



Case Report / Olgu Sunumu

## A Case Of Syphilis In A Family Health Center In Bir Aile Sağlığı Merkezinde Sifilis Olgusu

Ayşen MERT<sup>1</sup>, Gamze DUR<sup>1</sup>

### Summary

Syphilis is a sexually transmitted infection caused by *Treponema pallidum* genus spirochetes, which can present with many different clinical conditions such as skin rash, painless genital ulcer, lymphadenopathy, and mucocutaneous lesions. Cases that can heal spontaneously and remain asymptomatic for years may cause the spread of the disease. Due to the changes in the epidemiology of the disease, syphilis cases are also reported in older ages. Family medicine is one of the most frequently encountered departments with undifferentiated patients among medical disciplines. In this article, we aimed to explain the process of diagnosing and treating syphilis by the family physician in an patient who came to the family health center with complaints of genital wound, swelling and pain in the left groin, and the importance of low prevalence medicine and undifferentiated patient approach in primary care.

**Key Words:** Syphilis cutaneous, Sexually transmitted diseases, Primary care physicians, Patient-centered care

### Özet

Sifilis, *Treponema pallidum* cinsi spiroketlerin etken olduğu, deri döküntüsü, ağrısız genital ülser, lenfadenopati, mukokutanöz lezyonlar gibi pek çok farklı klinik durumla karşımıza çıkabilen cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyondur. Kendiliğinden iyileşebilen ve yıllarca asemptomatik seyreden olgular hastalığın yayılmasına neden olabilir. Günümüzde hastalık epidemiyolojisindeki değişimler nedeniyle ileri yaşlarda da sifilis vakaları bildirilmektedir. Aile hekimliği, tıp disiplinleri arasında ayrılmamış hasta ile en sık karşılaşılan bölümlerendir. Bu makalede, aile sağlığı merkezine genital bölgede yara, sol kasıkta şişlik ve ağrı şikayetiyle gelen bir hastaya aile hekimi tarafından sifilis teşhisinin konulması ve tedavisinin yapılması sürecini ve düşük prevalans hekimliği ve ayrılmamış hasta yaklaşımının birinci basamaktaki önemini dile getirmeyi amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Sifilis kütanöz, Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, Birinci basamak hekimleri, Hasta merkezli bakım

Geliş tarihi / Received: 27.03.2023 Kabul tarihi / Accepted: 15.09.2023

<sup>1</sup> Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ayşen MERT Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D

C Blok Dörtüol Mah. Afyonkarahisar E-posta: aysendr1978@hotmail.com Tel: +905532475307

Mert A , Dur G. *A Case Of Syphilis In A Family Health Center In. TJFMPC, 2023; 17 (4):590-598*

DOI: 10.21763/tjfmpe.1271957

## Giriş

Sifilis, Frengi ve Lues gibi adları olan hastalık, 16.yüzyılda Avrupa’da epidemi yapmıştır. Ülkemizde de bu hastalıktan ilk kez bir cerrah olan İbrahim Abdullah tarafından 1505 yılında bahsedilmiştir. <sup>1</sup> Sifilis Türkiye’de 19. yüzyıldan sonra görülmeye başlamıştır ve hastalığın ilk olarak Avrupalılardan ülkemize getirildiğini belirtmek için “frengi” olarak adlandırılmıştır. <sup>2</sup>

Sifilis, spiroket grubundan *Treponema pallidum*’un etken olduğu cinsel yolla bulaşan, sistemik tutulum da yapabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. <sup>3,4</sup> *Treponema pallidum* karanlık alan mikroskopisinde çok hareketlidir. Burgu, dalgalanma ve uzayıp kısalma şeklinde üç özgün hareketi mevcuttur. Giemsa boyası ile pembe ve soluk boyanır. Kültürü yapılamamıştır. Kuruluğa dayanamaz, tuzlu su ve gliserin etkisi ile ölür. Kanda ise iki-üç gün yaşayabilir. <sup>1</sup>

Laboratuvar kazaları, tükürük, kan transfüzyonları, deri lezyonlarına temas, transplental olarak ve doğum sırasında anneden bebeğe geçme şeklinde bulaşabilmektedir. Ayrıca korunmasız ve riskli cinsel ilişki yaşayanlarda, para ile seks davranışında bulunanlarda, seks işçilerinde, cinsel aktivitenin fazla olduğu yaş aralığında, sosyokültürel seviyesi düşük olan toplumlarda, madde bağımlılığında, birden fazla cinsel partner varlığında, homoseksüel erkeklerde ve deri bütünlüğünü bozan başka bir cinsel yolla bulaşan hastalık varlığında daha fazla görülebilmektedir. Her iki cinste de görülür. Semptomatik veya asemptomatik olabilir. Asemptomatik dönem uzun olabilir ve bu dönemde de bulaştırıcı olmaya devam eder. Sifilis edinsel ve doğumsal olarak iki ana gruba ayrılabilir. Doğumsal sifilis erken ve geç doğumsal sifilis şeklinde gruplanabilmektedir. Edinsel sifilis ise lezyonların niteliği, yaygınlığı ve lokalizasyonuna göre primer, sekonder, latent ve tersiyer olmak üzere farklı evrelere ayrılmıştır; tedavi ve izlem bu evrelere göre yapılmaktadır. Primer sifiliste klasik bulgu enfeksiyon bölgesinde ağrısız tek bir ülserdir (şankr). Bazen aynı anda çok sayıda atipik veya ağrılı lezyonlar da oluşabilir. Sekonder sifiliste deri döküntüsü, lenfadenopati veya mukokutanöz lezyonlar olabilir. Tersiyer sifiliste; nörosifilis, kalp tutulumu, gommatöz lezyonlar meydana gelebilir. <sup>1,3,4,5</sup>

Sifilis hem deriyi hem de pek çok farklı bölgeyi etkilemesi ve değişik bulgular ortaya çıkarması sebebiyle birçok hastalık gibi görünebileceğinden, “büyük taklitçi/büyük sahtekâr” olarak nitelendirilmiştir. <sup>4,6,7</sup>

