizde bu süre içinde sifiliz tanısı alan toplam 146 hastanın 35'(%24)i kadın; 111(%76)'sı erkektir. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan 2006-2022 yılları arasında sifiliz bildirimi yapılmış toplam 3475 hastanın % 21,7 'si kadın %78,3'ü erkek olarak bildirilmiştir. Kadın-erkek oranı bizim çalışmamamızda da benzer olarak saptanmış olup Türkiye verileri ile uyumluluk göstermektedir.[55]

Çalışmamızda genital herpes tanısı olan toplam 40 hastanın 28(%70)'i kadın; 12(%30)'si erkektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2018 yılında yapılan bir çalışmaya göre genital herpes tanısı alan hastaların 3'te 2'sini kadınlar oluşturmaktaydı.[122] Bizim sonuçlarımız da bu verilerle uyumlu olarak 2/3'lük bir kadın cinsiyet üstünlüğü mevcuttu.

Çalışmamıza dahil edilen tüm hastaların genel yaş ortalaması 33, median değer 31 olarak hesaplanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl cinsel yolla bulaşan hastalıkların yarısını15-24 yaş aralığındaki hastalar oluşturmakta iken bizim çalışmamızda hastaların yarısından fazlasını (660 hasta) 25-39 yaş aralığındaki hastalar oluşturmaktadır.[123] Ülkemizde cinsellik başlangıç yaşının ABD'ye göre daha ileri yaşlarda olması bu durumun nedeni olarak yorumlanabilir. Ulu ve Uğurlu'nun 1999'da Ankara'da üniversite öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmaya göre cinsel deneyim yaşamış erkeklerde ilk cinsel ilişki yaşı ortalama 18.23 kadınlarda ise 18.82 olarak bildirilmiştir.[124] Amerika'da 1998 yılında 877 adölesının dahil edildiği bir çalışmada ise 16,5 olduğu görülmüştür.[125]

Anogenital siğil tanısı alan hastalarda yaş ortalaması 33, median değer 31 olarak hesaplanmıştır. Portekiz'de yapılan 562 hastalık bir çalışmaya göre median yaş 31 olarak tespit edilmiş olup en fazla hasta sayısının çalışmamızda da olduğu gibi 25-39 yaş aralığında olduğu görülmüştür.[126] Çin'de yapılan Chang L. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre yaş ortalaması 32 olarak bulunmuş olup bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.[127]

Çalışmamızda sifilizde yaş ortalaması 39 ve median değer 38 olarak sonuçlanmıştır. Ülkemizdeki 2006-2022 yılları arasındaki bildirim sayılarına bakıldığında sifiliz için en sık

görülen yaş aralığı 25-39 olarak bildirilmiş olup çalışmamızda da benzer şekilde en sık yaş aralığı 25-39 olarak bulunmuştur.[55]

Genital herpeste yaş ortalaması 32 ve median değer 29 olarak sonuçlanmıştır. 2018'de Amerika'da yapılan çalışmaya göre genital herpesin en sık görüldüğü yaş aralığı 18-24 iken, bizim çalışmamızda en fazla hasta sayısı 25-39 yaş aralığındadır.[122]

Çalışmamızda polikliniğimizdeki anogenital siğil, sifiliz ve genital herpesli toplam hasta sayıları gözden geçirildiğinde 2005 ve 2006 yıllarına ait az sayıda hasta bildirilmiş olmasının olması bu yıllarda hastane binamızın yerinin değişmesine bağlı olarak hasta başvurularının azaldığından veya kayıtlardaki eksiklikten kaynaklandığı düşünülmektedir. Daha sonra 2018'e kadar genel bir artış gözlenirken 2018'den 2022'ye kadar bu sayılarda azalma izlenmiştir. İngiltere'de 1990'lardan 2012 yılına kadar CYBE sayılarının artış gösterdiği, son 10 yılda ise yeni CYBE tanısı alan hastaların sayısının %47 artarak 305.000'den 448.000'e yükseldiği bildirilmiştir.[2]

Çalışmamız kapsamında polikliniğimizde anogenital siğilin görülme sıklığında 2018 yılında pik izlenmiş olup polikliniğimize başvuran hastaların %1'den fazlasını oluşturarak en yüksek değere ulaşmıştığı, 2018'den sonra ise azalma trendinde olduğu görülmektedir. Polikliniğimizde 2020 yılından itibaren AGS görülme oranının azalması Covid-19 önlemleri veya bunun neden olduğu tutum değişiklikleri veya hastaların başka sağlık kurumlarına başvurusu ile açıklanabilir. İngiltere'deki genitoüriner sistem kliniklerinde teşhis edilen anogenital siğil sayısı ise 2003'ten bu yana %15 artış göstermiştir.[1]

Polikliniğimize başvuran sifiliz tanılı hastaların sayısı incelendiğinde başvuru sayıları yıllara göre düzensiz bir seyir gösterdiği ve sifiliz tanılı hastaların 2008 ve 2017 yıllarında pik yaptığı gözlenmiştir. Diğer ülkelere baktığımızda Çin'de bildirimi yapılan sifilizli olguların 2000'li yıllarda başlayan artışı 2005'ten sonra dikkat çekici biçimde devam etmiştir.[12] Belgrad'da Bjekic ve ark. 2005 ve 2014 yıllarındaki sifiliz insidanslarını karşılaştırdıklarında %383,2 oranında bir artış olduğunu bildirmişlerdir.[13] Literatüre bakıldığında sifiliz vakalarında genel bir artış izlenmekteyken polikliniğimize olan.

Türkiye sifiliz vakalarında 2012 yılında 100 000'de 0,357 iken 2019 yılına kadar sürekli bir artış göstererek 3,01'e yükselmiştir. Ardından 2020 yılında 2,60'a düşmüş fakat sonrasında artmaya devam ederek 4,13'e çıkmıştır. Türkiye'de 1999'da 100 000 kişide 5,1 olan görülme sıklığı Trabzon'da 100000 kişide 8,5 olarak bildirilmiştir. [128] Bunun nedeni olarak yazarlar Trabzon'da sınır kapısının serbest geçişlere açılması nedeniyle bavul

ticareti ve beraberinde para karşılığı seks turizminin artmasını göstermişlerdir. Ülkemizdeki 2000 yılına ait veriler incelendiğinde sifiliz görülme oranları Türkiye genelinde 100 000'de 4,95; İstanbul'da 18,8; İzmir'de 4,70; Ankara'da 3,27 olarak bildirilmiştir.[129] Buna göre çalışmamızda 2019-2020 yılları arasında sifiliz görülme sıklığı küçük bir düşüş gösterse de 2020'den sonra artış gözlenmektedir. Daha önce bildirilen sayılara göre Apaydın ve Aktürk'ün çalışmalarında bildirilen rakamlara göre bu sayılar düşüktür. Bu durum hastalık sıklığında azalma olarak yorumlansa da biz bildirim eksikliğine bağlı olabileceğini düşünüyoruz. Pinchera ve arkadaşları 2013-2020 yılları arasında Naples'ta yaptıkları çalışmada özellikle gençler arasında sifiliz vakalarının arttığını bildirmiştir.[130] Ülkemizde de literatür ile uyumlu olarak 2012-2019 yılları arasında ve 202-2022 yılları arasında genel bir artış söz edilebilir. Sifiliz hastalarının özellikle de HIV pozitif olanların Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğinde takip edilmeleri veya hastaların kentimizdeki 2.basamak sağlık kuruluşlarına başvurabilmeleri nedeniyle dermatoloji polikliniği verilerini genellemenin doğru olmayacağı kanaatindeyiz.

Polikliniğimizde belirtilen genital herpes sayıları da 2005-2022 yılları arasında değişkenlik göstermektedir. Güney Afrika, genital herpese bağlı ülser oranının 1986'da %3'ten 1994'te %17'ye ve 1998'de %36'ya yükseldiğini bildirmiştir.[8] Polikliniğimizdeki genital herpes sayılarının düşük olması nedeniyle, artma ve azalma konusunda yorum yapmanın zor olduğunu düşünmekteyiz ancak 2014'ten 2018'e kadar artış eğilimi olduğunu, 2018'den sonra ise keskin bir düşüş olduğunu söylemek mümkündür.

Anogenital siğilli olgularda lezyonların yerleşim alanı değerlendirildiğinde 115 kadın hastanın 48 (%41,7)'inde labium majör, 23 (%20)'ünde labium minör, 17(%14,8) 'sinde pubis ve 40 (%34,8) hastada perianal tutulum vardı. Amerika'da bir jinekoloji kliniği verilrerine göre anogenital siğilli kadınlarda vulva yerleşimi %67, anal tutulum %2'dir.[131] Bizim çalışmamızda da benzer şekilde vulva yerleşimi en sık olarak, fakat perianal bölge tutulumu bu çalışmaya göre daha sık saptanmıştır.

Anogenital siğilli 406 erkek hastanın 178(%43,8) pubis, 164 (%40,4)'ünde penis şaftı, 82 (%20,2) 'sinde peranal, 50 (%12,3)'sinde skrotum, 28 (%6,9)'unda glans penis yerleşimi izlendi. Amerika'da 463 erkek hastanın dahil edildiği bir çalışmada 136 (%29,3) hastada glans peniste,181 (%39) hastada penis şaftında 113 (%24,4) hastada skrotumda, 39(%8,4) hastada anal yerleşim olduğu görülmüştür.[132] Bu çalışmada en sık yerleşim alanı penis şaftı olarak bildirilmiş olup bizim çalışmamızda %43,8 ile pubis en sık yerleşim yeri

idi. Penis şaftı ise %40,4'lük oranla ile ikinci sırada yer almaktadır. Perianal bölge tutulumu, bu çalışmaya kıyasla 2 katı fazla olarak görülmektedir. Hem erkek hem de kadın hastalarımızda anogenital siğilde anal bölge yerleşimi diğer çalışmalara oranla daha yüksektir.

Anogenital siğil tanılı 1098 hastadan 854'ünde Anti-HIV bakılmış olup bunlardan 15 (%1,8)'i pozitif olarak sonuçlanmıştır. 745 hastada HbsAg bakılmış olup bunlardan 22 (%3)'ü pozitif sonuçlanmıştır. 790 hastada Anti-HCV bakılmış olup 9(%1.1)'unda pozitif sonuçlanmıştır. 780 hastada VDRL bakılmış olup 16(%2,1) hastada pozitif sonuçlanmıştır. 427 hastada TPHA bakılmış olup 19(%4,4)'unda pozitif sonuçlanmıştır. Çin'de 2020 yılında yapılan bir çalışmada anogenital siğilli 200 hastanın 49(%24,5)'unda ek CYBE olduğu görülmüş fakat bizim çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada *Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Neisseria gonorrhoeae* de dahil edilmiştir ve 2 (%1) hastada sifiliz, 5(%2,5) hastada HIV, 12(%6) hastada HSV-2 bildirilmiştir.[133] Bizim çalışmamızda yer alan hastaların bir kısmında sadece bir ek hastalık taranmışken bir kısmında daha kapsamlı tarama yapılmıştır. Hastalarımızın tümünü kapsayan ek CYBE verisine ulaşılamamış olmakla birlikte saptanan ek CYBE oranları %4.4'ü geçmemiştir ki en sık saptanan durum sifiliz pozitifliği idi. Bu nedenle ek CYBE oranları anogenital siğilli olgularımızda literatüre kıyasla daha düşüktür.

