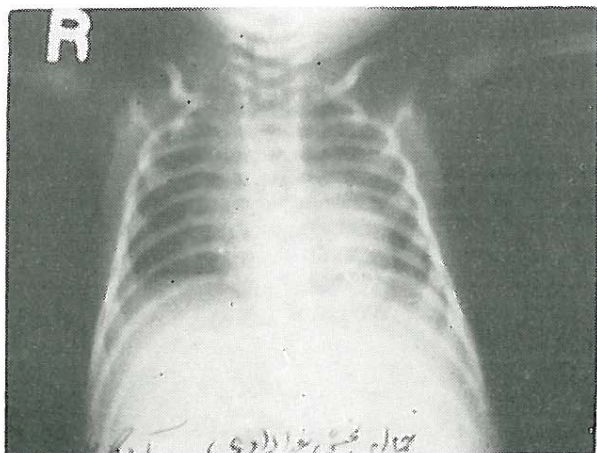


معرفی يك نوزاد مبتلا به سیفیلمیس مادرزادی

دکتر محمد حسین حاتمی * دکتر احمد بهداد **



شکل ۱ - تصویر جهانبخش - خ هنگام بستری شدن در بیمارستان.



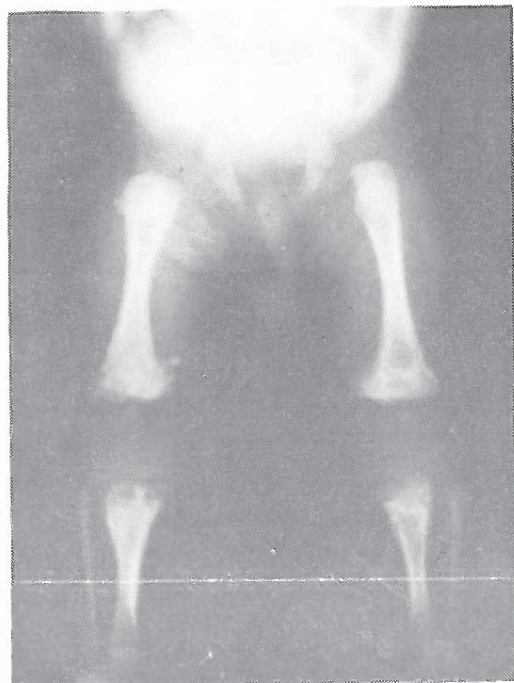
شکل ۲ - رادیوگرافی قفسه سینه جهانبخش - خ هنگام بستری شدن .

جهانبخش - خ : ۲۵ روزه بعثت عدم توانائی در حرکت دادن اندامها (دستها و پاها) از مسجد سلیمان اعزام و به بیمارستان کودکان معرفی گردید . اطرافیان طفل یک هفته قبل از مراجعه متوجه میشوند که طفل نمیتواند دست و پای خود را حرکت دهد . سابقه تشخیص : زایمان که در منزل انجام شده ظاهراً طبیعی است . مادر بزرگ زایمان را انجام داده ، نوزاد فرزند پنجم است و فرزند اول و چهارم خانواده در ماه ششم حاملگی سقط شده اند - زایمان سفالیک و نسبتاً سریع بوده است در موقع زایمان و روزهای اول تولد ظاهراً عوارضی وجود نداشته است - از شیر مادر تغذیه میکند . ظاهراً مادر در دوران حاملگی بیماری مهمی نداشته و داروئی مصرف نکرده است .

پدر و مادر فامیل نیستند و در سابقه خانوادگی هیچیک بیماری قابل توجهی مشاهده نمیشود . در موقع بستری شدن ، طفل رنگ پریده ، بیحال ، بوزن ۳ کیلو و در معاینه صداهای قلب طبیعی و در سمع ریتمین عارضه ای مشهود نبوده است . نبض ۱۲۰ و تنفس ۴۰ در دقیقه ، درجه حرارت ۳۷ ، شکم قدری نفاخ و کبد و طحال قابل لمس بود .

نکته جالب برجستگی و تورم انتهای پروکسیمال استخوانهای ساق و بازوی دوطرف بود . مختصر حرکت دست از آرنج بیائین وجود داشت . رفلکسهای مورو و گراسپینگ وجود نداشت . رفلکسهای صلیبی و مکیدن برقرار بود .