Sifilis tüm dünyada görülmektedir ve Amerika Birleşik Devletleri’nde cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında üçüncü sıradadır. <sup>4</sup> Ülkemizde, sifilis bildirim zorunlu hastalıklar grubundadır. Hastalığın gerçek sıklığı tam olarak bilinmemektedir. 2018 yılı Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2006 yılından itibaren her yıl iki binin üzerinde vaka bildirim yapılmıştır. <sup>3,4,5</sup> Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre ülkemizde 2022 yılı içinde 3533 sifilis vakası bildirilmiştir. <sup>8</sup> Semptomatik dönemdeki bulgu çeşitliliği ve asemptomatik dönemin de olabilmesi nedeniyle tanıda, tedavide, hastalık kontrol ve eradikasyonunda bazı zorluklar yaşanabilmektedir. Bu hastaların hastaneye başvuru sıklığının azlığı ve bildirim sisteminin iyi çalışmaması sebebiyle hastalığın görülme oranında ve eşlik edebilecek diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklara dair bilgilerde eksiklik mevcuttur. <sup>5</sup>

Gebelik sırasında sifilis enfeksiyonu her yıl 305.000 fetal ve neonatal ölüme neden olmaktadır. Temel doğum öncesi bakım paketleri, tüm gebeler için sifilis testini içerecek şekilde yapılandırılmalıdır. Sifilis ve HIV (Human Immunodeficiency Virus - İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü) testlerinin entegrasyonunun sağlanmasıyla ortaya çıkacak olan yeni ikili hızlı testlerin kullanımı, her iki enfeksiyonun da anneden bebeğe bulaşmasını ortadan kaldıracaktır. <sup>9,10</sup> Türkiye’de gebelikte TORCH (T: Toksoplazmoz, O: Others (Diğerleri)/Sifilis, Parvovirus vb, R: Rubella/Kızamıkçık, C: Cytomegalovirus (Sitomegalovirüs), H: Herpes simpleks virüs) taraması konusunda farklı görüşler vardır. TORCH rutin tarama testleri ülkelere göre değişebilmektedir. <sup>11</sup>

Sifilis serolojik testlerinin kullanım endikasyonları; gebeler gibi asemptomatik bireyler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riski taşıyanlar, kan/organ/doku bağışlanmış bireyler, HIV ile enfekte olanlar, genital ülseri olanlar, kronik herhangi bir nörolojik hastalığa sahip olanlar, nontreponemal tarama testlerinde reaktif sonuç alınanlar ve enfeksiyonun hangi aşamada olduğunu ve tedaviye yanıtı takip şeklinde sıralanabilir. <sup>10</sup>

Etkenin *in vitro* kültürü yapılamamaktadır. Laboratuvar tanısı için genellikle serolojik yöntemler kullanılmaktadır. <sup>4,12</sup>

Serolojik tanıda esas olan nontreponemal testlerle tarama yapmak ve ardından sonucu doğrulamak için treponemal testler kullanılmaktadır. <sup>10</sup> Non-treponemal test olarak RPR (Rapid Plazma Reagin- Hızlı Plazma Tepkisi) ve VDRL (Venereal Disease Research Laboratory- Venereal hastalık Araştırma laboratuvarı) kitleri kullanılır. Treponemal test olarak TPHA (*Treponema pallidum* Hemaglutinasyon Assay- *Treponema pallidum* Hemaglutinasyon Testi), TPPA (*Treponema pallidum* particle agglutination assay- *Treponema pallidum* Pasif Parçacık Hemaglutinasyon), FTA-ABS (The Fluorescent Treponemal Antibody Absorption- Floresanlı *Treponema* Antikor-Absorbsiyon Deneyi) kitleri kullanılmaktadır. <sup>10</sup> Tarama amacıyla en sık flokülasyon temelli VDRL ve aglutinasyon temelli RPR testleri kullanılmaktadır. Treponemal testler treponemalara özgü antikorları gösterir. En sık kullanılanları TPHA ve FTA-ABS’dir. TPHA sifilis tedavisi olmuş hastalarda ömür boyu pozitif kalır. Spesifik testlerde yalancı pozitiflik oranı ise nonspesifik testlere göre düşüktür; bu sebeple tanının doğrulanması için nonspesifik testlerin spesifik testlerle doğrulanması önem arz eder. <sup>4</sup>

VDRL ve TPHA testleri ayrı ayrı kullanıldıklarında duyarlılıkları düşük olmakta, birlikte kullanıldıklarında tedavisiz primer sifilisi tespit etmedeki duyarlılıkları % 94'e kadar ulaşmaktadır.<sup>4</sup> Tüm serolojik testlerin değişken yanlış pozitif ve yanlış negatif oranları vardır, bu nedenle klinik ve epidemiyolojik bağlamın sonuçla birlikte değerlendirilmesi daha uygun olacaktır.<sup>12</sup>

Sifiliste etkilenen dokuda, lezyon tipine ve hastalığın evresine bağlı olarak histolojik ve immünohistopatolojik boyamalarda değişiklik meydana gelir. Primer sifilis histolojik özellikleri genellikle zamanla ülserleşen akantotik bir epidermis, yoğun lenfositik ve plazma hücre infiltrasyonu ve endotelial şişlik gösteren bir şankr ile karakterizedir. Spiroketler genellikle kan damarlarının içinde veya çevresinde ve dermal-epidermal bileşkede bulunur. Sekonder sifiliste epidermis normal, nekrotik veya ülser olabirirken, dermiste yoğun bir lenfosit infiltrasyonu ve endotel şişkinlik ile primer sifilise benzeyen değişiklikler veya likenoid doku reaksiyonu görülebilir. Tersiyer sifilis; cilt, kemik ve aort gibi etkilenen dokularda lokal inflamasyon veya nekrotizan granülomatöz lezyon (gom) gelişimi ile karakterizedir. Primer ve sekonder sifilis lezyonlarında, formalinle sabitlenmiş parafine gömülmüş dokudaki spiroketleri göstermek için gümüş ve histolojik boyalar kullanılabilir. Tersiyer sifiliste bu yöntem yararlı değildir. Steiner veya Warthin Starry boyaması gibi gümüş boyama, melanin ve retikülin lifleri spiroket olarak yanlış yorumlanabileceğinden sınırlı duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir. Gümüş boya ile karşılaştırıldığında bir immünohistokimya boyası tanıda daha iyi duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir.<sup>12</sup>

