

Üretrit ve Servisit ile Seyreden Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Dr. Ramazan AŞCI, Dr. Recep BÜYÜKALPELLİ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, SAMSUN

- ✓ Cinsel yolla bulaşan hastalıklar batı toplumlarında en sık rapor edilen bakteriyel enfeksiyonlardır. Ayrıca 50'den fazla organizm ve sendromun cinsel yolla bulaştığı saptanmıştır. Bu enfeksiyonların uzun dönem komplikasyonlarını infertilite, ektopik gebelik, infant morbiditeleri ve ölümleri, düşükler, birçok tümör ve kazanılmış immün yetmezlik sendromu (AIDS) oluşturmaktadır. Üriner enfeksiyon, genital bölgelerde cilt döküntüleri, erkekte üretral akıntı, kadında vajinal akıntı ve pelvik ağrı gibi nonspesifik yakınmalar cinsel yolla bulaşan hastalıkları akla getirmeli ve olgular bu yönde de incelenmelidir. Reinfeksiyon ve komplikasyonların önlenmesi ve hastalığın toplumda yayılmasının sınırlanması için cinsel yolla bulaşan hastalıklı olguların seksüel partnerlerinin muayene ve tedavisi esastır.

Anahtar kelimeler: Cinsel yolla bulaşan hastalık, gonore, üretrit, servisit

- ✓ **Sexually Transmitted Diseases Associated with Urethritis and Cervicitis**
Sexually transmitted diseases (STDs) are the most frequently reported bacterial infections in the west countries. However, more than 50 organisms and syndromes currently recognised as sexually transmitted. The long-term complications of these infections include infertility, ectopic pregnancy, abortion, infant morbidity and death, several neoplasms, and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Non-specific symptoms and signs such as urinary tract infection, urethral or vaginal discharge, pelvic pain and genital ulcers in healthy sexually active young people should remind STDs. Examination and treatment of the sexual partners of the patients with STDs are essential to prevent reinfection, to prevent complications in sexual partners, and to limit spread of the disease in the community.

Key words: Sexually transmitted disease, gonorrhoea, urethritis, cervicitis

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar seksüel aktif gençlerde sık görülmektedir. Yaşlanma ile görülme sıklığı azalmaktadır. Genel olarak erkeklerde daha yüksek oranlarda görülmesine rağmen, son yıllarda kadınlarda da görülme sıklığı giderek artmaktadır. Bunun nedeni erken yaşlarda cinsel ilişkiye başlanması, kadınların da birden fazla partnere sahip olmaları şeklinde açıklanabilir. Ancak, kocanın fazla sayıda partnerle cinsel ilişkiye girmesi de kadınlarda cinsel yolla bulaşan hastalık sıklığını artıran bir faktör

olabilir. Sifilis, C. trachomatis ve N. gonorrhoeae enfeksiyonlu olguların partnerlerinde laboratuvar testleri ile dahi gösterilemeyen enfeksiyon bulunur. Çünkü bu enfeksiyonlar mutlaka temas ile geçerler. Üriner enfeksiyon, genital bölgelerde cilt döküntüleri, erkekte üretral akıntı, kadında vajinal akıntı ve pelvik ağrı gibi nonspesifik yakınmalar cinsel yolla bulaşan hastalıkları akla getirmeli ve olgular bu yönde de incelenmelidir^(1,2). Cinsel yolla bulaşan hastalıkların başında üretritler gelmektedir. Bu gözden geçirmede

cinsel yolla bulaşan etkenlerin neden olduğu üretrit, servisit, rektit, epididimit ve prostatitler ele alınacaktır.

GONOKOKAL İNFEKSİYONLAR

Neisseria gonorrhoeae sıklıkla üretra, serviks, rektum ve farinks gibi cinsel temas bölgelerindeki mukozal yüzeyleri infekte eder. Üretra erkeklerde gonokokların en sık yerleştiği bölgedir. Bir erkeğin infekte cinsel partneri ile tek bir ilişki sonrası infeksiyonun bulaşma riski %17 ile 20 arasında değişirken, partneri infekte bir kadının yakalanma riski %80 civarındadır^(3,4). Heteroseksüel erkeklerin %7'sinde ve homoseksüel erkeklerin %40'ında farinkste gonokokal infeksiyon saptanabilmektedir⁽⁵⁾. Gonokokal infeksiyonlarla eş zamanlı olarak klamidyal ve diğer infeksiyonlar bulunabilir.