فرمول و شمارش	گلبول سفید	۱۲۸۰۰۰ در میلیمتر مکعب
گلبولی:	چند هسته ای	۶۹٪
	متامیلوسیت	۱٪
	لنفوسیت	۳۰٪
	هموگلوبین	۸ گرم درصد سی سی



شکل ۳ - رادیوگرافی استخوانهای بلند جهانبخش - خ سه هفته پس از بستری شدن در بیمارستان .

برای یادآوری بیماری سیفیلیس خصوصاً نوع مادرزادی آن ذیلاً بطور اختصار شرح داده میشود :

مقدمه : اگر از شرح سیفیلیس در زمان قبل از پنی سیلین یعنی در دوره درمان با آرسینیک و بیسموت و غیره

بعایت رعایت اختصار بگذریم شاید جمله معروف Sir William Osler: "He who knows syphilis knows Medicine"

اهمیت این بیماری را در گذشته نشان دهد . نا کمی پس از جنگ جهانی دوم در آمریکا مراکز متعددی جهت درمان مبتلایان به سیفیلیس وجود داشت و سالیانه در حدود ۱۸۵۰۰۰ مبتلا تحت درمان قرار میگرفت .

پیدایش پنی سیلین و مصرف وسیع این آنتی بیوتیک خصوصاً انواع با اثر طولانی آن نقصان فاحشی در شیوع این بیماری بین سالهای ۱۹۴۰ - ۱۹۵۰ بعمل آورد . بطوریکه بسیاری تصور کردند بیماری سیفیلیس بزودی از روی زمین محو خواهد شد ، ولی پس از این شیوع کم که سالیانه حدود ۶۵۰۰ مبتلا بود شیوع بیماری مجدداً رو بافزایش نهاد بطوریکه در سال ۱۸۶۳ از ۲۲۰۰۰ مورد تجاوز نمود . بدین جهت مجدداً سیفیلیس مورد توجه قرار گرفت و برنامه‌های وسیعی برای مقابله با این بیماری که افزایش شیوع آن در این زمان سالیانه ۵۰٪ بود تدوین گردید و بمورد اجرا گذاشته شد .

گرچه در حال حاضر از افزایش شیوع بیماری جلوگیری بعمل آمده لکن ریشه کن ساختن آن عملی نیست مگر باتوجه وهمکاری عموم پزشکان که نه تنها باید قادر به تشخیص و درمان این بیماری باشند بلکه بایستی تمام

(همراه با آنیزوسیتوز و آنیزوکرومی) .

سدیمانتاسیون ساعت اول ۱۳۰ میلیمتر

ساعت دوم ۱۵۶ میلیمتر

کلسیم سرم ۸/۳ میلیگرم درصد سی سی

فسفر سرم ۴ میلیگرم درصد سی سی

فسفاتناز آلکالن ۲۷ واحد کینک آرمسترانگ

رادیوگرافی استخوانهای طویل انجام شد و چون علائم استئو کندریت مشهود بود آزمایش V.D.R.L بعمل آمد که نتیجه آن (++++) بود .

باتوجه بعلائم بالینی و رادیولوژیک و مثبت بودن آزمایش سرمی تشخیص سیفیلیس مادرزادی داده شد .

مایع نخاع احتمالاً بعلت پیکور خونی بود و آزمایش میکروسکپی ترشحات بینی که در بیمارستان انجام شد از نظر تریپونم منفی جواب داده شد .

درمان : باپنی سیلین پرکائینه بالغ بر صد هزار واحد بر حسب کیلوگرم وزن روزانه شروع و بمدت دوهفته ادامه داده شد . ضمناً چند نوبت بمقدار کم تزریق خون بعمل آمد و ویتامینها و داروهای کمکی تجویز گردید . طفل در موقع بستری شدن و در روزهای اول درمان بیحال بود و تبهای خفیف داشت و بخوبی تغذیه نمیکرد . تدریجاً حال عمومی روبه بهبود رفت ولی هموگلوبین چندان افزایش نیافت در آزمایش خون که ۲۵ روز بعد انجام گردید ، نتایج زیر بدست آمد :

گلبول سفید ۵۰۰۰ در میلیمتر مکعب هموگلوبین ۹ گرم درصد سی سی .

چند هسته‌های ۳۸٪ در میلیمتر مکعب آنیزوسیتوز ++
لنفوسیت ۵۸٪ در میلیمتر مکعب پوئیکیلوسیتوز +
منوسیت ۴٪ در میلیمتر مکعب پای کروماتوفیانی +
هیپوکرومی +++ .