Sifilis cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar açısından da risk oluşturması nedeniyle önemli bir halk sağlığı problemidir. Sifilis HIV'in bulaşını kolaylaştırmakta, komplikasyon sıklığı ve klinik tablonun şiddetini arttırmakta ve progresyonunu da hızlandırmaktadır. Sifilis tanısı alan bir hastada HIV başta olmak üzere diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların da araştırılması önemli bir konudur. Ayrıca HPV (human papillomavirüs- insan papilloma virüs), HSV (human herpes virüs- insan herpes virüs) gibi klinik bulgularla tanısı konulabilen hastalıkların sorgulanması önem arz etmektedir.<sup>5</sup>

Penisilin bulunmadan önce sifilis, tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olarak görülmekteydi. Ancak penisilin keşfiyle birlikte hastalığın görülme sıklığında da anlamlı bir düşüş sağlanmıştır.<sup>4</sup> Erişkinlerde primer ve sekonder sifilis tedavisinde önerilen, benzatin penisilin G 2,4 milyon IU (international unit-uluslararası ünite) intra muskuler (IM) tek doz şeklindedir. Prokain penisilin G ise 600.000 IU/gün, 8 gün boyunca toplam 4.8 milyon IU şeklinde önerilir. Oral penisilin tedavisi ise etkinliği takip edilemeyeceği ve hasta uyumu zor olabileceği için önerilmez. Penisilin alerjisi olan hastalarda tetrasiklin (500 mg, günde 4 kez, 14 gün) ve doksisisiklin (100 mg, günde 2 kez, 14 gün) kullanılabilir. Bunların dışında primer veya sekonder sifilis tedavisinde seftriakson 1-2 gram/gün IM veya intra venöz (IV) olarak 10-14 gün kullanılabilir. Primer ve sekonder sifiliste 2 gram tek doz azitromisin de bazı hastalarda etkili olmaktadır.<sup>1,13</sup> Erken latent sifilis tedavisinde tek doz benzatin penisilin G 2,4 milyon IU IM yolla kullanılır. Geç latent sifilis tedavisinde benzatin penisilin G 2,4 milyon IU 1 hafta ara ile 3 doz olacak şekilde kullanılır. Tersiyer sifiliste, kardiyovasküler ve geç benign sifilis tedavisinde benzatin penisilin G 2,4 milyon IU IM yoldan 3 doz kullanılır. Nörosifiliste kristalize Penisilin G 18-24 milyon IU/gün IV olarak 10-14 gün süresince kullanılır. Prenatal sifiliste, gebeliğin 16. haftasından önce tedavisi yapılmış annelerin bebekleri de sifilise karşı korunmuş olur. 16. haftadan sonra tedaviye rağmen fetal enfeksiyon meydana gelmişse fetus *in utero* tedavi edilir. Özellikle gebeliğin geç dönemlerinde, tedaviye rağmen bebek konjenital sifilis bulguları taşıyabilir. Sifilisin epidemiyolojik tedavisi de önemlidir. Sifilis ile teması olan kişiler de koruyucu tedavi almalıdırlar. Bu kişilere 2,4 milyon IU benzatin penisilin G IM yoldan uygulanır.<sup>1</sup>

Tedaviden 6 ve 12 ay sonra serolojik testler (VDRL) tekrarlanmalıdır ve test titreleri başlangıç ile karşılaştırılmalıdır. Tedaviye serolojik yanıtı saptamak zor olabilmektedir. Daha önce sifilis tedavisi almış hastalarda nontreponemal testler daha yavaş düşme eğilimindedir. Primer ve sekonder sifiliste nontreponemal testlerde 6-12 ay içinde dört katı düşme ortaya çıkmazsa, belirti ve bulgular devam ederse ve re-enfeksiyon dışlanamamışsa bu durum tedavi yetersizliği anlamına gelir. Böyle durumlarda beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesi yapılmalı ve tedavi tekrarlanmalıdır.<sup>13</sup>

Yaşlılık genel anlamı ile "65 yaş ve üzeri bireylerin deneyimlediği süreç" şeklinde ifade edilmektedir.<sup>14</sup> Yaşlı nüfus oranı düşük olan ülkelerde, yaş sınırı 60 yaş olarak kabul edilebilmektedir. Yaşlılık, yaşamsal fonksiyonların sürekli azalması, organizmanın verimliliğindeki azalma ve çevresel etkenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak ifade edilirken, süreçle birlikte hastalık riskinde de artışa yol açmaktadır.<sup>15</sup>

Dünyadaki her ülkede, nüfus içindeki yaşlı kişilerin oranında artış yaşanmaktadır. 2030 yılına kadar dünyadaki her altı kişiden birinin 60 yaş ve üzerinde olması beklenmektedir. Tipik bir yaşlı insan yoktur. Seksen yaşındaki bazı kişiler, 30 yaşındaki birçok kişiye benzer fiziksel ve zihinsel kapasitelere sahip olabilmektedir. Bazı insanlar ise çok daha genç yaşlarda kapasitelerinde önemli düşüşler yaşayabilmektedir. İleri yaşlarda görülen bu çeşitlilik ise tesadüf değildir. Büyük bir kısmı, insanların fiziksel ve sosyal çevrelerinden ve bu çevrelerin sahip oldukları fırsatlar ve sağlık davranışları üzerindeki etkisinden kaynaklanmaktadır. İçine doğduğumuz aile, cinsiyetimiz, etnik kökenimiz gibi kişisel özellikler de önemli olmaktadır. Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu, 2021-2030'u BM Sağlıklı Yaşlanma On Yılı ilan etmiş ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) uygulamaya öncülük etmesini istemiştir.