Anogenital siğilli hastalarımızın 56'sında HPV PCR bakılmış olup 39(%69,6)'unda HPV Tip 6, 4(%7,1)'ünde HPV Tip 11, 1 (%1,8) 'inde HPV Tip 42, 1(%1,8)'inde HPV Tip 82 tespit edilmiştir. Bu HPV tiplerinden yalnızca Tip 82 onkojenik olarak yüksek riskli HPV tipleri arasında yer almaktadır. Çin'de yapılan 879 hastadan oluşan bir çalışmaya göre 219(%24,9)'unda Tip 6, 157(%17,9)'unda Tip 11, 47(%5,3)'sinde Tip 42, 1(%0,1) hastada Tip 82 tespit edilmiş.[134] Literatür ve kitaplarda bildirildiği gibi bizim çalışmamızda da onkojenik olarak düşük riskli olduğu bilinen tip 6 ve 11 en sık saptanan HPV alt tiplerini oluşturmuştur.[16,80]

Anogenital siğil tanılı hastalarımızdan kriyoterapi uygulanan 112 hastanın 87(%78)'sinde düzelme bildirilmişken, 25(%22)'inde düzelme olmamıştı. Literatürdeki çalışmalarda kriyoterapi ile ilgili klinik başarı oranlarının %44-87 arasında bildirilmektedir.[44] Bizim çalışmamızda kriyoterapi uygulamasında başarı oranı literatür verilerine kıyasla oldukça yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Anogenital siğilde imiquimod (%5)'lik krem uygulanan toplam 50 hastanın 38(%76)'inde düzelme varken 12(%24)'sinde düzelme izlenmedi. Klinik çalışmalarda imiquimod ile 16 haftaya kadar tedavi gören hastaların %35-75'inde siğillerin iyileştiği bildirilmiş olup[42], bizim çalışmamızda başarı oranı biraz daha yüksekti.

Podofilin uygulanan 33 hastanın 21(%64)'inde düzelme varken 12(%36)'sinde düzelme izlenmedi. Çalışmalarda podofilotoksinin tedavi başarısı %36-83 arasında bildirilmektedir.[42] Podofilin ile yapılan bir çalışmada ise 109 hastanın 24(%22)'sinde düzelme olduğu bildirilmiştir.[135] Bizim çalışmamızda elde edilen %64'lük tedavi başarısı saptanmıştır podofilinle bildirilen orandan yüksek, podofilotoksinle benzer oranlardadır.

Çalışmamızda anogenital siğilli hastaların 5-florourasil solüsyon tedavisi uygulanan toplam 22 hastadan 18(%81,8) hastada düzelme varken 4(%18,2) hastada düzelme izlenmedi. 5-florourasil'in anogenital siğildeki etkinliğine dair sınırlı çalışma olmakla birlikte 1978 yılında yapılan bir çalışmada 4 hastanın 2(%50)'si tedaviden fayda görmüşken 2(%50) hastada yanıt alınamadığı bildirilmiştir.[136] Bizim çalışmamızda tedavi başarısı oldukça yüksek bulunmuştur.

Elektrokoterizasyon uygulanan 11 hastanın 10(%91)'unda düzelme varken 1(%9)'inde düzelme olmadığı ve cerrahi tedavi uygulanan 8 hastanın tamamında(%100) düzelme olduğu bildirilmişti. Çalışmalarda cerrahi tedavi ve elektrokoterizasyon aynı kategoride değerlendirilmiş olup başarı oranı %89-100 arasında değişmektedir.[46] Bu oran bizim çalışmamız ile uyumludur.

Tüm anogenital siğilli olgularımızda uygulanan tedavi metodlarında başarı oranı literatürdeki başarı oranlarından daha yüksek olarak görülmektedir. Polikliniğimizde tüm tedavi metodlarında hastaların düzenli olarak takip edilmesi, tekrarlayan uygulamalarda randevu gerekliliğinin aranmaması, tam kür sağlanana kadar hastanın tarafımızca takip ediliyor olması bu başarının nedenleri arasında sayılabilir.

Çalışmamız kapsamındaki toplam 146 sifilizli olgunun 27(%18.5)'si 1.devir sifiliz, 42(%28,8)'si 2.devir sifiliz, 53(%36,3)'ü latent sifiliz, 5(%3,4)'i tersiyer sifiliz tanısı almıştı. Bu durumda latent sifiliz en sık görülen sifiliz devri idi. Ottowa'da 2001-2006 yılları arasında yapılan ve 102 hastanın dahil edildiği bir çalışmada en çok görülen devrin %59 oranıyla sekonder sifiliz olduğu bildirilmiştir.[137] Pinchera ve arkadaşlarının yaptığı çalımada hastaların 8 (%8,2)'ine primer sifiliz, 12 (%12,4)'sine sekonder sifiliz, 8 (%8,2)'ine erken latent sifiliz , 6 (%6,2)'sına geç latent sifiliz , 60 (%61,9)'ına süresi belli

olmayan latent sifiliz ve 3 (%3,1)'üne nörosifiliz tanısı konulmuştur ve latent sifiliz oranı toplamda 73 (%76,3)'tür.[130] Prag'ta yapılan ve 1999-2005 yıllarını kapsayan bir çalışmada 675 sifiliz hastasından 76(%11,3)ü 1. devir sifiliz, 101(%15)'i 2. devir sifiliz, 279(%41,3) erken latent, 217(%32,1) geç latent ve 2(%0,3) hastada tersiyer sifiliz tespit edilmiştir.[137] Bu çalışmada erken ve geç latent sifiliz oranları topluca değerlendirildiğinde tüm hastaların %73,4'ünü oluşturmaktadır ki oldukça yüksektir.[138] Bizim çalışmamızda da %36,3 latent sifilizile en sık görülen sifiliz evresi idi ancak Prag ve Pinchera'nın çalışmasında bildirilen latent sifiliz oranlarının yaklaşık olarak yarısı idi. Latent sifiliz oranının yüksek olması; belirtilerin olduğu 1. ve 2. devirlerde hastaların sağlık kuruluşlarına başvurmaması veya belirtilerle başvuran hastalarda sifiliz tanısının atlanmasından kaynaklanıyor olabilir. Latent dönemde tanı alan hastalar çoğunlukla çeşitli nedenlerle yapılan (evlilik öncesi, iş girişi öncesi kan ve organ nakli vb.) taramalarda tespit edilmiştir. Bu da bizlere tarama testlerinin ne kadar yararlı olduğunu göstermiş ve özellikle riskli gruplar başta olmak üzere titizlikle devam etmemiz konusunda kararlılığımızı artırmıştır.

Sifilizli 123 (%84,7) hastaya ait klinik bilgiler gözden geçirildiğinde hastaların 27(%22)'sinin genital bölgede yara ve 41(%33.3) hastanın genital bölge dışında döküntü şikâyeti ile başvurduğu görüldü. Elli beş (%44,7) hastada ise herhangi bir semptom yoktu. Prag'ta yapılan ve 1999-2005 yıllarını kapsayan bir çalışmada 675 sifiliz hastasından 177(%26)'sinde semptom mevcut iken bizim çalışmamızda semptomu olan hasta sayısı 69 (%55,3) ile daha yüksekti.[138] Klinik bulgularıyla pek çok hastalığı taklit edebilen sifilizin günlük dermatoloji pratiğinde her tip deri ve mukoza lezyonunda akla getirilmesi ve tanıya yönelik testlerin istenmesinin önemi açığa çıkmaktadır.

Çalışmamızda semptomatik olan hastaların 18(%14,6)'sında genital bölgede şankr, 10(%8,1)'unda 2.devir genital lezyon (papül, erozyon, kondilom) , 14(%11,4)'ünde oral mukozada plak, 1(%0,8)'inde saçlı deride alopesi, 15(%12,2)'inde palmoplantar alanda skuamlı papüller, 29(%23,6)'sında gövdede skuamlı papüller, 1(%0,8) hastada ise atipik yerleşim olarak çenede şankr izlendi. Prag'ta yapılan çalışmada ise hastaların 72(%10,6)'sinde genital şankr, 4'ü(%0,6) ekstragenital şankr, 63(%9,4)'ünde makül ve papüller döküntü 20(%3)'sinde ise kondiloma lata bildirilmişti.[138] Yerleşim yeri oranlarına bakıldığında biz de çalışmamızda benzer veriler elde ettik.

Benzatin penisilin G tedavisi uygulanan toplam 47 hastadan iki doz uygulanan 32(%96,9) hastada düzelme bildirilmiştir. Çalışmalar erken sifilizde 2,4 milyon U benzatin

penisilin G tedavi başarısının tek dozda bile %90- %100 olduğu belirtilmektedir.[139] Bizim çalışmamızda da benzer başarı oranları sağlanmıştır. Ülkemizde 2 doz benzatin penisilin uygulanmasının amacı genellikle tedaviden emin olmaktır.

Genital herpese ait bizim çalışmamızda klinik verilerine ulaşılan 14 kadın hastanın 9(%64,3)'unda labium minörde, 9(%64,4)'unda labium majörde, 1(%7,1)'inde pubiste, 2(%14,3)'sinde anal bölgede lezyon olduğu görüldü. Melbourne'da yapılan 1980-2003 arasını kapsayan ve 25 372 kişinin tarandığı bir çalışmaya göre kadınların 5985 (%40)'ında vulvada 480(%3,2) hastada ise anal bölgede lezyon bildirilmiştir.[140] Bizim çalışmamızda klinik verilerine ulaşılan 6 erkek hastanın 4(%66,7)'ünde penis şaftında, 1(%16,7) 'inde skrotumda, 1(%16,7)'inde pubiste, 1(%16,7)'inde anal bölgede lezyon olduğu bildirilmişti. Melbourne'deki çalışmada ise 6957 (%66,7) hastada peniste, 815(%3,6) hastada ise anal yerleşim görülmüştür.[140] Peniste görülme oranı bizim çalışmamızla benzer ancak perinal bölge yerleşiminin çalışmamızda hem kadınlarda hem erkeklerde yüksek bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda yer alan hasta sayısı diğer çalışmalara kıyasla az olduğu için oranlar farklılık gösterebilmektedir.