Klinik Bulgular

Gonokokal üretritin tipik semptomları üretral akıntı ve dizüridir. Akıntı sarı veya kahverenginde, genellikle bol ve pürülandır. Bazen çok az veya hiç bulunmayabilir. Nitelik gonokokal üretritlerin %5'inde hiçbir semptom ve bulguya rastlanmayabilir. İnkübasyon süresi genellikle 3 ile 10 gün arasında değişir, ancak 12 saat kadar kısa veya 3 ay kadar uzun da olabilir⁽⁴⁾. Tedavi edilmediğinde üretrit 3-7 hafta devam eder ve 3. aydan sonra olguların %95 i asemptomatik hale gelir. Ancak bu olgular taşıyıcı ve potansiyel infektif kalırlar. Ayrıca tedavi edilmeyen erkeklerde yardımcı seks bezlerinin de infeksiyona katılması infertilite nedeni olabilir. Gonokoksik infeksiyonu olduğu bilinen partnerler ile cinsel ilişkide bulunanların %40 ile 60'ında infeksiyon asemptomatik seyreder^(4,6). Fizik incelemede eksternal üretral meada eritem veya ödem görülebilir. Penil üretrada palpasyonla duyarlılık bulunabilir.

Gonokokal servistite gelişebilecek yakınmalar vajinal akıntıda artış, menses bo-

zuklukları, ağrılı cinsel ilişki ve dizüridir. Ancak kadınların %50'sinde infeksiyon asemptomatiktir. Gonokokal servistli kadınların yaklaşık yarısında infeksiyon üretrayı da kapsar. Kadınlarda gonokokal infeksiyonlar ister semptomatik ister asemptomatik olsun pelvik inflamatuvar hastalığa (PID) yol açabilir, sonuçta tubal sıkılaşmaya ikincil infertilite veya tubal gebelik gelişebilir. Vizüel spekulum incelemesinde servikte pürülan eksuda ve frajilite dikkati çeker.

Anorektal gonokokal infeksiyonlara sıklıkla homoseksüel erkeklerde rastlanır. Ayrıca endoservikal gonokokal infeksiyonlu kadınların %30-50'sinde beraberinde rektal infeksiyon vardır, fakat genellikle asemptomatiktir ve seksüel ilişkiye bağlı değildir⁽⁷⁾. Anorektal semptomlu homoseksüel erkeklerin %14'ünde etioloji gonokokal infeksiyondur⁽⁸⁾. Anorektal ağrı, mukoid akıntı, barsak alışkanlıklarında değişme -özellikle konstipasyon- ve rektal kanama en belirgin yakınmalardır. Sigmoidoskopide anorektal birleşim yeri ve çevresinde yaygın eksuda, ödem, inflamasyon ve ülserasyon görülür, fakat bazen normal bulunabilir. Bu bulguların anorektal gonokoksik infeksiyonlar için patogonomik olmadığı ve diğer rektal infeksiyonlarda da ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır. Anorektal gonokokal infeksiyonlar fistül formasyonu, perirektal apse, rektal striktür ve dissemine gonokokal infeksiyon gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir.

Anogenital gonokokal infeksiyonlu olguların %0.5'inde dissemine gonokokal infeksiyon gelişir⁽⁹⁾. İlk önce kol ve bacaklarda küçük duyarlı papüller veya peteşiler oluşur. Daha sonra süratle kanamalı veya nekrotik püstüllere dönüşür. Özellikle diz eklemine tutan artrit ve tenosinovitler sık gelişir. Seksüel olarak aktif bir erkekte yüksek ateş, püstüler döküntü ve eklem bulguları dissemine gonokokal infeksiyonu düşündürme-

lidir. Sistemik gonokokal infeksiyonlar sıklıkla antibiyotiklere dirençli gonokoklar ile gelişir.

Tanı

Kesin tanı için laboratuvar incelemeleri gerekir. Gonokokal infeksiyonlar üretra gibi normal bakteriyel floranın yoğun bulunduğu bölgelerde geliştiği için, kontamine etmeden örnek almak önemlidir. Bunun için idrar yapmadan en az bir, tercihen 4, saat sonra kalsiyum alginattan yapılmış kültür çubuğu üretradan 2-4 cm içeriye sokularak çevrilir. Bakterisidal oldukları için pamuk başlıklı çubuklar kullanılmamalıdır. Oral veya rektal yolla cinsel temas öyküsü olanlarda bu bölgelerde de örnek alınmalıdır. Alınan örnekten yayma yapılarak Gram boyası ile boyanır ve hemen incelenir. Polimorfonükleer lökositler içerisinde Gram (-) diplokokların görülmesi ile tanıya gidilir. Bu yöntem %99 spesifite ve %95 sensitivite oranları ile tanı koydurabilir⁽¹⁰⁾. Tanı için her zaman kültür şart olmamasına rağmen, antibiyotik duyarlılık testi için gerekir. Çünkü antibiyotiklere dirençli gonokokal infeksiyon görülme sıklığında giderek bir artış dikkati çekmektedir⁽⁹⁾. Hem plazmid, hem de kromozomal antimikrobiyal direnç söz konusudur. Penisilinaz üreten *Neisseria gonorrhoeae* görülme sıklığı %14-18 arasındadır^(12,13). Diğer tanı yöntemleri nadiren kullanılmaktadır ve bunlar gonokokal enzimlerin, antijenlerin, DNA ve polisakkaridlerin tespitine yöneliktir^(1,14,15).