BM Sağlıklı Yaşlanma On Yılı, daha uzun ve daha sağlıklı yaşamları teşvik etmek için 10 yıllık uyumlu, hızlandırıcı ve işbirlikçi eylem için hükümetleri, sivil toplumu, uluslararası kuruluşları, profesyonelleri, akademiye, medyayı ve özel sektörü bir araya getiren küresel bir iş birliğidir. BM Sağlıklı Yaşlanma On Yılı, dört alanda toplu eylem yoluyla sağlık eşitsizliklerini azaltmayı ve yaşlıların, ailelerinin ve toplulukların yaşamlarını iyileştirmeyi amaçlamaktadır: , yaş ve yaşlı ayrımcılığına yönelik düşünce, duyu ve davranış biçimimizi değiştirmek, toplulukları yaşlı insanların yeteneklerini geliştirecek şekilde geliştirmek, yaşlı insanlara yanıt veren kişi merkezli entegre bakım ve birinci basamak sağlık hizmetleri sunmak ve buna ihtiyacı olan yaşlı insanlara kaliteli uzun vadeli bakıma erişim sağlamak.<sup>16</sup>

Yaşlılık doğal bir süreçtir ancak bu dönemde ortaya çıkan değişimler bireylerin cinsel sağlığını da etkileyebilmektedir ve yaşlılıkta cinsellik ihmal edilebilmektedir. Giderek artan yaşlı nüfusun bakım ihtiyaçlarının içinde cinsellik de değerlendirilmelidir. Yaşlanınca cinselliğin sona ermesi gerektiği inancı, yaşlıların cinsel sağlığa yönelik hizmet almasını olumsuz bir şekilde etkilemektedir. İleri yaştaki pek çok yetişkinin farklı davranış ve partner tipi ile aktif cinsel yaşamlarının olduğu bilinmektedir. Fakat 40 yaşın üzerindeki bireylerde gebelik kaygısının olmaması nedeniyle çok düşük prezervatif kullanım oranları mevcuttur. Bu durum ise cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) riskinde artışa neden olmaktadır. Bu sebeple tüm sağlık çalışanları yaşlılık döneminde CYBH riski ve önlenmesi konusunda bilinçli olmalıdır.<sup>17</sup>

Yaşlı yetişkinler arasında cinsel sağlıkla ilgili sorunlar, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Yapılan çalışmalar, yaşlı erişkinlerde ( $\geq 50$  yaş) sifilis yükünün arttığını göstermektedir. Yeni teşhis edilen yaşlı yetişkinlerin erkek olma, bilinmeyen bulaşma yollarına sahip olma ve geç teşhis edilme olasılıkları daha yüksektir. Cinsel sağlık sorununu ele almak için, cinsel sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, CYBH bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir.<sup>18</sup>

Aile hekimliği, tıp disiplinleri arasında ayrılmamış hasta ile en sık karşılaşılan bölümlerendir. Bu makalede, aile sağlığı merkezine genital bölgede yara, sol kasıkta şişlik ve ağrı şikayetiyle gelen ileri yaşta bir hastaya aile hekimi tarafından sifilis teşhisinin konulması ve tedavisinin yapılması sürecini ve düşük prevalans hekimliği ve ayrılmamış hasta yaklaşımının birinci basamaktaki önemine vurgu yapmayı amaçladık

### **Olgu**

Altmış bir yaşında bekar erkek hasta genital bölgede yara, sol kasıkta şişlik ve ağrı şikayetleri ile aile sağlığı merkezine başvurdu. Başvurudan 30 gün önce riskli cinsel temas öyküsü mevcuttu. Yaklaşık 10 gün önce de penis kökünde küçük kaşıntılı bir yara çıkmış, giderek büyümüş, sol kasığında şişlikler ve zamanla bu şişliklerde ağrı başlamıştı. Ayrıca penis kökündeki yaranın üzerinde zamanla kabuklanma ve ağrı olmuş ve bu durum günlük işlerinde aksamalara yol açmıştı. Penisten şimdiye kadar akıntı olmamış ve hiç ateşi çıkmamıştı. Bu süreçte hastanın komşusunun hastaya, “kıl dönmesidir geçer” şeklinde telkinde bulunduğu ve hastanın bu sebeple bir hekime başvurmadığı öğrenilmişti. Ancak uzun yol şoförü olarak çalışan hasta, kasığındaki şişlikler ve ağrısı daha da artınca ve yarada hiçbir iyileşme olmayınca hastaneye gitmeye çekindiğini, tekrar yola gitmeden önce aile hekimine başvurmayaya karar verdiğini belirtti. Hastanın bu semptomları ayrılmamış hasta olarak geniş bir etyoloji çerçevesinde bulunmaktaydı.

Hastanın hipertansiyon dışında ek bir hastalığı yoktu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Cinsel tercihi sorgulandığında heteroseksüel (cinsel ve duygusal açıdan karşı cinse ilgi duymaya yönelik olan cinsel yönelim) olduğunu beyan etti. Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açık, oryante, koopere idi. Ateşi 36.5 santigrad derece, nabız 75/dk ve tansiyon arteryel 125/85 mm/Hg idi. Genital muayenesinde penis kökünde palpasyonda sert, yüzeyi kurutlu, ağrılı, yaklaşık 1x1.5 santimetre boyutunda ülsere lezyon (şankr) mevcuttu (Resim 1).



**Resim 1.** Şankr

Sol inguinal bölgede palpasyonda sert, ağrılı lenfadenopati (LAP) tespit edildi (Resim 2).



**Resim 2.** Lenfadenopati

Sağ inguinal bölge inspeksiyonu ve palpasyonu normaldi. Hastada palmo-plantar lezyon, diğer cilt lezyonları, alopesi, oral lezyon, gom, kondiloma lata, organomegali görülmedi. Eşlik eden herhangi başka bir cinsel yolla bulaşan hastalık bulgusu yoktu. Hastanın nörolojik muayenesi ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Halk sağlığı laboratuvarında yapılan tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı 22 mm/saat, CRP: 11,3 mg/L, lökosit sayısı 6.47 mm<sup>3</sup>, hemoglobin 14.2 gr/dl, hematokrit 45.3 %, platelet 259 mm<sup>3</sup> bulundu. Açlık kan şekeri: 100 mg/dl, HbA1c: 6.2 %, üre: 26 mg/dl, kreatinin: 1,02 mg/dl, eGFR: >60 ml/dk, AST: 23 U/L, ALT: 24 U/L, elektrolitler normal

seviyede, total kolesterol: 207 mg/dl, LDL kolesterol: 132 mg/dl, HDL kolesterol: 62 mg/dl, TSH: 1.013 µU/ml, ferritin: 33.7 ng/ml, vitamin B12: 185 pg/ml, 25-hidroksi vitamin D: 27.04 ng/ml, HbsAg (-), anti HCV (-), anti HIV (-), anti Hbc total (-), ve anti Hbs (-) idi.

VDRL test sonucu, "kuşukulu pozitif olup TPHA ile doğrulanması uygundur" şeklinde raporlandı ve doğrulama testi olan TPHA devlet hastanesi laboratuvarında yapıldı. Yapılan tetkikte TPHA 1/320 (+) olarak raporlandı.