Türkiye genelinde bildirilen sifiliz vaka sayısı ile polikliniğimizdeki sifiliz tanısı alan hasta sayısı karşılaştırılmıştır. Türkiye sifiliz vakalarında 2012 yılında 100.000 kişide 0,357 iken 2019 yılına kadar sürekli bir artış izlenmiş ve 3,01'e çıkmıştır. Vaka sayıları 2019-2020 yılları arasında %13'lük bir düşüşe uğramış ve 2020 yılında 100.000'de 2,60'a düşmüştür. Ardından 2020-2022 arasında vaka sayısı artmaya devam etmiş ve 2022 yılında 100.000'de 4,13'e ulaşmıştır. Buna göre 2019-2020 yılları arasında görülme sıklığı küçük bir düşüş gösterse de 2020'den sonra artış gözlenmektedir. Daha önce bildirilen sayılara göre düşük olmakla birlikte bu durumun bildiri eksikliğine bağlı olabileceğini düşünmekteyiz. Üniversitemizde ise yıllara göre artma ve azalmaların izlendiği düzensiz bir durum söz konusudur. Kocaeli ilinde bulunan diğer sağlık kuruluşlarının verilerinin ve hastanemizdeki diğer poliklinik başvurularının çalışmamıza dahil edilmemesi nedeniyle vaka sayısı Türkiye verileri ile paralellik göstermiyor olabilir. Aynı sebepten dolayı ve ayrıca çevre illerden de hastanemize başvuru olabilmesinden dolayı sifilizli olgu sayılarımızın Kocaeli iline ait verileri tam yansıtmayacağını düşünüyoruz.

Resmi olarak ülkemizde Mart 2020 – Mayıs 2023 tarihleri arası Covid-19 pandemisi kabul edilse de 2020,2021 ve 2022 yılları pandemiden en ağır etkilenmiş dönemlerdir. Çalışmamızda birçok açıdan bu pandeminin CYBE üzerindeki etkisi incelenmiştir. İlk

olarak polikliniğimizdeki olup toplam hasta sayıları yıllara göre incelendiğinde 2019-2020 yılları arasında %48,4'lük bir azalma izlenmiştir. 2020-2021 yılları arasında %8'lik bir azalma mevcutken 2021-2022 yılları arasında %43,4'lük bir azalma izlenmiştir. Ayrıca Covid-19 dönemi başlamadan önceki 2017-2019 yıllarını kapsayan üç yıllık süreç Covid-19 dönemini kapsayan 2020-2022 yıllarına ait üç yıllık süreçle kıyaslandığında %66,9 oranında azalma gözlenmiştir. İspanya'da Soriano ve ark. yaptığı bir çalışmada 2019-2020 yılları arasında klamidyada %17,2, gonorede %20,3, sifilizde %24, HIV'de ise %41 azalma olduğu görülmüştür. Soriano ve ark. 2020 yılında Covid-19 nedeniyle getirilen yasakların ve sosyal izolasyonun bu düşüşe neden olabileceğini ifade etmişlerdir.[141] Bizim çalışmamızda da benzer şekilde belirgin bir azalma izlenmiş olup bu durumun Covid-19 pandemisi nedeniyle getirilen sosyal izolasyon kurallar ve davranış değişiklikleriyle açıklanabileceğini düşünmekteyiz.

Anogenital siğil tanısı alan hasta sayısında 2019-2020 yılları arasında %49,3'lük bir azalma izlenmiştir. 2020-2021 yılları arasında %23,8'lik bir azalma mevcutken 2021-2022 arasında %40,6 azalma izlenmiştir. Covid-19 dönemi başlamadan önceki 2017-2019 yıllarını kapsayan üç yıllık süreç Covid-19 dönemini kapsayan 2020-2022 yıllarına ait üç yıllık süreçle kıyaslandığında anogenital siğil tanısına sahip hasta sayısı %69,5 oranında azalmıştır. Milano'da yapılan çok merkezli bir çalışmaya göre 2019'da 72 anogenital siğil başvurusu varken 2020'de bu sayı 18'e düşmüştür. Sonuç olarak 2019-2020 yılları arasında %75'lik bir azalma bildirilmiştir.[142] Bu çalışma sonuçları da bizim verilerimiz ile paralellik göstermektedir.

Polikliniğimizde sifiliz tanısı alan hasta sayısında 2019-2020 yılları arasında %46,6'lık bir azalma izlenmiştir, 2020-2021 yılları arasında %85,7'lik bir artış mevcutken 2021-2022 yılları arasında %53,8'lik bir azalma izlenmiştir. Covid-19 dönemi başlamadan önceki 2017-2019 yıllarını kapsayan üç yıllık süreç Covid-19 dönemini kapsayan 2020-2022 yıllarına ait üç yıllık süreçle kıyaslandığında sifiliz tanılı hasta sayısı %50 oranında azalmıştır. Pandemi önlemleri nedeniyle azalan sosyal ilişkiler hastalık bulaş riskinin azaltmış olabileceği gibi enfeksiyon korkusu veya iş-sosyal güvence kaybı gibi pandemiye bağlı sosyoekonomik etkiler nedeniyle hasta başvurusunun azalması gösterilebilir. Ülkemizde ise sifiliz tanısı alan hasta sayısında 2019-2020 yılları arasında %13'lük azalma izlenmiştir, 2020-2021 yılları arasında %28,6'lık bir artış mevcutken 2021-2022 yılları arasında %26,1'lik artış izlenmiştir. Covid-19 dönemi başlamadan önceki 2017-2019

yıllarını kapsayan üç yıllık süreç Covid-19 dönemini kapsayan 2020-2022 yıllarına ait üç yıllık veriyle kıyaslandığında sifiliz tanısına sahip hasta sayısı %29,8 oranında artmıştır. İspanya'da yapılan bir çalışmaya göre ülkede 2019 yılında bildirilen sifiliz vaka sayısı 5980 iken, 2020'de 4494, 2021'de 6613 olarak görülmüştür. Bu da 2019-2020 yılları arasında %24'lük biz azalma izlendiği, 2020-2021 yılları arasında %32'lik bir artış olduğu görülmektedir. Bu çalışma 2020 yılında Covid-19 nedeniyle getirilen yasakların ve sosyal izolasyonun bu düşüşe neden olduğunu, 2021 yılında yasakların kaldırılmasıyla tekrar bir artış olduğunu ifade etmektedir.[142] Bizim çalışmamızda da 2020 yılında %46,6'lik azalma mevcutken, 2021 yılında %85'7'lik bir artış izlenmiştir. Benzer şekilde Türkiye sifiliz verilerine göre de 2021 yılında %13'lük bir azalma izlenmişken, 2021 yılında %28,6'lık bir artış mevcuttur. Bu durum İspanya'daki çalışmada belirtildiği gibi yasakların ve eve kapanmanın daha yoğun olduğu 2020 yılında insanlar arasındaki sosyalleşmenin azalması ile açıklanabilir. Japonya'nın Osaka kentinde yapılan bir çalışmaya göre bildirilen sifiliz vakalarının sayısı 2019'da 1101, 2020'de 902, 2021'de 865 ve 2022'nin ilk yarısında 730 idi. Buna göre 2021'in ilk yarısında 353 vaka ve 2022'nin ilk yarısında 730 vaka olduğu dikkate alındığında artışın 2022'de yaklaşık 2 kat olduğu görülmektedir.[143] Bu çalışmada 2021-2022 yılları arasında sifiliz oranında artış olduğu izlenmektedir, benzer şekilde Türkiye sifiliz verilerinde %26,1'lik artış izlenmiştir.

Genital herpes tanısı alan hasta sayısı ise 2019-2022 yılları arasında sabit kalmıştır. Covid-19 dönemi başlamadan önceki 2017-2019 yıllarını kapsayan üç yıllık süreç covid-19 dönemini kapsayan 2020-2022 yıllarına ait üç yıllık veriyle kıyaslandığında genital herpesli hasta sayısı %75 oranında azalmıştır. Milano'da yapılan çok merkezli bir çalışmaya göre 2019'da 8 olan vaka sayısı 2020'de 3'e düşmüştür. Sonuç olarak 2019-2020 yılları arasında %62,5 oranında azalma bildirilmiştir.[142] Bizim çalışmamızda ise bu yıllar arasında sayı sabit kalmıştır.

Covid-19 pandemisinde sağlık kuruluşlarına olan başvuruların genel olarak azaldığı yaşadığımız bir gerçektir ve çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Bunun sebepleri arasında hastaların Covid-19 bulaşma korkusu nedeniyle hastaneye gitmekten kaçınılması olabileceği gibi aynı zamanda kliniklerin bulaşma riskini azaltmak için başvuru sayılarını sınırlaması, çalışan personel sayısını azaltması ve yüzyüze yapılan ziyaretlerin yerine teletıp uygulamalarına geçilmesinin rolü olabilir.[144] Bu gibi nedenlerle üniversite hastanemize yapılan başvuru sayılarında da 2020 ve 2021 yıllarında belirgin azalma

olduğu görülmüştür. Bu düşüşü de göz önüne alarak bir değerlendirme yapmak amacıyla polikliniğimize CYBE tanısı ile yapılan başvuru sayılarını o yıl polikliniğimize yapılan toplam başvuru sayılarına oranlayarak Covid-19 pandemisinin CYBE başvuruları üzerindeki etkisini sayılarla ortaya koymaya çalıştık. Buna göre 2019 yılında polikliniğimize %1,02 oranında CYBE başvurusu yapılmışken 2020'de bu oran %1,12, 2021'de %0,7, 2022'de ise %0,4 olarak sonuçlanmış ve her yıl yaklaşık olarak bir önceki yıla göre yarıya düşmüştür. Bu durum Covid-19 salgını nedeniyle azalan sosyal yaşamın muhtemel etkisi ile cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların oranında da azalma olduğu şeklinde de yorumlanabilir veya üstte belirtmeye çalıştığımız gibi değişik faktörlerle başvuru sayılarının azalmasında da kaynaklabilir.

Covid-19 salgını sırasında cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların azalmasının birden fazla nedeni vardır; bunların başında SARS-CoV-2 enfeksiyonu korkusu ile sağlık kuruluşu başvurularındaki azalma gelir.[145] Çocuk ve yetişkin başvuruları için Amerika Birleşik Devletleri'nde bu durumlar gözlenmiş olup birçok kişi rutin randevularına gitmemiştir.[146] Ek olarak, iş kaybı ve sigorta kapsamının bozulması gibi Covid-19'un önemli küresel ve yerel sosyoekonomik etkileri olmuştur. [147] Dolayısıyla kişilerin cinsel yolla bulaşan hastalık taramaları da dahil olmak üzere özel bakım tıbbi randevularından kaçınmak için geçerli bir neden olmuştur. Bir diğer önemli neden ise sosyal izolasyon nedeniyle azalan cinsel aktivite, cinsel yolla bulaşan hastalıkların riskinin azalmasına ve dolayısıyla daha az test yapılmasına yol açmış olabilir. [144] Bu nedenlerin her biri, Covid-19 salgını sırasında cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların azalmasına muhtemelen katkıda bulunmuştur.