Korunma

Uygun kullanıldığında kondomlar gonokokal infeksiyonların yayılışını önler. Temas sonrasında antibiyotik kullanımı, intravajinal antiseptik veya antibiyotik uygulaması da infeksiyon bulaşını önleyebilir. Profilaktik antibiyotik kullanımı koruyucu olmakla birlikte direnç gelişimine yol açabileceği için uygun görülmemektedir. İmmünizasyon konusunda

çalışmalar devam etmektedir, ancak bugün için kullanılacak bir aşı henüz geliştirilememiştir⁽¹⁶⁾.

Tedavi

N. gonorrhoeae ile infekte olguların tedavisinde tek doz antimikrobiyal ajan kullanımı ana hedeftir. Pek çok antimikrobiyal ajan *N.gonorrhoeae* eradikasyonunda, yayılımının önlenmesinde, semptomların düzeltilmesinde ve komplikasyonların gelişme riskinin azaltılmasında etkili ve güvenilir bulunmuştur. Ancak tedavide antimikrobiyal ajanlara dirençli *N.gonorrhoeae* türlerinin görülme sıklığındaki artış göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle tüm gonokokal infeksiyonlu olgularda kültür ve antimikrobiyal duyarlılık testi yapılarak hem tanı desteklenmeli, hem de tedavi için uygun antimikrobiyal ajan seçilmelidir. Tedavide dikkat edilmesi gereken bir diğer konu ise gonokokal infeksiyonlarla birlikte %15 ile 35 arasında değişen oranlarda klamidyal infeksiyonların bulunmasıdır⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. *Chlamydia trachomatis* tanısı için çabuk, ucuz ve yüksek doğruluk oranına sahip bir test henüz klinik kullanıma girmediği için, gonokokal infeksiyonlu olgular aynı zamanda klamidyal infeksiyonlu imiş gibi tedavi edilmelidir. Aksi takdirde tedavi sonrası %10-35 oranında postgonokoksik üretrit ile karşılaşılır.

Komplike olmamış üretral, endoservikal ve rektal gonokokal infeksiyonların tedavisinde seftriakson 250 mg i.m. tek doz ve beraberinde 7 gün süreyle günde iki kez 100 mg doksisisiklin önerilmektedir⁽²⁰⁾. Diğer tedavi seçenekleri arasında tek doz 500 mg siprofloksasin, 800 mg norfloksasin, 1 g sefuroksim aksetil ve 1 g probenesid, 1 g sefotaksim veya 500 mg seftizoksım sıralanmaktadır. Bu tedavilere de mutlaka 7 gün süreyle günde iki kez 100 mg doksisisiklin eklenmelidir.

Dosisiklin yerine azitromisin veya tet-

rasiklin verilebilir. Azitromisin tek doz kullanım kolaylığı vardır, tetrasiklin ise günde 4 kez yemek aralarında 500 mg olarak alınmalıdır. Gebelik gibi tetrasiklin tedavisinin kontrendike olduğu durumlarda eritromisin tercih edilebilir. Eritromisin baz 500 mg veya eritromisin etilsüksinat 800 mg günde 4 kez 7 gün süreyle uygulanır.

Uygun tedavi ile 12 saat içinde akıntı kaybolur. İdrar 4 saat, mukoza ve semen 24 saat sonra steril hale gelir^(16,21). Seftriakson/doksisiklin kombinasyonu ile tedavi başarısızlığı nadirdir ve bu nedenle kontrol için kültür yapılması zorunlu değildir. Kültürün tedaviden 1-2 ay sonra yinelenmesi daha uygun olur. Bu şekilde hem tedavi başarısızlığı hem de reinfeksiyon tespit edilebilir. Tedavi sonrası semptomları devam eden olgular yeniden değerlendirilerek kültür ve antibiyotik duyarlılık testleri tekrarlanmalıdır. Tedavi sonrası yeniden infeksiyon saptanan olgularda tedavi yetersizliğinden çok reinfeksiyon düşünülmeli ve cinsel partnerlerin tétkik ve tedavisi ile olguların eğitimine ağırlık verilmelidir. Bu nedenle gonokokal infeksiyonun tedavisi her iki partnere yönelik olmalıdır.

NONGONOKOKSİK İNFEKSİYONLAR

Üretritlerin %50'den fazlası nongonokaldır ve görülme sıklığında erkeklerde daha belirgin olmak üzere bir artış dikkati çekmektedir⁽²²⁾. Nongonokokal üretrit (NGU)'ler genellikle sosyoeko-nomik düzeyi yüksek olanlarda ve gençlerde görülmektedir. NGU, gonokokal üretritin aksine heteroseksüellerde daha yaygındır⁽²³⁾. Morbiditesi ve komplikasyonları gonokokal üretritte görülenlere eşit veya daha fazladır.