Mevcut bulgular eşliğinde hastada primer sifilis tanısı düşünüldü. Sifilis bildirim zorunlu hastalıklardan biri olduğu için Form 014 ile bildirim yapıldı. İlaç alerjisi olmayan hastaya tek doz IM 2.400.00 IU benzatin penisilin G tedavisi yapıldı. Lezyonun ağırlı olması, akut faz reaktanlarının hafif yüksek olması ve yine ağırlı LAP varlığı bir süperenfeksiyonu düşündürdü ve oral tetrasiklin, topikal fusidik asit ve oral nonsteroid antienflamatuar ilaç tedavisi verildi. Tedavinin dördüncü gününde hastanın şikayetleri geriledi, tedavi süresi 7 güne tamamlandı.

Hastaya, cinsel eşine de danışmanlık ve tarama yapılması gerektiği açıklandı. Cinsel eşe, aile sağlığı merkezine kayıtlı olmaması ve başka ilde bulunması sebebiyle ulaşılamadı. Hastaya cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yöntemleri hakkında danışmanlık verildi. Hepatit B aşısı hakkında bilgi verildi ve 0-1-6. aylarda toplam 3 doz olmak üzere erişkin Hepatit B aşısı önerildi. Sifilis ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından takiplerin nasıl yapılacağı hakkında bilgi verildi. Hastaya üç ay ve altı ay sonra tekrar HIV, hepatit B (HBV) ve hepatit C (HCV) taraması ve VDRL testi için tetkik olmaya davet edileceği anlatıldı. Üç ay sonra telefon ile aranan hasta, işi nedeniyle evinde olmadığını, gerekli tetkikleri bulunduğu yerdeki hastanede yaptırabileceğini beyan etti. Altı ay sonra yine telefon ile aranan hastaya telefonu açmaması nedeniyle ulaşılamadı. Hastanın tekrar gelmemesi, iletişim numarasına ulaşılamaması nedenleriyle takibi aile sağlığı merkezinde yapılamadı.

### **Tartışma**

Sifilis düşük gelirli ülkelerde endemik olarak görülebilmektedir. Hastalık, morbiditesine ek olarak HIV enfeksiyonu riskini de artırmaktadır. Tedavi edilmediğinde pek çok klinik görünümde ilerleyip ağır nörolojik ya da kardiyovasküler olaylara neden olabilmektedir.<sup>3</sup> Çeşitli belirtileri yorumlayıp tanıyı doğrulamak ve de tedaviye yanıtı değerlendirmek için kullanılan serolojik testlerin yorumlanmasındaki zorluklar nedeniyle sifilisin tanı ve tedavisi güç olabilmektedir.<sup>3,12</sup> Genital ülser ile seyreden cinsel yolla bulaşan hastalıkların HIV, HBV ve HCV geçişini kolaylaştırdığı bilinmektedir. Bu nedenle bu hastalarda HBV ve HCV ile HIV enfeksiyonu gibi diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların araştırılması gereklidir. Ülkemizde çocuklardaki HBV aşılama kapsamının genişletilip, cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından riskli erişkinleri de kapsamı gereklidir. Bu hastaların etkili korunma yöntemleri kullanarak diğer enfeksiyonlardan da korunmaları için eğitimler verilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.<sup>19</sup> Olguda, VDRL tetkik sonucu şüpheli gelmesi sonrası istenen doğrulama testi TPHA 1/320 (+) olarak raporlanmıştır. Bu şekilde sifilis tanısı konulmuştur. Olgudan alınan anamnez, yapılan fizik muayene ve serolojik test sonuçlarına göre eşlik eden HIV, HBV, HCV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar saptanmamıştır. Makalede yer verilen hasta erkekti. Literatürde sifilis olgularının cinsiyet dağılımları incelendiğinde hastaların erkek ağırlıklı olduğu, erkek/ kadın oranının 1/1 ile 5,3/1 arasında bulunduğu belirtilmiştir.<sup>3</sup> Kuzey Amerika'da sifilis hastalarının yaş ortalamasının 40 yaş altında olduğu bildirilmiştir.<sup>3,5</sup> Ülkemizde yapılan bir çalışmada sifilis olgularının yaş ortalaması 39,4 bulunmuştur.<sup>4</sup> Sifilis vakaları geçmiş yıllarda genç erişkinlerin hastalığı şeklinde bilinirken, yıllar içerisinde epidemiyolojik özelliklerin değişmesiyle birlikte ilerleyen yaşlarda da yeni sifilis vakaları bildirilmeye başlanmıştır.<sup>20</sup> Sunduğumuz olgunun yaşı 61 idi ve bu yaş literatürde belirtilen yaş ortalamasının üzerindeydi. Bu sonuç son yıllarda erişkin gruplarında da sifilisin görülmeye başladığı verisiyle uyumludur.

Literatürde sifilisin homoseksüel erkekler arasında daha çok görüldüğü bildirilmiştir.<sup>21</sup> Olgumuz heteroseksüel olduğunu ve sadece karşı cinsle riskli cinsel teması olduğunu beyan etmiştir. Erkeklerle ilişki yaşayan erkekler (Men sex men/MSM) CYBH'lar açısından yüksek risk altındadır. Çünkü anal cinsel ilişki vardır ve bu durumda rektal mukoza bazı patojenlere karşı daha hassas hale gelmektedir. Bu hastalarda tekrarlayan sifilis enfeksiyonları yaygındır. Ayrıca çok sayıda cinsel partnerin mevcudiyeti, madde kullanımının olması ve cinsellik için kurulmuş birtakım ağlara ulaşımın olması bu grubun CYBH'lara yakalanma riskini yükseltmektedir. Bu kişilerin HIV, sifilis, gonore (üretral, rektal, nazofaringeal) ve klamidya (üretral, rektal) için yıllık olarak taranması önerilmektedir. Ayrıca risk faktörlerine göre HSV, HPV, HBV, HCV ve HAV açısından da tarama önerilmektedir. Bu hastalarda da ayrıntılı bir cinsel öykü almak, kişiye özel danışmanlık ve bakım sağlamak için atılacak olan ilk adımdır.<sup>22,23</sup> Ayrıca eşcinsel ve biseksüel ve MSM erkeklerin hepsi sifilisin aşırı yan etkilerini yaşamaktadırlar. 2021 CYBH Gözetim Raporundaki tüm birincil ve ikincil sifilis vakalarının %36'sını bu grup oluşturmaktadırlar. Bununla birlikte, son yıllarda heteroseksüel erkekler ve kadınlar arasında da vaka oranlarının arttığı bildirilmiştir.<sup>7</sup>