6.SONUÇLAR

1. Çalışmamıza dahil edilen 1284 hastanın 1098'i (%86) anogenital siğil, 146'sı (%11) sifiliz ve 40'ı (%3) genital herpes tanısı almıştı.
2. Anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes tanılı olgular yaş aralıklarına göre sınıflandırıldığında adölesan dönemi de kapsayan 10-24 yaş aralığında toplam 250 hasta olduğu görülmüştür. En fazla hasta sayısı ise 25-39 yaş aralığında 660 kişi olarak izlenmiştir. 40-54 yaş aralığında 240, 55-69 yaş aralığında 83, 70 yaş ve üstünde ise 13 hasta olduğu görülmüştür. 0-10 yaş aralığındaki 34 hastada anogenital siğil bildirilmiş olup bu vakalarda cinsel yolla bulaşın olup olmadığı net değildir.
3. Tüm hastaların yaş ortalaması 33,89 ± 12,804 olarak bulundu. Median değer ise 31 idi. Anogenital siğilde yaş ortalaması 33.13 ± 12,467 iken median değer 31'di. Sifilizde yaş ortalaması 39,82 ± 13,735 iken median değer 38'di. Genital herpeste ise yaş ortalaması 32,98± 13,101 iken median değer 29'du. Sifilizde yaş ortalaması anogenital siğil ve genital herpese göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.
4. Polikliniğimizde anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes başlıkları birlikte değerlendirildiğinde toplam 1284 hastanın %26,6'sını kadın hastalar oluşturmaktayken, %73,4'ünü erkek hastalar oluşturmaktaydı. Anogenital siğil tanısı olan toplam 1098 hastanın %25.3'ü kadın; %73,7'si erkekti. Sifiliz tanısı olan toplam 146 hastanın %24'ü kadın; %76'sı erkekti.
5. Yıllara göre CYBE hastalarının dağılımına bakıldığında 2005'te 4 hasta; 2006'da 17 hasta; 2007'de 52 hasta; 2008'de 85 hasta; 2009'da 92 hasta; 2010'da 78 hasta; 2011'de 85 hasta; 2012'de 92 hasta; 2013'de 60 hasta; 2014'te 72 hasta; 2015'te 83 hasta; 2016'da 73 hasta; 2017'de 127 hasta; 2018'de 145 hasta; 2019'da 97 hasta 2020'de 50 hasta; 2021'de 46 hasta 2022'de 26 hasta olduğu görülmektedir.
6. Yıllara göre anogenital siğil dağılımına bakıldığında 2005'te 3; 2006'da 13; 2007'de 44; 2008'de 71; 2009'da 86; 2010'da 73; 2011'de 81; 2012'de 87; 2013'te 56; 2014'te 62; 2015'te 70; 2016'da 54; 2017'de 98; 2018'de 124; 2019'da 83; 2020'de 42; 2021'de 32; 2022'de 19 hasta olduğu görülmektedir.
7. Yıllara göre sifiliz dağılımına bakıldığında 2005'te 1; 2006'da 3; 2007'de 8; 2008'de 11; 2009'da 5; 2010'da 3; 2011'de 4; 2012'de 3; 2013'te 3; 2014'te 7; 2015'te 7; 2016'da 13;

2017’de 24, 2018’de 15, 2019’da 13; 2020’de 7; 2021’de 13; 2022’de 6 hasta olduğu görülmektedir.

8. Yıllara göre genital herpes dağılımına bakıldığında 2005’te 0; 2006’da 1; 2007’de 0; 2008’de 3; 2009’da 1; 2010’da 2; 2011’de 0; 2012’de 2; 2013’te 1; 2014’te 3; 2015’te 6; 2016’da 6; 2017’de 5, 2018’de 6, 2019’dahasta ve 2019,2020,2021 ve 2022 yıllarında 1’er hasta olduğu görülmektedir.
9. Anogenital siğil hastalarında yerleşim alanı değerlendirildiğinde 115 kadın hastanın 48 (%41,7)’inde labium majör, 23 (%20)’ünde labium minör, 17(%14,8)‘sinde pubis ve 40 (%34,8) hastada anal tutulum vardı. Dört (%3,4) kadın hastanın tutulum alanı ile ilgili veri yoktu. Dört yüz altı erkek hastanın 28 (%6,9)’unda glans penis, 164 (%40,4)’ünde penis şaftı, 50 (%12,3)’sinde skrotum, 178(%43,8) pubis, 82 (%20,2) ’sinde anal tutulum izlendi. 39 (%9,6) erkek hastanın tutulum alanı ile ilgili veri yoktu.
10. Anogenital siğilli olgularda 1098 hastadan 854’ünde Anti-HIV bakılmış olup bunlardan 15 (%1,8)’i pozitif 839(%98,2)’u ise negatif olarak sonuçlanmıştır. Hastaların 745’inde HbsAg bakılmış olup bunlardan 22 (%3)’ü pozitif 723 (%97)’ü negatif sonuçlanmıştır. Hastaların 604’ünde Anti-Hbs bakılmış olup 403(%66,7)’sinde pozitif, 201(%33.3)’ünde negatif sonuçlanmıştır. Hastaların 790’ında Anti-HCV bakılmış olup 9(%1.1)’unda pozitif, 781(%98,9)’unda negatif sonuçlanmıştır. Hastaların 780’inde VDRL bakılmış olup 16(%2,1)’si pozitif, 764(%97.9)’ünde negatif sonuçlanmıştır. Hastaların 427’sinde TPHA bakılmış olup 19(%4,4)’ünde pozitif 408(%95,6)’sında negatif sonuçlanmıştır.
11. Anogenital siğil tanılı hastaların 56’sında HPV PCR incelemesi yapılmış olup 39(%69,6)’unda HPV Tip 6; 4(%7,1)’ünde HPV Tip 11, 1 (%1,8) ’inde HPV Tip 42, 1(%1,8)’inde HPV Tip 82 tespit edilmiştir. 11(%19,7) hastada ise negatif olarak sonuçlanmıştır.
12. Anogenital siğil tanılı hastaların tedavi etkinliklerin değerlendirildiğinde kriyoterapi uygulanan hastaların %78’sinde, elektrokoterizasyon uygulanan hastaların %91’inde podofilin tedavisi uygulanan hastaların %64’ünde, imikuimod (%5) krem tedavisi uygulanan hastaların %76’sında, 5-Fluorourasil solüsyon tedavisi uygulanan hastaların %81,8’inde, cerrahi tedavi uygulanan hastaların %100’ünde ve kantaridin tedavisi uygulanan hastaların %50’sinde düzelme olduğu bilgisi vardı.
13. Sifilizli hastalardan klinik verileri yer alan 123 hastadan 68(%55,3)’inde klinik bulgu varken 55(%44,7)’inde klinik bulgu bildirlmemiştir. Sifilizli hastalardan muayenede

lezyon saptananlar arasımda 18(%14,6)'sında genital bölgede şankr, 10(%8,1)'unda 2.devir genital lezyon, 14(%11,4)'ünde oral mukozada plak, 1(%0,8)'inde saçlı deride alopesi, 15(%12,2)'inde palmoplantar bölgede skuamlı papüller, 29(%23,6)'sında gövdede skuamlı papüller, 1(%0,8) hastada ise atipik yerleşim olarak çenede şankr izlendi.

14. Sifiliz tanısı alan toplam 146 hastanın 27(%18.5)'si 1.evre sifiliz, 42(%28,8)'si 2.evre sifiliz, 53(%36,3)'ü latent sifiliz, 5(%3,4)'i tersiyer sifiliz tanısı almıştı. Hastalara tanı konulduğu anda hastalık üzerinden ne kadar süre geçtiğine dair bir veri bulunmamasından dolayı latent evre erken ve geç olmak üzere sınıflandırılamamıştır. On dokuz (%13) sifiliz hastasının evresi belirtilmemişti.
15. Toplam 146 sifiliz hastasının 134'ünde Anti-HIV bakılmış olup bunlardan 15(%11,2)'si pozitif, 119(%88,9)'u negatif olarak sonuçlanmıştır, 122 hastada HbsAg bakılmış olup 2(%1,6)'si pozitif olup, 120(%98,4)'si negatif olarak sonuçlanmıştır, 105 hastada Anti-HbsAg bakılmış olup 36(%34,3)'sı pozitif 69(%65,7)'u negatif olarak sonuçlanmıştır, 124 hastada Anti-HCV bakılmış olup 1(%0,8) hastada pozitif olup 123(%99,2)'ü negatif olarak sonuçlanmıştır.
16. Sifilizli 146 hastanın 145'inde VDRL/RPR çalışılmış olup 11(%7,6) hastada zayıf pozitif, 28(%19,3) hastada 1/2 , 19 (%13,1) hastada 1/4 , 17 (%11,7) hastada 1/8, 21(%14,5) hastada 1/16, 17(%11,7) hastada 1/32, 11(%7,6) hastada 1/64, 2(%1,4) hastada 1/128, 1 (%0,7) hastada 1/1024 , 1(%0,7) hastada 1/1320 titrelerinde pozitif olarak sonuçlanmıştı; 17(%11,7) hastada ise negatif sonuçlandığı görüldü. Hastaların 144'ünde TPHA bakılmış olup 141(%97,9) hastada pozitif, 3 hastada (%2,1) negatif olarak sonuçlanmıştır, 92 hastada sifiliz ELİSA bakılmış olup tümü pozitif olarak sonuçlanmıştır.7
17. Toplam 146 sifilizli olgudan 125'inde verilen tedaviye ait veriye ulaşıldı. Tedavi etkinliği klinik olarak değerlendirildiğinde hastalardan 7(%5,6)'sine tek doz benzatin penisilin IM olarak uygulanmıştı ancak bu hastalarda tedavi etkinliğine dair veri bulunamadı. Hastalardan 60(%48)'ına 2 doz benzatin penisilin IM olarak uygulanmıştı. Bu hastalardan tedavi etkinliği verisine ulaşılabilen 33 hastanın 32(%96,9)'sinde düzelme varken 1(%3,1) hastada düzelme izlenmedi. Sifilizli olgulardan 47(%37,6) 'sine 3 doz benzatin penisilin IM olarak uygulanmıştı. Tedavi etkinliğine dair veri bulunan 14(%100) hastanın tümünde klinik bulgularda düzelme bildirilmişti.
18. Sifilizli olgularda tedavi etkinliği ayrıca non-tropenemal bir test olan VDRL titrasyon değerinde 4 kat azalma olup olmamasına göre serolojik olarak da değerlendirildi. Tek doz

benzatin penisilin tedavisi uygulanan hastalardan 1'ine dair veri bulundu ve (%100) serolojik düzelme olduğu görüldü. İki doz benzatin penisilin uygulanan hastalardan 32'sine ait veri bulundu ve bunlardan 26(%81,25)'sında serolojik düzelme varken 6 (%18,75)'sında VDRL titrasyon değerinde yeterli azalmanın elde edilemediği görüldü. Üç doz benzatin penisilin uygulanan hastalardan 22'sine ait veri bulundu ve bunlardan 10 (%45,4)'unda serolojik düzelme varken 12(%54,6)'sinde yeterli azalmanın elde edilemediği görüldü.