NGU aslında birden fazla etkeni olan bir sendromdur. C.trachomatis NGU etkenleri arasında en önemlisi ve potansiyel olarak en tehlikeli olanıdır. NGU'lerin %24-50 sinden

bu ajan sorumludur^(20,24). Ayrıca NGU heteroseksüel erkeklerin %25-60'ında, gonokokal infeksiyonlu erkeklerin %4-35'inde ve üretrit semptomları olmayan ve cinsel yolla bulaşan hastalık kliniklerinde görülen erkeklerin %0-7'sinde üretrada C. Trachomatis tespit edilmiştir⁽²⁵⁾. Klamidyal serviks infeksiyonlu kadınlarla cinsel ilişki kuran erkeklerin %28'inde asemptomatik üretrit oluşmaktadır. Bir diğer patojen Ureaplasma urealyticum NGU'li erkeklerin %20-50'sinde görülmektedir. Trichomonas vaginalis, Herpes simplex, Cytomegalovirus, Staphylococcus, Gardnerella ve funguslar etiolojide suçlanan diğer patojenlerdir. NGU'lerin %2 ile 8'inden sorumlu olan herpes virus infeksiyonlarında etken daha çok tip II herpes virüs olmasına rağmen, son yıllarda sadece oral lezyonlar yapan tip I herpes virüs ile de genital infeksiyonlar görülebilmektedir. Bunun nedeni artmış oral genital cinsel ilişkiye bağlanmıştır. Yine son yıllarda Mycoplasma genitalium adında yeni bir mikoplazma tipi bazı NGU'li olgularda saptanmış ve hayvan deneylerinde üretrite yol açabileceği gösterilmiştir.

Bu arada akut üretritli erkeklerin %20-30'u kadarında herhangi bir neden bulunamamaktadır.

Klinik Bulgular

İnkübasyon süresi 1 ile 5 hafta arasında değişen NGU'lerin olağan belirtileri gonokokal üretritlerde olduğu gibi üretral akıntı ve dizüridir. Akıntı genellikle beyazımsı ve berrak, miktar olarak ise azdır. Nadiren koyu ve pürülandır. Bazen üretral kaşıntı tek yakınma olabilir. Meatal eritem ve duyarlılık ile özellikle sabahları üretrayı sıvazlamak ile gelen üretral akıntı NGU'lerin önemli özelliklerindedir. Akıntının rengine ve özelliklerine bakarak optimal şartlarda dahi üretritlerin ayrıcı tanısını yapmak olanaklı değildir. Diğer klinik belirtilerden len-

fadenopati, hematüri, testiküler ve perineal ağrı ile penil ve meatal lezyonlar ender karşılaşılan ve genellikle az görülen nedenlere bağlı gelişen akut üretrit komplikasyonlarıdır. Reiter sendromunda ise üretrite ek olarak artrit, konjunktivit ve dermatit gibi belirtilere rastlanır.

NGU'deki semptomlar olguların yarısında tedavi edilmeseler dahi 1-3 aylık dönem içinde giderek hafifler ve kaybolur. Bu asemptomatik hastaların ne kadarının taşıyıcı kaldığı ve potansiyel infeksiyöz özellik taşıdığı bilinmemektedir.

Kadınlarda ise NGU etkenleri ile oluşan infeksiyonların büyük çoğunluğu asemptomatiktir⁽²²⁻²⁶⁾.

Tanı

NGU tanısı, üretritli olgularda *N. gonorrhoeae* nin izole edilememesi ile konur. Üretral akıntısı olanlarda akıntı örneği, olmayanlarda ise başlangıç idrarının sedimenti Gram ile boyanarak mikroskopik olarak incelenir. Mikroskopik incelemede 15 den fazla polimorfonükleer lökosit görülmesi ile tanıya gidilir. *C. trachomatis* tanısı için kültür yapılabilir. Ancak *C. trachomatis* intrasellüler bir parazit olduğundan kültür örneğinin akıntı veya idrar yerine endoüretral sürüntüden alınması daha uygundur. Üretritli olgularda *C. trachomatis* belirlemede ELISA ve immünfloresan tetkiklerinin sensitivitesi %70 bulunmuştur. Nükleik asit hibridizasyon ve polimeraz zincir reaksiyon (PCR) testleri daha duyarlıdır^(27,28).