درین موقع حال عمومی بیمار نسبتاً خوب بود بخوبی تغذیه میکرد حرکات اندامها تا حدی برقرار گردید و کودک با بهبودی مرخص شد .

چون والدین کودک کارگر وساکن مسجد سایمان بودند انجام آزمایشات سرمی و احیاناً درمان آنها در تهران میسر نشد . ناچار با سازمان مربوطه مکاتبه بعمل آمد و توصیه گردید تا درمحل از ایشان آزمایشات لازم بعمل آید و تحت درمان قرار گیرند و نتیجه را به بیمارستان اطلاع دهند ولی متأسفانه تاکنون اطلاعی نرسیده است و پی گیری ادامه دارد .

شاید برای پزشکان خیلی جوان و دانشجویان پزشکی که خوشبختانه از دیدن انواع بالینی ، مراحل مختلف و عوارض گوناگون سیفیلیس محروم بوده‌اند و احتمالاً درباره این بیماری شایع و وحشتناک زمان قبل از پنی سیلین کمتر مطالعه دارند معرفی این بیمار جالب بوده و عاملی برای توجه بوجود و شیوع نسبی آن برای تشخیص و درمان بموقع باشد .

ثابت و با بالا رونده ملاحظه شد با تشخیص سیفیلیس مادرزادی باید طفل را تحت درمان قرارداد .

مسئله تشخیص سرولژی سیفیلیس در نوزاد با پیدایش آزمایش **FTA-ABS IgM test** ساده شده است ، در این آزمایش آنتی بادی **IgM** اندازه گیری میشود و چون این آنتی بادی از جفت عبور نمیکند لذا وجود ($>20\text{mg}/100\text{ml}$) دلیل ساخته شدن آنتی بادی در بدن نوزاد و در نتیجه معرف ابتلاء نوزاد میباشد .

در نوزاد مبتلا ، آنتی بادی درموقع تولد ممکن است نسبتاً کم باشد ولی در عرض چند ماه تیتراژ آن افزایش می یابد . چنانکه گفته شد ابتلاء جنین ممکنست بدرجات مختلف صورت گیرد و نتیجه آن سقط نوزاد مرده و یا کودکی زنده مبتلا به سیفیلیس با علائم بالینی خفیف و یا شدید باشد .

سیفیلیس بیشتر سبب نوزاد هرد (Stillbirth) میگردد تا سقط جنین و این بعثت سن ابتلاء جنین میباشد بهمین علت نیز ضایعات و آنومالیهای اعضاء معمولاً در سیفیلیس مادرزادی دیده نمیشود .

در مواردیکه نوزاد زنده از مادر مبتلا به سیفیلیس متولد میشود ممکنست در بدو تولد و یا هفته های بعد علائم چندی نشان دهد که مجموعه آنها را علائم سیفیلیس مادرزادی زودرس مینامند و هرچه این علائم زودتر بروز کند نشانه شدت بیشتر بیماری میباشد . در سیفیلیس مادرزادی چون ترپونم مستقیماً وارد جریان خون جنین میگردد مرحله اول سیفیلیس در نوزاد دیده نمیشود .

علائم سیفیلیس مادرزادی زودرس عبارتند از :

بثورات جلدی ، ضایعاتی که بزودی پس از تولد دیده میشوند غالباً وزیکولی یا طاوولی میباشد که منجر بزخمهای سطحی با دلمه میگردد و ضایعات طاوولی کف دست و پا ، پانوتگنومونیک است ، ضایعات جلدی که در هفته های بعد دیده میشود بیشتر ماکولوپاپولر یا پاپولواسکامو میباشد که در بدن پراکنده هستند ، ضایعات مخاطی در دهان و ضایعات کندیلومی در ناحیه آنورثیتال مشاهده میشود - تمام ضایعات مترشح و مرطوب حاوی مقدار زیادی ترپونم بوده بشدت آلوده کننده هستند . این بثورات بدون خارش بوده وبدون ایجاد اسکار بهبود می یابند .

Snuffles : ذکام سیفیلیسی عبارت از ، ترشح

مداوم مواد موکوییدو گاهی خونی از سوراخهای بینی نوزاد است که ایجاد کروت وانسداد بینی مینماید . این عارضه مانع تغذیه نوزاد شده ممکنست سبب سوء تغذیه گردد .