19. Toplam 40 genital herpes tanılı hastadan 20(%50)'sine ait klinik verilere ulaşıldı. Bu hastaların dermatolojik muayenesindeki elementer lezyonları değerlendirildiğinde 7(%35)'sinde vezikül, 4(%20)'inde erozyon, 9(%45)'unda ülser bildirilmişti. Klinik verilerine ulaşılan 14 kadın hastanın 9(%64,3)'unda labium minörde, 9(%64,4)'unda labium majörde, 1(%7,1)'inde pubiste, 2(%14,3)'sinde anal bölgede lezyon kaydedilmişti. Klinik verilerine ulaşılan 6 erkek hastanın 4(%66,7)'ünde penis şaftında, 1(%16,7) 'inde skrotumda, 1(%16,7)'inde pubiste, 1(%16,7)'inde anal bölgede lezyon olduğu bildirilmişti.
20. Genital herpes tanılı hastalardan yirmi sekiz hastada anti-HIV bakılmış olup 1(%3,6)'inde pozitif, 27(%96,4)'sinde negatif sonuçlanmıştı. Yirmi beş hastada HbsAg bakılmış olup tümü(%100) negatif bulunmuştu.Yirmi iki hastada Anti-HbsAg bakılmış olup 7(%31,8)'sinde pozitif, 15(%68,2)'sinde negatif sonuçlanmıştı. Yirmi beş hastada anti-HCV bakılmış olup tümü(%100) negatif bulunmuştu. Yirmi yedi hastada VDRL bakılmış olup 2(%7,4) hastada pozitif, 25(%92,6) hastada negatif olarak sonuçlanmıştı. Yirmi hastada TPHA bakılmış olup 1(%5) hastada pozitif, 19 (%95) hastada negatif olarak sonuçlanmıştı
21. Kırk genital herpes hastasının 31'ine uygulanan tedavi ile ilgili veri elde edilmiştir. Oral asiklovir tedavisi uygulanan 19 (%61,3) hastanın 7'sinde tedavi etkinliği verisine ulaşılan 4(%57,1) hastada düzelme , 3(%42,9) hastada ise düzelme olmadığı bildirilmiştir. 2(%6,5) hastaya parenteral asiklovir tedavisi uygulanmış ve hastaların tümünde (%100) klinik düzelme sağlanmıştı. Valasiklovir tedavisi uygulanan 10 hastadan tedavi etkinliğine ulaşılan 5 hastanın tamamında düzelme vardı.
22. Türkiye'de bildirilen sifiliz verilerinin yıllara göre dağılımına bakıldığında 2006'da 507; 2007'de 358; 2008'de 450; 2009'da 682; 2010'da 458; 2011'de 383; 2012'de 281; 2013'te 386; 2014'te 448; 2015'te 502; 2016'da 861; 2017'de 1655, 2018'de 2393, 2019'da 2508; 2020'de 2177; 2021'de 2801; 2022'de 3533 hasta yer almıştır.

23. Anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes tanılı hasta sayılarının; polikliniğimize başvuran ve mükerrer hastaların da dahil edildiği başvuru sayıları ile oranlarına bakıldığında 2005'te %0,06; 2006'da %0,54; 2007'de %0,73; 2008'de %1,5; 2009'da %2,3; 2010'da %1,6; 2011'de %1,7; 2012'de %1,5; 2013'te %1,1; 2014'te %1,4; 2015'te %0,94; 2016'da %0,74; 2017'de %1,17, 2018'de %1,25, 2019'da 1,02; 2020'de %1,12; 2021'de %0,7; 2022'de %0,4 olarak sonuçlanmıştır. Yalnızca anogenital siğil oranlarına bakıldığında ise 2005'te %0,03; 2006'da %0,43; 2007'de %0,56; 2008'de %1,24; 2009'da %2,07; 2010'da %1,54; 2011'de %1,64; 2012'de %1,43; 2013'te %1,11; 2014'te %1,3; 2015'te %0,75; 2016'da %0,57; 2017'de %1,95, 2018'de %1,07, 2019'da 0,88; 2020'de %0,97; 2021'de %0,61; 2022'de %0,03 olarak sonuçlanmıştır.
24. Covid-19 salgınının en yoğun olarak izlendiği 2019-2020 yılları arasında Türkiye genelinde bildirilen sifiliz vakalarında %13'lük bir düşüş izlenmekte olup polikliniğimizde sifiliz tanısı alan hasta sayısında ise %46,6 oranında bir düşüş izlenmiştir. Ülkemizde ise sifiliz tanısı alan hasta sayısında 2019-2020 yılları arasında %13'lük azalma izlenmiştir, 2020-2021 yılları arasında %28,6'lık bir artış mevcutken 2021-2022 yılları arasında%26,1'lik artış izlenmiştir. Covid-19 dönemi başlamadan önceki 2017-2019 yıllarını kapsayan üç yıllık süreç Covid-19 dönemini kapsayan 2020-2022 yıllarına ait üç yıllık veriyle kıyaslandığında sifiliz tanısına sahip hasta sayısı %29,8 oranında artmıştır.
25. Anogenital siğil, sifiliz ve genital herpes tanılı hastaların tümüne bakıldığında Covid-19 dönemi başlamadan önceki 2017-2019 yıllarını kapsayan üç yıllık süreç covid-19 dönemini kapsayan 2020-2022 yıllarına ait üç yıllık veriyle kıyaslandığında %66,9 oranında azalmıştır. Aynı şekilde kıyaslandığında anogenital siğil tanısına sahip hasta sayısı %69,5 oranında, sifiliz tanısına sahip hasta sayısının %50 oranında azalmıştır.

7.ÖZET: Dermatoloji Polikliniği Başvurularında Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar: Üçüncü Basamak Sağlık Kurumu Deneyimi

Giriş ve Amaç: Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) görülme sıklıklarında tüm dünyada belirgin bir artış gözlenmektedir. Bu retrospektif çalışmada polikliniğimize başvuran anogenital siğil(AGS), sifiliz ve genital herpes hastalarının klinik ve demografik özellikleri ile Covid-19 pandemisinin bu hastalıkların sıklığına etkisi incelenmiştir. Ayrıca ülkemize ait sifiliz bildirimlerinin yıllara göre değişimi gözden geçirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniğine 2005-2022 yılları arasında başvuran ve hastane kayıt sisteminde 'Anogenital siğil (AGS), Sifiliz ve Genital herpes' tanı kodu olan hastalar çalışmamıza dahil edildi. Ülkemize ait 2006-2022 yıllarını kapsayan sifiliz verileri ise Sağlık Bakanlığının resmi internet sitesinden elde edildi.

Bulgular: Polikliniğimizde 2005-2022 yılları arasında değerlendirilen toplam 1284 CYBE hastasının %26,6'sı kadın, %73,4'ü erkekti ve bunların %60,1'ini 24-39 yaş aralığındaki bireyler oluşturmaktaydı. Sırasıyla anogenital siğil 1098 (%86), sifiliz 146 (%11) ve herpes genitalis 40(%3) hastada bildirilmişti. Toplam CYBE'li hasta sayısı 2005'te 4 iken 2018 yılında 145 hasta ile en yüksek sayıya ulaştığı görülmüştür. Covid-19 pandemisi öncesi 2017-2019 yıllarını kapsayan süre, pandemiyi kapsayan 2020-2022 yılları ile kıyaslandığında polikliniğimizde tanı konulan CYBE hastalarında %66,9 azalma görüldü. Türkiye'de sifiliz görülme insidansı 100.000 kişide 2012'de 0,357; 2019'da 3,01; 2020'de 2,60; 2022'de 4,13 olarak hesaplandı. Ülkemizde sifiliz tanılı hasta sayısında 2019-2020'de %13'lük azalma, 2020-2021'de %28,6'lık artış, 2021-20222'de %26,1'lik artış izlenmiştir. Covid-19 pandemisi öncesi 2017-2019 yıllarıyla, pandemi dönemini kapsayan 2020-2022 yılları kıyaslandığında ülkemizdeki bildirimi yapılan sifiliz olgu sayısının %29,8 arttığı görülmüştür.

Sonuç: Retrospektif çalışmalarda kayıtların yetersizliği sorun olmakla birlikte polikliniğimizde CYBE'de yıllara göre artış ve pandemide belirgin azalma gözlenmiştir. Ülkemizdeki sifilizli olgu sayılarında da 2012 yılından 2022'ye kadar artış olduğu ve bu artışın Covid-19 pandemi döneminde de devam ettiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sifiliz, Anogenital siğil, Herpes Genitalis, Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, Türkiye

7.ABSTRACT: Sexually Transmitted Infections in Dermatology Outpatients: A Tertiary Health Care Institution Experience

Introduction and Objective: The prevalence of sexually transmitted infections (STIs) has been increasing worldwide. This retrospective study examines the clinical and demographic characteristics of patients with anogenital warts (AGW), syphilis, and genital herpes in our clinic and evaluates the COVID-19 pandemic's impact on their frequency. Additionally, the changes in reported syphilis cases in Turkey over the years were reviewed.

Materials and Methods: Patients diagnosed with "Anogenital warts (AGW), Syphilis, and Genital herpes" at Kocaeli University Dermatology Clinic between 2005 and 2022 were included. Syphilis data in Turkey from 2006 to 2022 were obtained from the Ministry of Health's official website.

Results: A total of 1284 STI patients were evaluated in our clinic between 2005 and 2022, with 26.6% female, 73.4% male, and 60.1% aged 24-39 years. Anogenital warts, syphilis, and herpes genitalis were reported in 1098 (86%), 146 (11%), and 40 (3%) patients, respectively. STI cases increased from 4 in 2005 to a peak of 145 in 2018. Comparing 2017-2019 (pre-pandemic) to 2020-2022 (pandemic), a 66.9% decrease in STI diagnoses was observed in our clinic.

In Turkey, syphilis incidence was 0.357 per 100,000 in 2012, 3.01 in 2019, 2.60 in 2020, and 4.13 in 2022. The number of syphilis cases decreased by 13% in 2019-2020 but increased by 28.6% in 2020-2021 and 26.1% in 2021-2022. Reported syphilis cases in Turkey increased by 29.8% during the pandemic period (2020-2022) compared to the pre-pandemic years (2017-2019).