Komplikasyonlar

C. trachomatis ile gelişen üretritli erkeklerde görülebilecek komplikasyonlar epididimit ve Reiter sendromudur. Ek olarak bu erkeklerin cinsel partnerleri de klamidyal infeksiyon ve bunun komplikasyonları açısından risk altındadır. PID cinsel yolla bulaşan hastalıkların kadındaki en ciddi sonuçlarından birisidir ve infertilite, ektopik gebelik

ile kronik karın ağrısı nedeni olabilir. Tek bir PID atağı sonrası kadınların %8'i, iki atak sonrası %19.5'i ve üç veya daha fazla atak sonrası %40'ı steril kalmaktadır⁽²⁹⁾. Ektopik gebeliklerin yaklaşık yarısında geçirilmiş PID öyküsü vardır ve ektopik gebelik riski PID si olanlarda 7-10 kat daha fazladır^(30,31). Kronik abdominal ağrı, fallopian tüp ve overler çevresindeki pelvik adezyonlara bağlı olabilir.

NGU'li erkeklerin %20 ile 30'unda prostat tutulumu vardır. Ancak prostatitlerin büyük çoğunluğu asemptomatiktir. NGU ile konjunktivit birlikte olduğu "okulogenital sendrom" tablosu erkeklerin %4'ünde görülebilmektedir. NGÜ sonrası üretral darlık gelişebilir.

Tedavi

NGÜ çeşitli patojenlerin yol açtığı bir sendrom olduğundan tedavide farklı sonuçlar alınabilir. *C. trachomatis* tedaviye çok iyi yanıt verirken, *U. urealyticum* dışındakilerin neden olduğu NGU tedavisinde başarı oranı aynı ölçüde yüksek değildir. Tedavide günde iki kez 100 mg doksisisiklin veya günde 4 kez 500 mg tetrasiklin 7 gün süreyle önerilmektedir⁽²⁰⁾. Bunun yanı sıra azitromisin 1 g lık dozu ile standart doksisisiklin tedavisine eşdeğer başarı bildirilmektedir⁽³²⁾. Diğer seçenekler arasında 500 mg eritromisin baz, 800 mg eritromisin etilsüksinat günde 4 kez 7 gün süreyle kullanılabilir. Ofloksasin klamidyal infeksiyonlarda etkili tek kinolondur ve günde iki kez olmak üzere 7 gün süre ile 300 mg dozda kullanılır. Etki bakımından doksisisiklin ve azitromisine benzer, ancak gebelerde ve 17 yaş altı gençlerde kullanılmaz.

Tedavinin tamamlanmasından sonra semptomlar sebat eder veya kısa bir süre sonra yinelerse olgular yeniden değerlendirilmelidir. Herhangi bir patojen belirlenemedi ise NGÜ daha uzun süreli tedavi protokolleri ile tedavi edilmelidir. Bu amaçla eritromisin 2-3 hafta süreyle verilebilir^(18,20). Kalıcı veya

yineleyen üretrit olgularında tedavi tamamlanmamış veya cinsel partneri tedavi edilmemiş ise başlangıçtaki tedaviye devam edilmelidir. Cinsel partnerin tetkik ve tedavisi kesinlikle unutulmamalıdır. Ayrıca olgu ve cinsel partnerin her ikisinin tedavilerinin tamamlanmasına kadar cinsel ilişki yasaklanmalıdır.

EPİDİDİMİT VE PROSTATİT

Prostat ve epididimler üretra ile bağlantılı olduklarından, üretrayı infekte eden mikroorganizmler bu genital organları da invaze edebilir. Bu nedenle üretrit ile seyreden cinsel yolla bulaşan hastalıklarda epididim ve prostat tutulumu sürpriz değildir⁽³³⁾.

Epididimit, 35 yaş altındaki erkeklerde sıklıkla *N. gonorrhoeae* ve *C. trachomatis* e bağlı gelişirken, daha ileri yaş gruplarında Gram (-) enterik mikroorganizmlerin etkeni olduğu üriner sistem infeksiyonları ile birlikte veya yakın zamanda üriner sisteme girişim öyküsü olanlarda görülmektedir^(34,35). Bunun yanı sıra homoseksüel erkeklerde anal ilişki sonucu *E. coli* ye bağlı cinsel yolla bulaşan epididimit sık gelişebilir.

Geçmiş yıllarda gonokokal üretritli olguların %20 ile 40 kadarında prostatit gelişirken, günümüzde güçlü antimikrobiyal ajanların klinik kullanıma girmesi nedeniyle bu risk önemli ölçüde azalmıştır.

Klinik Bulgular

Epididimit için en tipik yakınma tek taraflı testiküler ağrı, duyarlılık ve yüksek ateştir. Klamidyal infeksiyonlarda üretral akıntı ile birlikte inguinal ağrı da tabloya iştirak edebilir. Palpasyonda epididimde şişlik ve duyarlılık vardır. Böyle bir klinik tablo ile karşılaşıldığında, özellikle genç erkeklerde, testis torsiyonu ve testis tümörü ekarte edilmelidir⁽³⁶⁾. Genç bir erkekte epididimitlerin en önemli komplikasyonu sterilitedir.