Ayrıntılı evreleme yapan çalışmalar, sifilisin tanı alma anındaki evrelerinin geniş bir yelpazede dağıldığını göstermektedir.<sup>3</sup> Bir derlemede, ileri evre sifilis teşhisinin kadınlar arasında daha fazla olmasının birincil lezyonların kadınlarda daha az görülmesinden kaynaklanabileceği ve bu sebeple kadınların daha geç ve ileri evrede başvurabileceği belirtilmektedir.<sup>24</sup> Sunduğumuz olgu, penil ülsere lezyonu olması sebebiyle erken evrede polikliniğimize başvurmuş ve primer sifilis tanısı almış bir erkektir. Erken evre sifilis tanısı önemlidir. Sifilis

düşündüren belirti veya semptomları olan herhangi bir kişiye mutlaka sifilis testi yapılmalıdır. Ayrıca yakın zamanda sifilis teşhisi konulan ve oral, anal veya vajinal seks partneri olan herkese test yapılmalıdır.<sup>7</sup> Sağlık hizmetlerinde hasta ile ilk temas noktası birinci basamak hekimleri olan aile hekimleridir. Aile hekimleri, cephenin önündeki hekimlerdir, bakıma ihtiyaç duyan hastalar için giriş noktasını oluştururlar, yaş, cinsiyet ve diğer özelliklerin ayrımını gözetmeksizin bireyin tüm sağlık problemleriyle ilgilenirler. Birinci basamak hekimleri genellikle ayrışmamış (çözülmemiş/önceden teşhis edilmemiş) hasta ve organize olmamış (klinik olarak tam oturmamış) semptomlarla ilgilenirler. Aile hekimleri ayrıca hastalara ait bulgu ve semptomlara ilişkin olasılıklar ve olasılık oranları konusunda da ustalık kazanmalıdırlar. Bu tip bilgiler, hasta için müdahalenin gerekip gerekmediği veya bekle-gör yaklaşımının uygun olup olmadığına karar vermek için gerekebilir. Bu sebeple, birinci basamakta hasta yönetiminde farklılıklar vardır.<sup>25,26</sup> Bu olgu sunumunda da aile sağlığı merkezine ilk kez genital bölgede yara, sol kasıkta şişlik ve ağrı şikayetiyle gelen hastada düşük prevalans hekimliği ve ayrışmamış hasta yaklaşımının birinci basamaktaki önemi dile getirilmiştir.

Hobbs ve arkadaşlarının yapmış olduğu olgu sunumunda 42 yaşında HIV pozitif bir erkek, cinsel sağlık kliniğine şankr ile başvurmuş ve karanlık alan mikroskopunda *T.pallidum* tespit edilmiştir. Yine antiretroviral tedavi gören 60 yaşında HIV pozitif bir erkek, bilişsel gerileme öyküsüyle nöroloji kliniğine başvurmuş ve nörosifilis tanısı almıştır.<sup>27</sup> 16 yıllık bir süre boyunca Çin'de yaşlı yetişkinler arasında sifilis enfeksiyonu ve tanı ile ilişkili faktörleri araştıran tanımlayıcı bir çalışmada, yaşlı erişkinlerde sifilis yükünün arttığı tespit edilmiştir. yetişkinlerin ( $\geq 50$  yaş) verileri genç insanların (15–49 yaş) verileriyle karşılaştırıldığında, çalışma süresi boyunca, yaşlı erişkinlerde 242.115 yeni sifilis teşhisi bildirilmiş ve yeni teşhislerin ortalama bildirim oranının 16 yıllık sürenin tamamında önemli ölçüde arttığı görülmüştür. Yeni teşhis edilen yaşlı yetişkinlerin erkek olma, bildirim yapan şehrin yerlisi olma, bilinmeyen bulaşma yollarına sahip olma ve geç teşhis edilme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Yine bu çalışma ile yaşlı erişkinlerde yeni üçüncül sifilis tanılarında önemli bir artış olduğu bulunmuştur. Geç sifilis enfeksiyonları yıllar sonra gommatöz hastalıklar, kardiyovasküler problemler veya merkezi sinir sistemi tutulumu olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu durum ise ileri yaşta zaten yüksek olan morbiditeyi genç bireylere göre daha da artırmaktadır. Bu bulgular, sağlık hizmeti sunucuları arasında farkındalığın artırılması ve yaşlı yetişkinler için sifilis hizmetlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonu gibi yaşlı yetişkinler için koruyucu sağlık yaklaşımlarının gerekliliğini ortaya koymuştur.<sup>18</sup>

Sifilis tedavisi için primer ilaç olarak penisilin önerilir. Benzil penisilin türevleri ile sifilis, hastalığın herhangi bir evresinde yeterli antibakteriyel tedavi rejimi uygulanarak tedavi edilebilir. Tedaviye yanıt serolojik testlerle değerlendirilir.<sup>3</sup> Bu olguda da penisilin tedavisi uygulanmıştır