Fissures لپها بشکل خطوط شعاعی در اطراف

دهان قرار دارد ، طول آنها باندازه نیم اینچ یا بیشتر میباشد و غالباً در موارد فعالیت بیماری دیده میشود بهبود این ضایعات سبب اسکار کم و بیش دائمی میگردد که **Rhagade** نامیده میشود .

موارد را به اداره بهداشت محل گزارش کرده بیماران خود را جهت مصاحبه بمرکز مزبور راهنمایی نمایند ، همچنین تمام مواردی که با بیمار تماس پیدا کرده اند چنانکه در قسمت پیش گیری خواهیم گفت تحت درمان پیش گیری قرار دهند .

سیفیلیس در حاملگی و سیفیلیس مادرزادی

سیفیلیس ارثی نیست بنابراین اصطلاح سیفیلیس پره ناتال مناسبتر از لغت کنژنیتال میباشد ، عفونت از مادر بجنین از راه جفت انجام میشود ، فعالیت سولهای لانگهانس و ضخامت طبقه سنسیسیال جفت ابتدائی ظاهراً مانع عبور ترپونم تا هفته ۱۸ حاملگی میباشد و عبور ترپونم پس از این تاریخ یعنی هنگامیکه سولهای لانگهانس جفت آتروفی گردید انجام میگردد . هر اندازه از مدت ابتلاء مادر قبل از حاملگی بگذرد شانس ابتلاء جنین کمتر میشود (قانون **Kassowitz**) وقتی زنی که بتازگی مبتلا شده (در مرحله اول یا دوم) حامله شود عملاً همیشه این حاملگی منجر به سقط ، نوزاد مرده و یا کودکی مبتلا به سیفیلیس مادرزادی میگردد در حالیکه اگر در مراحل بعد حاملگی ایجاد شود شانس ابتلاء جنین کمتر خواهد بود .

اگر درموقع حاملگی بتوان بیماری را زود تشخیص داده مادر را تحت درمان کافی قرارداد در ۹۹٪ موارد از بروز بیماری در جنین جلوگیری خواهد شد - در حال حاضر جلوگیری از سیفیلیس مادرزادی یکی از مهمترین هدفهای برنامه کنترل بیماری میباشد .

تشخیص سیفیلیس مادرزادی در نوزاد مادر مبتلا به سیفیلیس يك مسئله جالب ومهم میباشد .

سیفیلیس مادرزادی غالباً در اوایل شیرخوارگی تشخیص داده نمیشود . در تمام موارد سیفیلیس کنژنیتال که در سالهای اخیر در امریکا تشخیص داده شده فقط ۱۰٪ آن در سال اول تولد بوده است وغالب آنها پس از ده سالگی یعنی وقتی علائم سیفیلیس مادرزادی دیررس ظاهر شده مشخص گردیده است .

در این موارد تشخیص مبتنی بر توجه بوجود بیماری وانجام آزمایشات سرولژیک سیفیلیس (S.T.S.) و تعبیر و تفسیر صحیح این آزمایشات میباشد . چون نوزاد ممکنست درموقع تولد علائمی از بیماری نشان ندهد .

رادیوگرافی استخوانهای طویل، امتحان میکروسکپی ترشحات حاصله از خراش ناف و پی گیری نوزاد باید انجام شود . اگر آزمایشات سرولژی مادر در موقع زایمان مثبت باشد امکان انتقال پاسیورآزین از مادر بجنین بدون ابتلاء جنین را باید در نظر گرفت ، در اینموارد نوزاد را باید دقیقاً تحت نظر گرفته تستهای سرولژی کمی بطور مکرر از وی بعمل آورد . هر گاه تیتراژ آنتی بادی تدریجاً پائین آید باید انجام آزمایشات را تکرار نمود واگر تیتراژ آنتی بادی

بزرگی کبد و طحال در $\frac{1}{4}$ موارد دیده میشود ، کبد و طحال گاهی خیلی بزرگ بوده سبب بزرگی شکم **Pot belly appearance** میگردد . بزرگی غدد لنفاوی ممکن است وجود داشته باشد ، خصوصاً بزرگی غده ایی تروکله از مشخصات بیماری است . گاهی لارنژیت وجود دارد و سبب تغییر صدای گریه نوزاد میشود . ضایعات استخوانی بصورت استئوکندریت و پرئوستیت استخوانهای بلند میباشد ، هرچند فقط $\frac{1}{15}$ موارد علائم بالینی نشان میدهد ولی در صددرصد موارد ، علائم رادیولوژیک پس از ماه اول تولد مشاهده میشود .