Prostatit *N. gonorrhoeae* ye bağlı geliş-

mişse akut seyreder. Sık ve yangılı idrar yapma, yüksek ateş ve üretral akıntı en belirgin yakınmalardır. Buna karşın NGÜ ile birlikte görülen prostatitlerde infeksiyon genellikle kronik bir seyir gösterir ve en tipik yakınma ağrıdır. Ağrı perineal, suprapubik veya skrotal olabilir ve uyluk veya penis ucuna yayılır. Birlikte sık ve yangılı idrar yapma, kanlı ejakülat, libido azalması, impotans ve depresyon görülebilir. Bu olgular hemen iyileşebilmek için çok sık doktor değiştirirler.

Tanı

Tanı için detaylı öykü alınması, tam bir fizik inceleme ve infeksiyonun lokalizasyonu için 4 kap testi de dahil gerekli laboratuvar tetkiklerinin yapılması önerilir.

Tedavi

Cinsel yolla bulaşan epididimit şüphe edilenlerde kültür sonuçları beklenilmeden ampirik tedaviye başlanır. *N. gonorrhoeae* ve *C. trachomatis* in her ikisine de etkili antimikrobiyal tedavi verilir. Tedavide amaç infeksiyonun klinik ve mikrobiyolojik olarak düzelmesi ile başkalarına bulaşmasının önlenmesidir.

Tedavide seftriakson 250 mg tek doz ve doksisisiklin 100 mg günde iki kez 10 gün süre ile önerilmektedir⁽²⁰⁾. Alternatif olarak ofloksasin 300 mg günde 2 kez 10 gün süreyle verilebilir. Ateş ve inflamasyon gerileyinceye kadar yatak istirahati ve skrotal askı uygulanmalıdır. Ağrı ve inflamasyonun şiddetli olduğu durumlarda %1'lik lidokain injeksiyonu ile spermatik korda blok yapılabilir. Genel önlem ve antimikrobiyal tedaviye rağmen klinik düzelleme görülmezse tanı ve tedavi yeniden gözden geçirilmelidir. Antimikrobiyal tedavi tamamlanmasına rağmen epididimde şişlik ve duyarlılık devam ediyor ise ayrıca tanı listesinde testis tümörü, tüberküloz epididimit ve fungal epididimit düşünülmalıdır.

Reinfeksiyonun önlenmesi açısından cinsel yolla bulaştığı bilinen veya şüphe edilen epididimitli erkeklerin cinsel partnerlerinin tetkik ve tedavisi gereklidir.

Geliş tarihi : 05.02.1999

Yayına kabul tarihi : 10.06.1999

Yazışma adresi:

Dr. Ramazan AŞCI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Üroloji Anabilim Dalı

55139 Kurupelit, SAMSUN

KAYNAKLAR

1. Bolath T, Dönmez T, Şengül M, et al. Akut üretrit ön tanılı erkeklerde Chlamydia trachomatis ve Neisseria gonorrhoeae antijenlerinin EIA yöntemiyle gösterilmesi. Türk Üroloji Dergisi 1994; 20: 222-225.
2. Nazlı O, Erensay S, Özinel MA, Semerci B, Erhan Ö, Bilgiç A. Nongonokoksik üretritli veya infertil erkeklerde Chlamydia trachomatis infeksiyonu. Üroloji Bülteni 1993; 4: 30-31.
3. Harrison WO. Gonococcal urethritis. Urol Clin North Am 1984 ; 11: 45-53.
4. Greenberg SH. Male reproductive tract: sequelae of gonococcal and nongonococcal urethritis. Arch Androl 1979; 3: 317-319.
5. Hensfield HH. Correlation of auxotype and penicillin susceptibility of Neisseria gonorrhoeae with sexual preference and clinical manifestations of gonorrhea. Sex Transm Dis 1980; 7: 1-6.
6. John J, Donald WH. Asymptomatic gonorrhea in men. Br J Vener Dis 1978; 54: 322-323.
7. Lebedeff DA, Hockman EB. Rectal gonorrhea in men: diagnosis and treatment. Ann Intern ed 1980; 92: 463-466.
8. Quinn TC, Corey L, Chaffee RG, Schuffler MD. The etiology of anorectal infections in homosexual men. Am J Med 1981; 71: 395-406.
9. Zenilman JH. Update on bacterial sexually transmitted disease. Urol Clin North Am 1992; 19: 25-34.
10. Granoto PA, Schneible-Smith C, Weiner LB. Use of NY medium for improved recovery on N.gonorrhoeae from clinical specimens. J Clin Microbiol 1981; 13: 963-968.
11. Schwarcz SK, Zenilman JM, Schnell D, et al. National surveillance of antimicrobial resistance in N. gonorrhoeae. JAMA 1990; 264: 1413-1417.
12. Jain SK, Kulkarni MG, Banker DD. Antibiotic susceptibility pattern of gonococcal isolates. Indian J Med Sci 1994; 48: 233-236.
13. Meyer L, Goulet V, Massari V, Lepoutre-Touleman A. Surveillance of sexually transmitted diseases in France: Trends and incidence. Genitourin Med 1994; 70: 15-21.
14. Hook EW, Holmes KK. Gonococcal infections. Ann Intern Med 1985; 102: 229-243.
15. Fraser PA, Teasdale J, Gan KS, et al. Neutrophil enzymes in urine for the detection of urethral infection in men. Genitourin Med 1995; 71: 176-179.
16. Cohen MS, Cannon JG, Jerse AE, et al. Human experimentation with Neisseria gonorrhoeae : rationale, methods and implications for the biology of infection and vaccine development. J Infect Dis 1994; 169: 532-537.
17. Hooten TM, Barnes RC. Urethritis in men. Infect Dis Clin North Am 1987; 1: 165-178.
18. Hooten TM, Wong ES, Barnes RC, et al. Erythromycin for persistent or recurrent nongonococcal urethritis: A randomized, placebo-controlled trial. Ann Intern Med 1990; 113: 21-26.
19. Pillay DG, Hoosen AA, Vezi B, et al. Diagnosis of Trichomonas vaginalis in male urethritis. Trop Geogr Med 1994; 46: 44-45.
20. CDC. 1993 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR 1993; 42(RR-14): 47-82.
21. Haizlip J, Isabey SF, Hamilton HA, et al. Time required for elimination of Neisseria gonorrhoeae from the urogenital tract in men with symptomatic urethritis: comparison of oral and intramuscular single dose therapy. Sex Transm Dis 1995; 22: 145-148.