*Dünya Aile Hekimleri Birliği (The World Organization of Family Doctors -WONCA)* Avrupa 2002 tanımına göre; "Aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır".<sup>28</sup> Hasta merkezli klinik yöntem (HMKY), aile hekimliğini bir disiplin haline getiren temel özelliklerden biridir. DSÖ'nün 1948'deki tanımına göre "Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir".<sup>29</sup> Bu nedenle geleneksel biyomedikal model tam bir iyilik halini sağlama konusunda eksik kalabilmektedir. HMKY, Dr. George Engel'in 1970'lerde dile getirdiği biyopsikososyal modelin hayata geçmesine olanak sağlamaktadır. HMKY bütüncül yaklaşımı desteklemektedir.<sup>30</sup> Hasta merkezli klinik yöntemin birbiriyle etkileşimli, birbirini destekleyen dört bileşeni vardır: hem hastalık (disease) hem de rahatsızlık (illness) deneyimlerini keşfetmek, bireyi bir bütün olarak ele almak, ortak zemin oluşturmak ve hasta-doktor ilişkisinin geliştirmek. Hasta merkezli yaklaşım, aile hekimine teşhis koyma ve tedavi sağlama konusunda yardımcı olabilir. Yapılan bir araştırmada, 315 aile hekimi/hasta görüşmesinden 311'inde hasta tarafından en az bir semptom dile getirilmiştir. Semptom dile getiren hastaların %89'u semptomlarının anlamı hakkındaki görüşlerini de bildirmişlerdir. Örnek olarak hasta, "Bence bu baş ağrıları ciddi bir sebepten kaynaklanıyor olabilir" veya "Baş ağrısının sebebi stres olabilir mi acaba?" diyebilmiştir. Bu olgu sunumunda da hasta kendi semptomlarının "kıl dönmesi" nedeniyle olabileceğini beyan etmiştir. Yine aynı çalışmada, aile hekimlerine başvuran hastaların %16'sı düşüncelerini, beklentilerini, günlük yaşam aktiviteleriyle ilgili sorunlarını, aile/arkadaşlar/yaşam döngüsü sorunlarını ve duygularını kapsayan beş boyutu dile getirmişlerdir. %45'i bu beş boyuttan dördünü ve %71'i de üçünü görüşme esnasında beyan etmişlerdir. Multimorbidite ve birlikte ortaya çıkan rahatsızlık deneyimlerine ilişkin bu veriler, aile hekimlerinin, hastalarının sorunlarının tüm bu yönlerini ve hastalık ile rahatsızlığın arasındaki etkileşimi derinlemesine anlama ihtiyacını kavramalarına ve hastaların neden hasta odaklı bakım beklediklerine yardımcı olabilir.<sup>31</sup> HMKY uygulanırken sorulacak açık uçlu sorularla hastanın rahatsızlığıyla ilgili duyguları, düşünceleri, beklentileri ve durumunun günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkileri değerlendirildiğinde ve ortak bir zemin oluşturulabildiğinde biyomedikal yönetime göre daha büyük kazançlar ortaya çıkmaktadır. Bu sayede hastalar kendilerini sorumlu hissederek oluşturulan bakım planına daha iyi uyabilmekte, kendi mevcut kaynaklarını daha etkin kullanarak fizyolojik sağlıklarında iyileşme ortaya çıkarmakta ve koruyucu hekimlik uygulamalarında aile hekimleriyle birlikte daha uyumlu çalışabilmektedirler. Aile hekimleri, daha önceden bir doktor tarafından

değerlendirilmemiş veya sınıflandırılmamış, diğer bir deyişle farklılaşmamış rahatsızlıklarla, ayrışmamış hastalarla daha sık bir şekilde karşılaşılır. Hayatı tehdit edebilen ciddi ve acil müdahale ve bakım gerektirebilen hastalıkları, geçici basit rahatsızlık ve hastalıklardan ayırmaları gerekir.<sup>30</sup> Literatürde ülkemizde yapılmış, özellikle birinci basamakta tanı almış ve tedavisi düzenlenmiş erişkin sifilis olgu sunumuna rastlanmamıştır. Bu çalışmanın, birinci basamakta disiplinimiz için önemli konulardan olan hasta merkezli klinik yöntem, düşük prevalans hekimliği ve ayrışmamış hastalıkların yönetimiyle ilgili literatüre kaynak teşkil edeceğini düşünmekteyiz.

### **Sonuç**

Sifilis hala güncelliğini koruyan bir enfeksiyon hastalığıdır. “Büyük taklitçi” olarak bilinen bu hastalık çok farklı klinik tabloda görülebildiğinden dolayı hekimler dikkatli olmalıdır. Sifilis şüphesi olan her hastadan tarama testleri istenmelidir. Hastaların ayrıca riskli olmaları nedeniyle HIV başta olmak üzere HBV, HCV gibi diğer kan ve vücut sıvıları ile bulaşabilecek hastalıklar açısından da değerlendirilmeleri gerekir. Ayrıca varsa cinsel eşlerin de ayrıntılı şekilde değerlendirilmeleri önem arz etmektedir.<sup>3,4</sup>

Doğumda beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte bireylerin yaşlılık döneminde geçirecekleri zaman da artmıştır. Bu sebeple yaşlılık sürecinde meydana gelen sağlık problemleri de çoğalmıştır. Bireylerin doğru sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri ve bakım ihtiyaçlarının karşılanması bu sürecin sağlıklı geçirilmesi için önem arz etmektedir. Cinsel sağlık, bireylerin genel sağlığından ayrı olarak tutulmamalı ve mutlaka değerlendirilmelidir. Sağlık hizmeti talep eden yaşlıların cinsellikle ilgili riskli davranışları tespit edilmeli ve bakım gereksinimleri bütüncül bakış açısıyla değerlendirilmelidir.<sup>17</sup> Yaşlı yetişkinler arasında cinsel sağlıkla ilgili sorunlar, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Yapılan çalışmalar, erişkinlerde (≥50 yaş) sifilis yükünün arttığını göstermektedir.<sup>18</sup>

Hastalığın toplum sağlığını etkileyebilen önemli bir hastalık olması, birinci basamak hekimleri tarafından bu hastaların diğer kliniklerle iş birliği ile tedavi ve takip edilmesi ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından danışmanlık verilmesi konuları toplum sağlığın iyileştirilmesi açısından önem arz etmektedir.

Sonuç olarak, sifilis hala toplumumuz için önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Şüpheli cinsel temas öyküsü bulunan hastalarda öncelikli düşünülmesi gereken hastalıklardandır. Sifilis tanısı alan hastaların diğer olası cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından taranması ve özellikle toplumda yayılımını azaltmak amacıyla riskli cinsel temastan kaçınma ve cinsel temasta etkili korunma yöntemleriyle ilgili eğitimler verilmesi önemlidir.<sup>5</sup> Bu vakanın bir aile sağlığı merkezinde aile hekimi tarafından tespit edilip tanısının konulması ve tedavisinin düzenlenmesi birinci basamak hekimliği için önemlidir. Ayrıca ayrışmamış hastalara yaklaşım ve düşük prevalans hekimliği açısından, aile hekiminin zaman, etkinlik ve maliyet gibi konularda önemli roller üstlendiğine vurgu yapmak istenmiştir.