Porrot's pseudoparalysis پسودوپارالیزی دردناک اندام که ممکنست يك یا چند عضو مبتلا

باشد . ضایعات استخوانی و تغییرات رادیولوژیکی استخوانهای طویل در سیفیلیس مادرزادی زودرس معمولاً يك عامل تشخیصی میباشد خصوصاً وقتی سایر علائم بالینی و سرولوژی مهم باشد این عامل کمک زیادی به تشخیص بیماری مینماید . تغییرات مشخص شامل مناطق متعدد استئوکندریت در زانو، آرنج ، مچ و پرئوستیت استخوانهای طویل و گاهی جمجمه میباشد . پهن شدن و دنداندار شدن خط اپی فیزی و گاهی عملاً جدا شدن اپی فیز مشاهده میگردد - علامت **Winberger** اختصاصی است .

ابتلاء استخوانهای بند انگشتان سبب ایجاد **dactylitis** میشود .

کرم خونی : بعلت بیماری اصلی و عفونت اضافی خصوصاً عفونت دستگاه تنفس وجود دارد .

علائم ابتلاء دستگاه عصبی مرکزی : در بیش از ۵۰٪ موارد علائم غیر طبیعی در مایع نخاع وجود دارد ولی علائم واضح بالینی خیلی کمتر دیده میشود معهداً سیفیلیس مننگوواسکولر حاد در اوایل شیرخوارگی منجر به سکل شدید مغزی ، عقب افتادگی روانی، هیدروسفالی خفیف و تشنج میشود . ضایعات عصبی دیگر و اختلالات اعضاء حس ممکنست سالها بعد بروز کند .

گاهی ادم بعلت هیپوپروتئینمی یا عارضه کلیوی (نفریت یا نفروز سیفیلیسی) ممکنست وجود داشته باشد . ابتلاء کلیه در سیفیلیس مادرزادی چندان شایع نیست و درجه ابتلاء از آلبومینوری خفیف تا يك نفریت واقعی یا سندرم نفروتیک ممکنست متفاوت باشد .

Platou et al ابتلاء کلیه با علائم کلینیکی را در يك مورد از ۱۹۱ موارد سیفیلیس مادرزادی گزارش داده اند . مواردی از سندرم نفروتیک پس از درمان با پنی سیلین گزارش شده است که تصور میشود شاید بعلت راکسیون هرگز هیمر باشد . (Sott and Clark)

رسوب موادی در ممبرال بازال در ابتلاء کلیه در سیفیلیس شرح داده شده که **Braunstein et al**

آنها بعنوان کمپلمان فیکزایشن **G2 heavy chains** و **light chains** مشخص نموده اند . این تغییرات ظاهراً با بهبود بالینی قابل برگشت میباشد .

بالاخره وضع ظاهر و حالت عمومی نوزاد معمولاً حاکی از بیماری میباشد و غالباً بعنوان طفل ضعیف - سوء تغذیه ای ، چروکیده - نوزاد با قیافه پیرمردان و یا بچه « بکار نخور » (**Won't gain**) شرح داده شده است .

ضایعات سیفیلیس زودرس بدون درمان نیز غالباً بهبود می یابد لکن تریپونم در نسوج بدن باقی میماند . مشاهدات اخیر نشان داده است که تریپونم ممکن است در نسوج چشم مدت پنجاه - شصت سال باقی بماند ، باوجود این کودک بزودی برای اطرافیان غیرمصری میگردد و احتمالاً از آلودگی مجدد **Reinjection** بوسیله سیفیلیس اکتسابی در امان خواهد بود . همچنین دختر بچه مبتلا به سیفیلیس مادرزادی نمیتواند بعدها بیماری را بچنین خود منتقل نماید .

سیفیلیس مادرزادی دیررس : به ضایعاتی اطلاق میشود که از سن دوسالگی بعد ادامه یافته و با تظاهر میکند و بیشتر بصورت داغ سیفیلیس (**Stigmata**) میباشد . در $\frac{1}{6}$ موارد بیماری خاموش است و معمولاً جز تست سرولوژی مثبت علامت دیگری مشاهده نمیشود . علائم درین مرحله ممکنست ناشی از ادامه فعالیت بیماری قبلی و یا اسکار همیشگی و تغییر شکل دائمی ناشی از ابتلاء قبلی باشد .