Conclusion: Despite limitations in retrospective records, a notable rise in STI cases was observed in our clinic over the years, with a significant decline during the pandemic. National syphilis cases showed a consistent increase from 2012 to 2022, continuing during the pandemic period.

Keywords: Syphilis, Anogenital warts, Herpes Genitalis, Sexually transmitted infections, Turkey

9. KAYNAKÇA

1. Hughes G, Lowndes C.M. Epidemiology of sexually transmitted infections: UK. Medicine, 2014;42(6):281-286.
2. Hughes G, Field N. The epidemiology of sexually transmitted infections in the UK: impact of behavior, services and interventions. Future Microbiol. 2015;10(1):35-51.
3. Mäki-Koivisto V, Sinikumpu SP, Jokelainen J, Aho-Laukkanen E, Junttila IS, Huilaja L. Impact of COVID-19 pandemic on the incidence of sexually transmitted infections in Northern Finland in 2019 to 2022. Acta Derm Venereol. 2022 19;102:adv00795.
4. Pearson W.S, Peterman T.A, Gift TL. An increase in sexually transmitted infections seen in US emergency departments. 2017;100:143-144.
5. Kessler R, Hinkle BT, Moyers A, Silverberg B. Adolescent sexual health identity, risk, and screening for sexually transmitted infections. CCOP 2020;47: 367-382
6. Castellsague X, Cohet C, Puig-Tintore LM ve ark. Epidemiology and cost of treatment of genital warts in Spain: EUPHA 2009 19(1):106-10.
7. Marra F, Ogilvie G, Colley L, Kliewer E, Marra C.A Epidemiology and costs associated with genital warts in Canada. Sex Transm Infect 2009;85:111–115.
8. Cole S, Herpes simplex virus epidemiology, diagnosis, and treatment. Nurs Clin N Am 2020;55: 337–345
9. Paz-Bailey G, Ramaswamy M, Hawkes SJ, Geretti AM. Herpes simplex virus type 2: epidemiology and management options in developing countries. Postgrad Med J 2008;84:299–306.
10. Kusumawaty M, Djawad K, Massi MN, Adam AM, Wahab S, Bahar B. Sero-epidemiology and risk factors of syphilis in Makassar, Indonesia. Serbian Journal of Dermatology and Venereology, 2019;11(2):43-49.
11. Kojima N, Klausner JD. An update on the global epidemiology of syphilis, Curr Epidemiol Rep 2018;5(1):24-38.
12. Tucker JD, Cohen MS. China's syphilis epidemic: epidemiology, proximate determinants of spread, and control responses Curr Opin Infect Dis. 2011;24(1):50-5.
13. Bjekić M, Šipetić-Grujičić S, Begović-Vuksanović B, Rafailović N, Vlajinac H. Syphilis resurgence in Belgrade, Serbia, in the new millennium: An outbreak in 2014. Cent Eur J Public Health. 2017; 25(4):277-281.

14. Bonett S, Tam V, Singapur A, Min J, Koenig HC, Wood SM Incidence of syphilis infection and syphilis-related care utilization among adolescents and young adults living with HIV. International journal of STD & AIDS, 2022; 33(2), 136-143.
15. A.Wikstrom, J. Ross: C J N Lacey 1, S C Woodhall, A Wikstrom, J Ross 2012 European guideline for the management of anogenital warts J Eur Acad Dermatol Venereol 2013 Mar;27(3):e263-70.
16. Bolognia JL, Jorizzo JL. Rapini Dermatoloji, 2.Basım China: Saunders Elseiver,2012:1183-1263.
17. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 Jul 23;70(4):1-187.
18. Boshart M, Gissmann L, Ikenberg H, Kleinheinz A, Scheurlen W, zur Hausen H. A new type of papillomavirus DNA, its presence in genital cancer biopsies and in cell lines derived from cervical cancer. EMBO J.1984;3(5):1151–7.
19. Beutner KR. Nongenital human papillomavirus infections. Clin Lab Med. 2000;20(2):423-30.
20. Munoz N, Bosch FX, Munoz N ve ark. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N Engl J Med 2003;348(6):518–27.
21. Patel H, Wagner M, Singhal P, Kothari S. Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. BMC Infect Dis. 2013;13:39.
22. Forman D, de Martel C, Lacey C. Global burden of human papillomavirus and related diseases. Vaccine 2012;30:F12–F23.
23.Burchell AN, Coutlee F, Tellier PP, Hanley J, Franco EL. Genital transmission of human papillomavirus in recently formed heterosexual couples. J Infect Dis. 2011;204:1723–1729.
24. Bruni L, Diaz M, Castellsague X, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjose S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. J Infect Dis 2010;202:1789–1799.
25. Anic GM, Lee JH, Stockwell H. Incidence and human papillomavirus (HPV) type distribution of genital warts in a multinational cohort of men: the HPV in men study. J Infect Dis. 2011;204:1886–1892.

26. Ramin Fathi ,Maria M Tsoukas, Ramin Fathi ,Maria M Tsoukas Genital warts and other HPV infections: established and novel therapies Clin Dermatol. 2014;32(2):299-306.
27. Costa-Silva M, Fernandes I, Rodrigues AG, Lisboa C. Anogenital warts in pediatric population. An Bras Dermatol. 2017;92(5):675-681.
28. De Villiers EM, Fauquet C, Broker TR. De Villiers EM, Fauquet C, Broker TR. Classification of papilloma viruses. Virology 2004;324:17-27.
29. Steben M, Garland SM. Genital warts. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(7):1063-73.
30. Stanley MA. Human papillomavirus vaccines. Curr Opin Mol Ther. 2002;4:15–22.
31. Chandra J, Miao Y, Romoff N, Frazer IH. Epithelium expressing the e7 oncoprotein of hpv16 attracts immune-modulatory dendritic cells to the skin and suppresses their antigen-processing capacity. PLoS One. 2016;11:e0152886.
32. Barnard P, McMillan NA. The human papillomavirus E7 oncoprotein abrogates signaling mediated by interferon-alpha. Virology. 1999;259:305–13.
33. Oriel JD. Natural history of genital warts. Br J Vener Dis 1971; 47: 1–13.
34. Jin F, Prestage GP, Kippax SC. Risk factors for genital and anal warts in a prospective cohort of HIV-negative homosexual men: the HIM study. Sex Transm Dis. 2007;34:488-493.
35.Sonnex C, Scholefield JH, Kocjan Get al. Anal human papillomavirus infection in heterosexuals with genital warts: prevalence and relation with sexual behaviour. BMJ 1991;303:1243.
36. Yanofsky VR, Patel RV, Goldenberg G. Genital warts: a comprehensive review. J Clin Aesthet Dermatol.2012;5:25.
37. Drezett J, Vasconcellos RM, Pedroso D, Blake MT, Oliveira AG, Abreu LZ. Transmission of anogenital warts in children and association with sexual abuse. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2012;22:34–40.
38. Albuquerque A, Medeiros R. New insights into the role of human papillomavirus in anal cancer and anal wart development. Acta Cytol. 2019;63(2):118-123.
39. Stefanaki C, Barkas G, Valari M, Bethimoutis G, Nicolaidou E, Vosynioti V. Condylomata acuminata in children. Pediatr Infect Dis J. 2012;31:422-424.
40. Robins Temel Patoloji, 9.Philadelphia: Saunders Elsevier. 2014:851-870.

41. Kirby P, Dunne A, King DH, Corey L. Double-blind randomized clinical trial of self-administered podofilox solution versus vehicle in the treatment of genital warts. Am J Med 1990; 88: 465–469.
42. Komericki P, Akkilic-Materna M, Strimitzer T, Aberer W. Efficacy and safety of imiquimod versus podophyllotoxin in the treatment of anogenital warts. Sex Transm Dis 2011;38:216–218.
43. Tatti S, Swinehart JM, Thielert C, Tawfik H, Mescheder A, Beutner KR. Sinecatechins, a defined green tea extract, in the treatment of external anogenital warts: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2008;111:1371–1379.
44. Stefanaki C, Katzouranis I, Lagogianni E. Comparison of cryotherapy to imiquimod 5% in the treatment of anogenital warts. Int J STD AIDS 2008;19:441–444.
45. Godley MJ, Bradbeer CS, Gellan M, Thin RN. Cryotherapy compared with trichloroacetic acid in treating genital warts. Genitourin Med 1987;63:390–392.
46. Jensen SL. Comparison of podophyllin application with simple surgical excision in clearance and recurrence of perianal condylomata acuminata. Lancet 1985;2:1146–1148.
47. Azizjalali M, Ghaffarpour GH, Mousavifard B. CO2 laser therapy versus cryotherapy in treatment of genital warts; a randomized controlled trial (RCT). Iran J Microbiol. 2012;4:187–190.
48. Sterling JC, Gibbs S, Haque Hussain SS, Mohd Mustapa MF, Handfield-Jones SE. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of cutaneous warts 2014. Br J Dermatol. 2014;171(4):696-712.
49. M. Tampa, I. Sarbu, C. Matei, V. Benea, S.R. Georgescu. Brief history of syphilis. J Med Life, 2014;7(1):4-10.
50. Schaudinn FR, Hoffmann E. Vorlaufiger bericht uber das vorkommen von spirochaeten in syphilitischen krakheitsproducten und bei papillomen. Arbeiten aus dem K gesundheitsamte 1905;22:527.
51. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ 2019;97:548.
52. World Health Organization. Report on globally sexually transmitted infection surveillance, 2015. Erişim: 3 Mayıs 2024 https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections

53.United States Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2021. Erişim: 5 Nisan 2024 https://www.cdc.gov/sti/about/index.html
54. United States Centers for Disease Control and Prevention Impacrt of COVID-19 on STDs. December 19, 2023 Erişim: 2 Nisan 2024 https://www.cdc.gov/sti/about/index.html
55. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı, Sifiliz İstatistikleri 2022 Erişim: 27 Eylül 2023 https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-bulasicihastaliklar.html . 1
56. Norris SJ, Cox DL, Weinstock GM Biology of *treponema pallidum*: correlation of functional activities with genome sequence data. J. Mol. Microbiol. Biotechnol. 2001;3:37–62.
57. Radolf JD, Lukehart SA in Pathogenic Treponemes: Cellular and Molecular Biology Horizon Scientific Press 2006;285–322.
58. LaFond RE, Lukehart SA. Biological basis for syphilis. Clin. Microbiol. Rev. 2006;19:29–49.
59. Cameron CE, Brouwer NL, Tisch LM, Kuroiwa JMY. Defining the interaction of the Treponema pallidum adhesin Tp0751 with laminin. Infect Immun. 2005;73:7485–7494.
60. Thomas DD. Treponema pallidum invades intercellular junctions of endothelial cell monolayers. Proc Natl Acad Sci 1988;85:3608–3612.
61. Cruz AR. Immune evasion and recognition of the syphilis spirochete in blood and skin of secondary syphilis patients: two immunologically distinct compartments. PLoS Negl. Trop. Dis. 2012;6:1717
62. Bouis DA, Popova TG, Takashima A, Norgard MV. Dendritic cells phagocytose and are activated by Treponema pallidum. Infect. Immun. 2001;69:518–528.
63. Stary G.Host defense mechanisms in secondary syphilitic lesions. Am J Pathol. 2010;177:2421–2432.
64.Radolf JD, Tramont EC, Salazar JC in Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 8th edn 2014;2684–2709.
65. Sparling PF. Natural history of syphilis. In: Sexually Transmitted Diseases, Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, et al (Eds), McGraw-Hill, New York 1990. p.213.
66 Musher D. Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA. Early syphilis in: sexually transmitted diseases, McGraw-Hill, New York. 1999;479:7.