### **Etik Beyanlar**

**Aydınlatılmış onam:** Bu çalışmaya katılan hastanın aydınlatılmış onamı alınmıştır.

**Çıkar çatışması:** Yazarlar, bu çalışmada herhangi bir çıkarı dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansal destek:** Çalışmanın finansal desteği bulunmamaktadır.

**Yazar katkıları:** Yazarların tümü makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

### **Kaynaklar**

1. Serdaroğlu S. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar. Tüzün Y, Engin B, editörler. Dermatolog Olmayanlar İçin Dermatoloji. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; Mart 2012, No: 76. p. 83 – 124.
2. Karabacak E, Acar A, Aydın E, Doğan B. Bir eğitim araştırma hastanesinde 1996-2012 yılları arasındaki sifilis olgularının değerlendirilmesi. *Türkderm* 2014; 48: 67-70.
3. Alkan S, Akça A, Önder T, Güçlü Kayta SB, Vurucu S, Yüksel C ve ark. Eski ama eskimeyen hastalık sifilis: olgu serisi. *YÖBU Faculty of Health Sciences Journal* 2022; 3 (1): 53-58.
4. Karaosmanoğlu N, Baskovski IGİ, Karaaslan E, Kıratlı E, Ekşioğlu HM. Dermatoloji kliniğine son iki yılda başvuran sifilis olgularının değerlendirilmesi. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg* 2018; 52 (1): 69-73.
5. Oğrum A, Karataş A, İzol B, Güngör E, Ekşioğlu HM. Bir eğitim araştırma hastanesinde tanı alan sifilis olgularının demografik bulguları. *Van Tıp Derg* 2019; 26 (3): 279-284.
6. Fitzgerald F. The great imitator, syphilis. *West J Med* 1981; 134 (5): 424-32.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). STDs. [Internet]. [Erişim Tarihi: 20.07.2023] Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/std/syphilis/stdfact-syphilis-detailed.htm>
8. Sağlık Bakanlığı. [Internet]. [Erişim Tarihi: 15.03.2023] Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/sifiliz/sifiliz-liste/sifiliz-istatistik.html>
9. Gottlieb SL, Newman LM, Amin A, Temmerman M, Broutet N. Sexually transmitted infections and women's sexual and reproductive health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2013; 123 (3): 183-184. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.09.013.



10. Çelikcan G, Uncu Y. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon hastalıklarında tarama yöntemleri ve korunma. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi Mart Nisan 2017; 9 (2): 28-31.
11. Sezgin B, Aydın Kartal Y. Gebelik döneminde uygulanan kanıta dayalı yaklaşımların güncel rehberler doğrultusunda incelenmesi. Journal of Ankara Health Sciences 2021; 10 (1): 92-107.
12. Satyaputra F, Hendry S, Braddick M, Sivabalan P, Norton R. The laboratory diagnosis of syphilis. Journal of Clinical Microbiology October 2021; 59 (10): 1-11.
13. Workowski KA, Bolan GA. Sifilis. Aydoğan K, Dicle Ö, Doğan B, Keçici AS, Köse O, Serdaroglu S, çev.editörleri. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tedavi Rehberleri. İstanbul: Galenos Yayınevi; 2015. p. 13-39.
14. United Nation. World population ageing 2017: Highlights. Retrieved from United Nations. [Internet]. [Erişim Tarihi: 15.07.2023] Erişim adresi: [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017\\_Highlights.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf)
15. WHO. [Internet]. [Erişim Tarihi: 15.07.2023] Erişim adresi: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
16. WHO. [Internet]. [Erişim Tarihi: 15.07.2023] Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
17. Temizkan Sekizler E, Atan ŞÜ. Yaşlılık ve cinsel sağlık. Geriatrik Bilimler Dergisi 2023;6 (1): 52-59. Doi: 10.47141/geriatrik.1177354
18. Wang C, Zhao P, Xiong M, Tucker JD, Ong JJ, Hall BJ at al. New syphilis cases in older adults, 2004–2019: an analysis of surveillance data from south China. Front. Med 2021; 8: 1-9. Doi: 10.3389/fmed.2021.781759
19. Kavak A, Parlak AH, Akman RY, Yeşildal N, Anul H, Aydoğan İ ve ark. Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda hepatit B, C ve HIV enfeksiyonları açısından bir değerlendirme. TÜRKDERM 2002; 36: 272-275.
20. Alkan S, Akça A, Önder T, Güçlü Kayta SB, Vurucu S, Yüksel C. Her iki gözde görme kaybı ile başvuran sifilis olgusu. Chron Precis Med Res 2021; 2 (3): 59-61.
21. Ling DI, Janjua NZ, Wong S, Krajden M, Hoang L, Morshed M at al. Sexually transmitted infection trends among gay or bisexual men from a clinic-based sentinel surveillance system in British Columbia, Canada. Sexually Transmitted Diseases March 2015; 42 (3): 153-159.
22. Ayaz ÇM, Zarakol P. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma stratejileri. Sain Güven G, Yıldız P, editörler. Periyodik Sağlık Kontrolü. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021: 48-54.
23. CDC 2021. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. [Internet]. [Erişim Tarihi: 20.07.2023] Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/msm.htm>
24. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: Review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. Clin Microbiol Rev 1999; 12 (2): 187-209.
25. Set T, Ateş E, Taştan K. Mental processes on the clinical problem solving in family medicine. Editöre Mektup. Konuralp Tıp Dergisi 2019;11 (1): 161-162.
26. Rakeş RE, Rakeş DP. Klinik problem çözme. Saatçi E, çev editörü. Aile Hekimliği. 9. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi;2019. p. 120-125.
27. Hobbs E, Vera JH, Marks M, Barritt AW, Ridha BH, Lawrence D. Neurosyphilis in patients with HIV. Pract Neurol 2018 Jun;18 (3): 211-218. Doi: 10.1136/practneurol-2017-001754.
28. Justin A, President BG, Crebolder H, Catholic JH, Svab I, Maastricht PR, The European Definitions 2011. In: Evans P, ed. The European Definition of General Practice/Family medicine. Spain: WHO Europe Office; 2011. p.8-9)
29. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (Son olarak 01.07.2016'da ziyaret edilmiştir)
30. Karataş Eray İ. Klinik yöntem ve ayrışmamış hasta. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017; 8 (2): 100-102.
31. Stewart M. The patient-centered clinical method: a family medicine perspective. Türk Aile Hek Derg 2013;17(2):73-85.