سیفیلیس مادرزادی دیررس مسری نیست . علائم سیفیلیس مادرزادی دیررس ممکنست شامل علائم زیر باشد : کراتیت انترسیسیل : معمولاً در دوران بلوغ تظاهر میکند ممکنست يك طرفه یا دوطرفه باشد ولی بالاخره دو طرف مبتلا میگردد ، قرنيه منظره "**Ground glass**" (زمینه شیشه ای) پیدا کرده ، عروقی خونی در اطراف آن ظاهر میشود و باختلال دید منجر میگردد .

دندان هوجینسن : **Hotchinson's teeth** بر اثر نقصان رشد **Middle denticle** دندان ثنایا فوقانی قدامی دائمی (و گاهی تحتانی) بصورت (بشکه مانند) **Barrel-Shaped** درآمده کنارهای جونده آن دنداندار میباشد . این دندانها از دندانهای طبیعی کوچکترند لذا فواصل آنها بیش از حد معمول میباشد . هنگامیکه دندانهای شیری کودک هنوز نیافتاده میتوان با انجام رادیوگرافی فك این عارضه را تشخیص داد .

Mulberry, or moon's molar تغییر شکل برجستگی دندان . (**Cusps**) بشکل توت فرنگی در اولین دندان آسیا دیده میشود .

کری عصبی : يك عارضه مستقیماً نادر است غالباً در حوالی بلوغ ایجاد میشود ولی ندرتاً ظهور آن تاسنین متوسط عمر بتعویق میافتد .

نوروسیفیلیس : در مبتلایان سیفیلیس مادرزادی تظاهرات سیفیلیس عصبی نظیر مبتلایان به سیفیلیس اکتسابی

میکنند. راکسیون مثبت کاذب (B.F.P.) گاهی ممکنست سبب اشکال در تشخیص سیفیلیس مادرزادی گردد. حاملگی خود يك علت نادر راکسیون مثبت کاذب میباشد بعلاوه راکسیون مثبت کاذب بعلا دیگرم که در اجتماع وجود دارد میتواند در زن حامله وجود داشته باشد از جمله بیماریهائی که راکسیون مثبت کاذب ایجاد میکند: هیپاتیت، مالاریا، منونوکلئوز عفونی، بیماریهای مزمن با منشاء اتوایمون، بیماریهای کلاژن و نسوج همبند، و مراحل آخر بیماریهای بدخیم میباشد. گاهی واکسیناسیون و ابتلاء به بیماریهای ویروسی سبب ایجاد راکسیون مثبت کاذب موقتی میشود. باوجود این، شیوع این واکنشها در اشخاص غیر سیفیلیسی نسبتاً کم است و يك تست سرولوژیک مثبت بدون علائم بالینی بایستی ابتلاء به سیفیلیس لاتانت تلقی گردد مگر خلاف آن ثابت شود. از طرفی واکنش مثبت کاذب منتقله از جفت نیز در مدت ۳-۴ ماه منفی میگردد و راکسیون مثبت کاذب اکتسابی قبل از ششماهگی بینهایت نادر است.

سرودیاگنوستیک: تریپونم پالیدوم در بدن انسان حداقل دودسته آنتیبادی ایجاد میکند:

- ۱- آنتیبادیهای خوداورگانسیم.
 - ۲- آنتیبادیهای که در نتیجه تاثیر اورگانسیم با نسوج ایجاد میشود و بنام رآژین معروف است.
- آزمایشاتی که آنتیبادی تریپونمی را اندازه گیری میکنند تستهای تریپونمی و آنها که رآژین را اندازه گیری میکنند تستهای غیر تریپونمی نامند.

تستهای غیر تریپونمی بدو دسته تستهای فلوکولاشین و تستهای کمپلمان فیکرایشن تقسیم میشود.

از تستهای فلوکولاشین که بطور معمول انجام میشود V.D.R.L. Slid test میباشد از تستهای کمپلمان فیکرایشن تست Kolmer بیشتر معمول است.

در تستهای غیر تریپونمی از کار دیولیبین - لستین بعنوان آنتیژن استفاده میگردد. این تستها بطور مطلق اختصاصی نیستند ولی دارای مزایائی میباشد از جمله اینکه عملی بوده، بیشتر در دسترس قرار دارند و از طرفی بطور کمی میتوان آنها را اندازه گیری نمود و بالاخره با وجود علائم بالینی این تستها برای تشخیص بیماری کاملاً کافی هستند.