67. Clark EG, Danbolt N. The Oslo study of the natural course of untreated syphilis: An epidemiologic investigation based on a re-study of the Boeck-Bruusgaard material. Med Clin North Am 1964;48:613.
68. Pleimes M, Hartschuh W, Kutzner H. Malignant syphilis with ocular involvement and organism-depleted lesions. Clin Infect Dis 2009;48:83.
69.Chapel TA. The signs and symptoms of secondary syphilis. Sex Transm Dis 1980;7:161.
70. Chiu HH, Wu CS. Alopecia syphilitica. Indian J Sex Transm Dis AIDS. 2017;38(2):192-193.
71. D'Amico R, Zalusky R. A case of lues maligna in a patient with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Scand J Infect Dis 2005;37:697.
72. Ferrándiz-Pulido C, Ferrer B, Salcedo MT.. Secondary syphilis with liver involvement in a liver transplant recipient. Transpl Infect Dis 2021;23:e13431.
73. Hunte W, al-Ghraoui F, Cohen RJ. Secondary syphilis and the nephrotic syndrome. J Am Soc Nephrol 1993;3:1351.
74. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Comparison of early and late latent syphilis Colorado, 1991. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1993;42(8):155-7.
75. Gjestland T. The Oslo study of untreated syphilis: An epidemiologic investigation of the natural course of the syphilitic infection based upon a study of the Boeck-Bruusgard material. Acta Derm. Venereol. Suppl. (Stockh.) 1955;35:3–368.
76. Kennedy JL, Barnard JJ, Prahlow JA. Syphilitic coronary artery ostial stenosis resulting in acute myocardial infarction and death. Cardiology 2006;105:25.
77. Fargen KM, Alvernia JE, Lin CS, Melgar M. Cerebral syphilitic gummata: a case presentation and analysis of 156 reported cases. Neurosurgery 2009;64:568.
78. Zheng D, Zhou D, Zhao Z, et al. The clinical presentation and imaging manifestation of psychosis and dementia in general paresis: a retrospective study of 116 cases. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2011;23:300.
79. Tatu L, Bogousslavsky J. Tabes dorsalis in the 19th century. The golden age of progressive locomotor ataxia. Rev Neurol (Paris). 2021;177(4):376-384.
80. James WD, Elston DM, Treat JR, Rosenbach MA, Neuhaus IM, Wu Q ,Andrews' Diseases of the Skin 13th Edition, China, Sounders Elsevier; 2020:347-421

81. Satyaputra F, Hendry S, Braddick M, Sivabalan P, Norton R. The laboratory diagnosis of syphilis. J Clin Microbiol. 2021;59(10):e0010021.
82. Pillay A. 2018. Centers for Disease Control and Prevention syphilis summit-diagnostics and laboratory issues. Sex Transm Dis 45:S13–S16.
83. Larsen SA. Syphilis. Clin Lab Med 1989;9:545.
84. Romanowski B, Sutherland R, Fick GH. Serologic response to treatment of infectious syphilis. Ann Intern Med 1991;114:1005.
85. Jespers V, Stordeur S, Carville S ve ark. Diagnosis and treatment of syphilis: 2019 Belgian National guideline for primary care. Acta Clin Belg. 2022;77(1):195-203.
86. Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočnik M, Patel R. 2020 European guideline on the management of syphilis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2021;35(3):574-588.
87. García-Cisneros S, Sánchez-Alemán MÁ, Conde-Glez CJ, Lara-Zaragoza SJ, Herrera-Ortiz A, Plett-Torres T, Olamendi-Portugal M. Performance of ELISA and Western blot to detect antibodies against HSV-2 using dried blood spots. J Infect Public Health 2019;12(2):224-228.
88. Kortekangas-Savolainen O, Orhanen E, Puodinketo T. Epidemiology of genital herpes simplex virus type 1 and 2 infections in southwestern Finland during a 10-year period (2003-2012). Sex Transm Dis 2014;41:268-71.
89. Xu F, Sternberg MR, Kottiri BJ. Trends in herpes simplex virus type 1 and type 2 seroprevalence in the United States. JAMA 2006;296:964.
90.Wildy P .Herpes: History and classification. IN:AS Kaplan (ed.) The Herpesviruses.New York: Academic Press,1973;1-25.
91.Van Wagoner N, Qushair F, Johnston C. Genital Herpes Infection: Progress and Problems. Infect Dis Clin North Am 2023;37(2):351-367.
92. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Genital herpes–CDC fact sheet (detailed). Erişim: 5 Mayıs 2024 https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/herpes.htm
93. Bradley H, Markowitz LE, Gibson T, McQuillan GM. Seroprevalence of herpes simplex virus types 1 and 2--United States, 1999-2010. J Infect Dis 2014;209:325.
94. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Seroprevalence of herpes simplex virus type 2 among persons aged 14-49 years--United States, 2005-2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2010;59:456.

95. Faber MT, Nielsen A, Nygard M. Genital chlamydia, genital herpes, Trichomonas vaginalis and gonorrhea prevalence, and risk factors among nearly 70,000 randomly selected women in 4 Nordic countries. Sex Transm Dis 2011;38:727-34.
96. Schiffer JT, Gottlieb SL. Biologic interactions between HSV-2 and HIV-1 and possible implications for HSV vaccine development. Vaccine 2019;37:7363–7371.
97. Schiffer JT, Abu-Raddad L, Mark KE ve ark. Frequent release of low amounts of herpes simplex virus from neurons: Results of a mathematical model. Sci. Transl. Med. 2009;1:7-16
98. Nicoll MP, Proença JT, Efstathiou S. The molecular basis of herpes simplex virus latency. FEMS Microbiol. Rev. 2012;36:684–705.
99. Xu X, Zhang Y, Li Q; Characteristics of herpes simplex virus infection and pathogenesis suggest a strategy for vaccine development. Rev. Med. Virol. 2019;29:2054.
100. Paludan SR, Bowie AG, Horan KA, Fitzgerald KA. Recognition of herpesviruses by the innate immune system. Nat. Rev. Immunol. 2011;11:143–154.
101. He S, Han J Manipulation of host cell death pathways by herpes simplex virus. In Current Topics in Microbiology and Immunology; Springer: Berlin/Heidelberg, Germany, 2020.
102. Kimberlin DW, Rouse DJ. Clinical practice. Genital herpes. N Engl J Med 2004;350:1970.
103.Whitley RJ, Kimberlin DW, Roizman B. Herpes simplex viruses. Clin Infect Dis. 1998;26:541.
104. Bernstein DI, Bellamy AR, Hook EW 3rd, et al. Epidemiology, clinical presentation, and antibody response to primary infection with herpes simplex virus type 1 and type 2 in young women. Clin Infect Dis 2013;56:344.
105. Johnston C, Magaret A, Selke S.Herpes simplex virus viremia during primary genital infection. J Infect Dis 2008;198:31.
106. Corey L, Adams HG, Brown ZA, Holmes KK. Genital herpes simplex virus infections: clinical manifestations, course, and complications. Ann Intern Med 1983;98:958.
107. Benedetti J, Corey L, Ashley R. Recurrence rates in genital herpes after symptomatic first-episode infection. Ann Intern Med 1994;121:847.

108. Schomogyi M, Wald A, Corey L. Herpes simplex virus-2 infection. An emerging disease. Infect Dis Clin North Am 1998;12:47.
109. Moseley RC, Corey L, Benjamin D, et al. Comparison of viral isolation, direct immunofluorescence, and indirect immunoperoxidase techniques for detection of genital herpes simplex virus infection. J Clin Microbiol 1981;13:913.
110. Sen P, Barton SE. Genital herpes and its management. BMJ 2007; 334:1048.
111. Nath P, Kabir MA, Doust SK, Ray A. Diagnosis of herpes simplex virus: laboratory and point-of-care techniques. Infect Dis Rep. 2021;13(2):518-539.
112. Wald A, Ashley-Morrow R. Serological testing for herpes simplex virus (HSV)-1 and HSV-2 infection. Clin Infect Dis 2002;35:S173.
113. Scoular A, Gillespie G, Carman WF. Polymerase chain reaction for diagnosis of genital herpes in a genitourinary medicine clinic. Sex Transm Infect. 2002;78:21–5.
114. Chosidow O, Drouault Y, Leconte-Veyriac F ve ark. Famciclovir vs. aciclovir in immunocompetent patients with recurrent genital herpes infections: a parallel-groups, randomized, double-blind clinical trial. Br J Dermatol. 2001;144(4):818-24.
115. Leone PA, Trottier S, Miller JM. Valacyclovir for episodic treatment of genital herpes: a shorter 3-day treatment course compared with 5-day treatment. Clin Infect Dis. 2002;34:958–62.
116. Romanowski B, Marina RB, Roberts JN, et al. Patients' preference of valacyclovir once-daily suppressive therapy versus twice-daily episodic therapy for recurrent genital herpes: a randomized study. Sex Transm Dis 2003;30:226–31.
117. Del Romero J, Moreno Guillén S, Rodríguez-Artalejo FJ ve ark. Sexually transmitted infections in Spain: Current status. Rev Esp Quimioter 2023;36(5):444-465.
118. Fasciana T, Capra G, Lipari D, Firenze A, Giammanco A. Sexually transmitted diseases: diagnosis and control. Int J Environ Res Public Health 2022;19(9):5293.
119. Ozgul N, Tuncer M, Abacioglu M, Gultekin M. Estimating prevalence of genital warts in Turkey: survey among KETEM-affiliated gynecologists across Turkey. Asian Pac J Cancer Prev 2011;12(9):2397-400.
120. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Erişim: 5 Mayıs 2024 https://www.cdc.gov/sti-statistics/media/pdfs/2024/11/2022-STI-Surveillance-Report-
121. Lin C, Lau JT, Ho KM, Lau MC, Tsui HY, Lo KK: Incidence of genital warts among the Hong Kong general adult population. BMC Infect Dis 2010,10:272.