22. Sessa R, Latino MA, Magliano EM, et al. Epidemiology of urogenital infections caused by *Chlamydia trachomatis* and outline of characteristic features of patients at risk. *J Med Microbiol* 1994; 41: 168-172.
23. Stamm WE, Koutsky LA, Benedetti JK, et al. *Chlamydia trachomatis* in urethral infections in men. *Ann Intern Med* 1984; 100: 47-51.
24. Zelin JM, Robinson AJ, Ridgway GL, Allason-Jones E. Chlamydial urethritis in heterosexual men attending a genitourinary medicine clinic: Prevalence, symptoms, condom usage and partner change. *Int STD AIDS* 1995; 6: 27-30.
25. Schachter J. Chlamydial infections. *N Eng J Med* 1978; 298: 423-427.
26. Horner PJ, Hay PE, Thomas BJ, et al. The role of *Chlamydia trachomatis* in urethritis and urethral syndrome in women. *Int STD AIDS* 1995; 6: 31-34.
27. Wiesenfeld HC, Uhrin M, Dixon BW, Sweet RL. Diagnosis of male *Chlamydia trachomatis* urethritis by polimerase chain reaction. *Sex Transm Dis* 1994; 21:268-271.
28. Weinstock H, Dean D, Bolan G. *Chlamydia trachomatis* infections. *Infect Dis Clin North Am* 1994; 8: 797-819.
29. Weström L, Joesoef R, Reynolds B, et al. Pelvic inflammatory disease and fertility: a cohort study of 1844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results. *Sex Transm Dis* 1992; 19: 185-192.
30. Weström L. Effect of acute pelvic inflammatory disease on infertility. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 121: 707-713.
31. Weström L. Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138: 880-885.
32. Stamm WE, Hicks CB, Martin DH, et al. Azithromycin for empirical treatment of nongonococcal urethritis syndrome in men: a randomized double-blind study. *JAMA* 1995; 274: 545-549.
33. Evliyaoğlu Y, Çiftçi U. Kronik prostatitte *Chlamydia trachomatis* insidansı. *Türk Üroloji Dergisi* 1994; 20: 436-439.
34. Berger RE, Alexander ER, Monda GD, et al. *Chlamydia trachomatis* as a cause of acute "idiopathic" epididymitis. *N Eng J Med* 1978; 298: 301-304.
35. DeJong Z, Pontonnier F, Plante P, et al. The frequency of *Chlamydia trachomatis* in acute epididymitis. *Br J Urol* 1988; 62: 76-78.
36. Pearson RC, Baumber CD, McGheie D, Thambar IV. The relevance of *Chlamydia trachomatis* in acute epididymitis in young men. *Br J Urol* 1988; 62: 72-75.