تستهای تریپونمی بیشتر اختصاصی بوده و ارزش زیادی در موارد مشکوک و مبهم دارند، در این تستها از تریپونم پالیدم که از نسج بیضه خرگوش مبتلا بدست میآید بعنوان آنتیژن استفاده میشود.

از جمله این تستها

TPI (Treponema pallidum immobilization)
FTA-ABS (Fluorescent treponemal antibody absorbed)

میباشد - تست اخیر ساده تر بوده بیشتر در دسترس قرار دارد و همچنین این تست حساس ترین آزمایش در تمام

دیده میشود - در سیفیلیس مادرزادی تپاس دورسالیس نسبتاً کمیاب و پارالیزی بیشتر دیده میشود.

ضایعات استخوانی ممکن است بصورت اسکروزان باشد و سبب ضخامت استخوان شود و ایجاد Sabr shin و Frontal Bossing کندو یا بشکل لیتیک باشد (گوم) و منجر به تخریب استخوانی گردد مثلاً باعث خوردگی استخوان سقف دهان و ایجاد سوراخ درین ناحیه گردد که از مشخصات بیماری میباشد.

ضایعات پوستی: Rhagades عبارت از شیارهای اطراف دهان و بینی است که بعلا رینیت سیفیلیسی دوره نوزادی ایجاد میشود، گوم ممکنست در هر نقطه از پوست بدن ایجاد شود.

ضایعات قلبی عروقی: موارد نادری از ضایعات قلبی عروقی در سیفیلیس مادرزادی گزارش شده است: Clutton's joints عبارت از هیدروآرتروز بدون درد میباشد که معمولاً در مفصل زانو و ندرتاً در آرنج یاسایر مفاصل بزرگ دیده میشود.

ضایعات مفصلی، کراتیت انترسیسیل و کری عصبی هر سه غالباً در حوالی بلوغ تظاهر میکنند، تریپاد فوق بعقیده بسیاری از دانشمندان بیشتر نتیجه يك حالت هیپرسیسمیتویته میباشد تا هجوم تریپونم باین اعضا، از جمله اختلالات و تظاهرات دیگر که در سیفیلیس مادرزادی دیررس دیده میشود

high palatine arch

Saddle nose, Scaphoid scapulae, Protuberant mandibule

و بزرگی قسمت استرنو کلاویکولر استخوان ترقوه میباشد.

سرولوژی در زن حامله و نوزاد

رآژین و آنتیبادی تریپونم همچنین آنتیبادیهای مسؤل راکسیون کاذب سیفیلیس از جفت عبور میکنند بنابراین هرگاه ما در يك تست سرولوژی مثبت داشته باشیم میتوان انتظار داشت در نوزاد او هم راکسیون مثبت وجود داشته باشد و هر قدر تیتراژ آنتیبادی مادر بالاتر باشد احتمال مثبت بودن تستهای سرولوژی در نوزاد بیشتر است. البته در مواردیکه آنتیبادی از مادر منتقل میشود نباید تیتراژ آنتیبادی سرم نوزاد از مادر بیشتر باشد.

يك تست سرولوژیک مثبت در نوزاد بر اثر انتقال آنتیبادی از مادر معمولاً در عرض ۳-۴ ماه منفی میگردد، در غیر اینصورت بطن قوی عفونت فعال در نوزاد وجود دارد و يك تیتراژ بالا رونده مشخص ابتلاء نوزاد میباشد.

هرگاه مادر در اواخر حاملگی مبتلا شده باشد این امکان وجود دارد که هم مادر و هم نوزاد دارای تستهای سرولوژیک منفی باشند. در چنین موارد علائم کلینیکی، تست مثبت و تیتراژ بالا رونده در هفته های آینده ابتلاء مشخص

آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف : وقتی حساسیت به پنی سیلین وجود دارد ، میتوان اریترومايسين یا تتراسیکلین را برای مدت ۱۰ - ۱۵ روز بکار برد درعین حال بیمار باید دقیقاً تحت نظر باشد .

درمان سیفیلیس مادرزادی : نوزادان و شیرخواران ، پروکائین پنی سیلین G ۱۰۰ هزار واحد / کیلو وزن روزانه بمدت ۸-۱۰ روز .