122. Spicknall IH, Flagg EW, Torrone EA. Estimates of the prevalence and incidence of genital herpes, United States, 2018. Sex Transm Dis 2021;48(4):260-265.
123.Weinstock H, Berman S, Cates W Jr. Amerikan gençleri arasında cinsel yolla bulaşan hastalıklar: insidans ve yaygınlık tahminleri, 2000. Perspect Sex Reprod Health 2004; 36:6.
124. Ulu S ve Uğurlu O. (1998). ODTÜ öğrencilerinin ilk cinsel ilişkileri: Betimsel bir çalışma. Katarsis. 1998:8-9.
125. Upchurch DM, Levy-Storms L, Sucoff CA, Aneshensel CS. Gender and ethnic differences in the timing of first sexual intercourse. Fam Plann Perspect 1998;30(3):121-7.
126. Azevedo J, Pista A, Lisboa C, Santo I, Azevedo L, Cunha MJ; HERCOLES Study Group. Epidemiology of human papillomavirus on anogenital warts in Portugal - The HERCOLES study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017;31(8):1342-1348.
127. Chang L, Ci P, Shi J et al. Distribution of genital wart human papillomavirus genotypes in China: A Multi-Center Study. J Med Virol 2013; 85:1765–1774.
128. Apaydın R, Bilen N,Gül U, Bahadir S. Increased number of the cases of syphilis in Trabzon, a trade city in the Black Sea region of Turkey. Sex Transm Infect. 199;74(5):377.
129. Aktürk AS, Bilen N, Demirsoy EO, Kıran R. The increase rates of syphilis in Turkey in the beginning of the third millennium. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009;23(10):1209-10.
130.Pinchera B , Viceconte G , Buonomo AR ve ark. Epidemiological and clinical features of syphilis in the 21st century: A seven-year observational retrospective study of outpatients. Clinical Epidemiology and Global Health Elsevier, 2022:98
131. Gall SA. Female genital warts: global trends and treatments. Infect Dis Obstet Gynecol 2001;9(3):149-54.
132. Nielson CM, Schiaffino MK, Dunne EF, Salemi JL, Giuliano AR. Associations between male anogenital human papillomavirus infection and circumcision by anatomic site sampled and lifetime number of female sex partners. J Infect Dis 2009;199(1):7-13.
133. Wang L, Yang B, Tso LS ve ark. Prevalence of co-infections with other sexually transmitted infections in patients newly diagnosed with anogenital warts in Guangzhou, China. Int J STD AIDS. 2020;31(11):1073-1081.
134. Zhu C, Wang Y, Mao W, Zhang H, Ma J. Prevalence and distribution of HPV types in genital warts in Xi'an, China: a prospective study. BMJ Open. 2019 May 14;9(5):e023897.

135. Simmons PD. Podophyllin 10% and 25% in the treatment of ano-genital warts. A comparative double-blind study. Br J Vener Dis 1981;57(3):208-9.
136. Moore GE, Norton LW, Meiselbaugh DM. Condyloma. A new epidemic. Arch Surg 1978;113(5):630-1.
137. Leber A, MacPherson P, Lee BC. Epidemiology of infectious syphilis in Ottawa. Recurring themes revisited. Can J Public Health 2008;99(5):401-5.
138. Kuklová I, Kojanová M, Zákoucká H, Pánková R, Velcevský P, Rozehnalová Z, Hercogová J. Dermatovenereology in the post-communist era: syphilis in Prague during 1999 to 2005. Dermatol Clin 2008;26(2):231-7.
139. Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of syphilis: a systematic review. JAMA 2014;312(18):1905-17.
140. Tran T, Druce JD, Catton MC, Kelly H, Birch CJ. Changing epidemiology of genital herpes simplex virus infection in Melbourne, Australia, between 1980 and 2003. Sex Transm Infect 2004;80(4):277-9.
141. Soriano V, Blasco-Fontecilla H, Gallego L, Fernández-Montero JV, Mendoza C, Barreiro P. Rebound in sexually transmitted infections after the COVID-19 pandemic. AIDS Rev 2023;26(3):127-135.
142. Cusini M, Benardon S, Vidoni G, Brignolo L, Veraldi S, Mandolini PL. Trend of main STIs during COVID-19 pandemic in Milan, Italy. Sex Transm Infect 2021;97(2):99.
143. Ukai T, Kakimoto K, Kawahata T, Miyama T, Iritani N, Motomura K. Resurgence of syphilis in 2022 amongst heterosexual men and women in Osaka, Japan. Clin Microbiol Infect 2023;29(3):396-397.
144. Rogers B, Tao J, Murphy M, Chan PA. The COVID-19 Pandemic and Sexually Transmitted Infections: Where Do We Go From Here? Sex Transm Dis. 2021;48(7):94-96.
145. Rosenbaum L. The untold toll—the pandemic's effects on patients without Covid-19. N Engl J Med 2020;382:2368–2371.
146. Rubin R. COVID-19's crushing effects on medical practices, some of which might not survive. JAMA 2020;324:321–323.
147. Bivens J, Zipperer B. Health insurance and the COVID-19 shock. Economic Policy Institute. 2020.

10. EK-1 OLGU RAPOR FORMU

DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİ BAŞVURULARINDA CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR: ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURUMU DENEYİMİ

ANOGENİTAL SİĞİL

Cinsiyet: Hasta No:
Tanı yaşı:
Başvuru tarihi:

KLİNİK BULGULAR

Başvuru şikayeti: Genital bölgede lezyon ☐ Genital bölge dışında lezyon ☐

Dermatolojik muayene bulguları: Vejetan papül ☐ Vejetan plak ☐ Dev tümör ☐

Tutulum alanı: Genital Bölge ☐ → K: Glans penis ☐ Penis shaftı ☐ Skrotum ☐
E: Labium majus ☐ Labium minus ☐

Pubis ☐ Anal ☐ Ekstragenital ☐ Belirtimemiş ☐

Subjektif semptom: Var ☐ (Açıklayınız.....) Yok ☐ Belirtilmemiş ☐
Partnerde semptom: Var ☐ (Açıklayınız.....) Yok ☐ Belirtilmemiş ☐
Ek CYBE varlığı: Var ☐ (Açıklayınız.....) Yok ☐

LABARATUAR BULGULARI

Anti HIV: VDRL veya RPR titrasyon:
HbcAg: TPHA:
Anti Hbc IgG: Sifiliz ELİSA:
Anti HbsAg: HPV PCR:
Anti HCV: Deri Biyopsisi (sitolojisi):

TEDAVİ VE İZLEM

Uygulanan tedavi: Kriyoterapi ☐ Elektrokoterizasyon ☐ Podofilin ☐
İmikuimod ☐ 5-fluorourasil ☐ Cerrahi eksizyon ☐ Diğer ☐

Tedaviye yanıtı:
Dermatolojik muayene: Düzelme var ☐ Düzelme yok ☐ Belirtilmemiş ☐
Tedavi yan etki : Var ☐ (Açıklayınız.....) Yok ☐

DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİ BAŞVURULARINDA CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR: ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURUMU DENEYİMİ

SİFİLİZ

Cinsiyet: Hasta No:
Tanı yaşı: Tanı: 1.devir ☐ 2.devir ☐ Latent ☐
Başvuru tarihi: Tersiyer ☐ Belirtilmemiş ☐

KLİNİK BULGULAR

Başvuru şikayeti: Genital bölgede yara ☐ Genital bölge dışında döküntü ☐

Dermatolojik muayene bulguları:
Genital bölge şankr ☐ 2.devir genital lezyonu (papül, erozyon, kondilom) ☐
Genital bölge dışında lezyon: ☐
Oral mukoza ☐ Saç ☐ Tırnak ☐ Palmoplantar (psoriasiform lezyon) ☐ Gövde ☐
Diğer ☐ Belirtilmemiş ☐

Sistemik semptom: Var ☐ (Açıklayınız.....) Yok ☐ Belirtilmemiş ☐
Partnerde semptom: Var ☐ (Açıklayınız.....) Yok ☐ Belirtilmemiş ☐
Ek CYBE varlığı: Var ☐ (Açıklayınız.....) Yok ☐

LABORATUAR BULGULARI

Anti HIV: VDRL veya RPR titrasyon:
HbcAg: TPHA:
Anti Hbc IgG: Sifiliz ELİSA:
Anti HbsAg: HPV PCR:
Anti HCV:
Deri Biyopsisi (Sitolojisi) :

TEDAVİ VE İZLEM

Uygulanan tedavi: Benzatin penisilin ☐ ➡ 1 doz ☐ 2 doz ☐ 3 doz ☐
Prokain penisilin ☐ Seftriakson ☐ Diğer ☐
Tedavi sonrası kontrol zamanı:
Dermatolojik muayene: Düzelme var ☐ Düzelme yok ☐
Tedavi yan etki : Var ☐ (Açıklayınız.....) Jarich-Herxheimer Reaksiyonu ☐ Yok ☐
Serolojik Test: 3. Ay: 6.Ay: 9.Ay: 12.Ay: 12.Aydan Sonra:

DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİ BAŞVURULARINDA CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR: ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURUMU DENEYİMİ

HERPES GENİTALİS

Cinsiyet: Hasta No:
Tanı yaşı:
Başvuru tarihi:

KLİNİK BULGULAR

Başvuru şikayeti: Genital bölgede lezyon ☐ Oral mukozada lezyon ☐
Dermatolojik muayene: Vezikül ☐ Püstül ☐ Erozyon ☐ Ülser ☐
Tutulum alanı: Genital Bölge ☐ (K / E) Labium minus ☐ Labium Majus ☐

Glans Penis ☐ Penis shaftı ☐ Skrotum ☐

Pubis ☐ Anal ☐ Ekstragenital ☐ Belirtimemiş ☐
Sistemik semptom: Var ☐ (Açıklayınız……..) Yok ☐ Belirtilmemiş ☐
Partnerde semptom: Var ☐ (Açıklayınız……) Yok ☐ Belirtilmemiş ☐

Ek CYBE varlığı: Var ☐ (Açıklayınız…….) Yok ☐

LABARATUAR BULGULARI

Anti HIV: VDRL veya RPR titrasyon:
HbcAg: TPHA:
Anti Hbc IgG: Sifiliz ELİSA:
Anti HbsAg: HPV PCR:
Anti HCV:
Deri Biyopsisi (Sitolojisi):

TEDAVİ VE İZLEM

Uygulanan tedavi: Asiklovir ☐ → Paranteral ☐ Oral ☐
Valasiklovir ☐ Diğer ☐
Tedavi kontrol zamanı:
Dermatolojik muayene: Düzelme var ☐ Düzelme yok ☐
Tedavi yan etki : Var ☐ (Açıklayınız……) Yok ☐