İndeks 1999

(Cilt: 16, Sayı: 1-4, Özel Sayı - ÖS)

Yazarlara göre:

- Akan H. 55
 Akpolat İ. 67, 269
 Akpolat T. ÖS1, ÖS62, ÖS78
 Altıntop B.L. 37
 Andaç A. 7, 229, 290
 Arık E. 120
 Arık N. ÖS51
 Aşçı R. 1, 334
 Atıcı A.G. 139
 Aydın M. 224
 Aydın O. 67, 269
 Aygün D. 92, 153, 160
 Bağırıcı F. 120, 124, 128, 204, 275, 282, 315
 Bahadır H. 308
 Barış S. 237, 269
 Barış Y.İ. 139
 Başoğlu T. ÖS34, 248
 Baştemir M. 55
 Belet N. 100
 Belet Ü. 55
 Büyükalpelli R. 1, 334
 Canbaz F. ÖS34, 248
 Cantürk T. 237, 258
 Cengiz A.T. 43
 Cengiz K. ÖS25
 Cengiz N. 153, 160
 Çetinkaya F. 243
 Coşkun M. 113
 Çakır M. 19, 139, 148
 Çakır Ş. 319
 Çan G. 200
 Çankaya A. 25
 Çelik S. 87
 Çetinkaya F. 224
 Çınar T. 62
 Çokluk C. 316
 Çulha F. 106
 Dabak N. 7, 229, 290
 Danacı M. ÖS28, 55
 Demir İ. 167
 Demir Ş. 120, 128, 275, 282
 Demir Z. 167
 Dervişoğlu A. ÖS87, 312
 Dinçer Ö. 171
 Diri B. 7, 229
 Doru F.A. 148
 DüNDAR C. 19, 113
 Elçik M. 308
 Elçim E. 55
 Erinçler T. 47
 Erkan D. 124
 Erkan M.L. 139, 148
 Eroğlu C. 62
 Eskiocak M. 243
 Fındık S. 139, 148
 Genç O. 120
 Genç H. 128, 282
 Göçen Ç. 180
 Gökbulut H. 133
 Gökçe F.M. 128, 204, 275
 Gül R. 47
 Gülüdoğuş F. ÖS92, 133
 Gülman B. 213, 229
 Güney A. 282
 Gürses N. 224
 İriz E. 167
 İncesu L. 316
 Kahraman H. 37, 62
 Kalfa C. 30
 Kandemir B. 148, 269
 Kara M. 290, 299
 Karabulut C. 106
 Karagöz F. 67, 269, 316
 Karaismalloğlu T.N. 7, 55, 299
 Karateke A. 25
 Kaya E. 312
 Keçeligil H.T. 167
 Kelsaka E. 133
 Kesim S.M. 72, 187
 Kılıç F. 160
 Kolbakır F. 167
 Koloğlu M. 106
 Köşüş A. 308
 Kurt M. 87
 Küçüködük Ş. 19, 30, 100
 Küsdül M. ÖS92, 167
 Leblebicioğlu H. 62
 Lüleci N. 47
 Malatyalıoğlu E. 76
 Malazgirt Z. ÖS87, 312
 Marangoz C. 120, 124, 128, 204, 275
 Okumuş B. 319
 Oral B. 180
 Öge İ. ÖS62
 Önel E. 258
 Özbaşar D. 180
 Özbek N. 319
 Özbenli T. ÖS41, 153
 Özen N. 312
 Özkan K. ÖS87, 312
 Özkul A. 43
 Özlü T. 200
 Özsan M. 43
 Öztürk F. 224, 243
 Pekşen Y. 113
 Sağkan O. ÖS83, 308
 Sağol S. 171
 Sancak R. 19, 30, 100
 Saraç A. 167
 Saraç N. 237
 Sarıhasan B. 133
 Sarıkaya Ş. 1
 Savan K. 25
 Saylık A. 1
 Selçuk M.B. 55, 243
 Serarslan Y. 316
 Seven M. 25
 Sunter T. 19, 113
 Sünbül M. 62
 Şahin M. ÖS11, 124, 248, 308
 Şahinoğlu H. 133
 Şenel A. 316
 Taşdemir H.A. 92
 Tan F. 128
 Tarım G. 237
 Tekin İ. 47
 Tepe S. 290
 Tezcan A.E. 106
 Tilki K. 7, 299
 Tomak Y. 7, 229, 290, 299
 Topbaş M. 113
 Totan M. 19, 30, 92
 Turan Ö. 25
 Turanlı A.Y. 237
 Tutan A. 47
 Tutkun E. 124
 Tür A. 133
 Uğurlu D. 139, 148
 Uysal S. 100
 Ülkeröğlu F. 106
 Üstün C. 258
 Üstün E. 133
 Yanık F. 76
 Yavuz İ. 269
 Yazar B. 213
 Yeşildağ O. ÖS56, 308
 Yıldız L. 67, 148, 269
 Yıldız S. 67
 Yılmaz H. 139, 171
 Yılmaz Ö. 37, 308
 Yilmazer F. 224