در کودکان زیر دو سال : پروکائین پنی سیلین محلول آبی ۱۵۰۰۰ واحد بازاء هر کیلو وزن روزانه بمدت ۱۰ روز . یا بنزاتین پنی سیلین ۵۰۰۰۰ / کیلو وزن بدن . هفتگی بمدت سه هفته .

در کودکان بالاتر از دو سال : پروکائین پنی سیلین محلول آبی ۲۰۰۰۰ واحد / کیلو روزانه بمدت ۱۰ روز . یا بنزاتین پنی سیلین ۱۰۰۰۰۰ واحد / کیلو وزن ، هفتگی بمدت سه هفته .

در مواردی آلرژی به پنی سیلین ، تتراسیکلین ۶۰ میلیگرم / کیلو روزانه بمدت ۱۲-۱۵ روز یا اریترومايسين ۱۵ میلیگرم / کیلو روزانه بمدت ۱۲-۱۵ روز .

بکار بردن فرآورده های تزریقی این ترکیبات بهتر از انواع خوراکی میباشد . تجربه با پنی سیلین های صناعی و سفالوتین محدود است و هنوز نمیتوان آنها را در درمان سیفیلیس توصیه نمود .

وقتی یک دوره درمان در سیفیلیس مادرزادی انجام شد ضایعات بسرعت بهبود می یابند . منفی شدن تستهای سرمی و مایع نخاع چندماه طول میکشد .

ضایعات استخوانی دیرتر بدرمان جواب میدهد و علائم رادیولوژیک تا مدتها باقی میماند . ضایعات مفصلی - کراتیت انتروستیسیل و کری عصبی ، غالباً با پنی سیلین به تنهایی درمان نمیشوند و معمولاً کورتیکواستروئید موضعی و عمومی نیز لازمست تا از پیشرفت عارضه جلوگیری کند . در ۱۵ - ۲۰٪ موارد تب خفیف و واکنش Herxheimer محسوس مشاهده شود خصوصاً در مواردیکه مقدار زیادی پنی سیلین تجویز گردد - ولی معمولاً این واکنشها اهمیت چندانی نداشته و تغییر درمان را ایجاب نمیکند .

درمان سیفیلیس در زن حامله : بطور کلی میتوان گفت زن حامله مبتلا به سیفیلیس هم نظیر مبتلایان دیگر باید تحت درمان قرار گیرد ، لکن آنچه اهمیت دارد تشخیص زودرس و درمان فوری و کامل بیماری میباشد . در مواردیکه حساسیت پنی سیلین وجود دارد باید درانتخاب و مقدار آنتی بیوتیک دقت کافی مبذول داشت و از نظر تاثیر درمان بیمار تحت مطالعه کافی قرار گیرد .

سؤالی که غالباً مطرح است آنکه آیا زن حامله که بطور کامل تحت درمان قرار گرفته است در حاملگی های بعدی باید مجدداً درمان شود یا نه ، در جواب این سؤال باید گفت در دوره قبل از پنی سیلین یعنی زمان درمان با

مراحل سیفیلیس میباشد . زودتر از هر تستی مثبت میشود و دیرتر منفی میگردد .

آزمایش V.D.R.L. هر چند باندازه FTA-ABS حساس نیست لکن در ارزیابی و تاثیر درمان تست باارزشی است .

مقایسه حساسیت این تستها در مراحل مختلف

سیفیلیس

مرحله اول FTA-ABS > VDRL > TPI

مرحله دوم FTA-ABS = VDRL > TPI

سیفیلیس لانانت FTA-ABS > TPI > VDRL

سیفیلیس دیررس FTA-ABS > TPI > VDRL

در موارد مشکوک بایستی تست FTA-ABS انجام شود و در صورت مثبت بودن تشخیص سیفیلیس را تقریباً مسلم دانست . البته مواردی از تست مثبت کاذب FTA-ABS در بیماریهایی که ایمنوگلوبولین سرم بالا و یا غیرطبیعی است مثلاً در لوپوس اریتماتو منتشر گزارش داده شده ولی بطور کلی این مسئله بینهایت نادر است .

اخیراً تست peroxidase labelled antiglobuline

برای تشخیص ایمنولوژیک در سیفیلیس بکار رفته و در ۱۷۷ مورد که باتست FTA-ABS مقایسه شده نشان داده شده است که این دو تکنیک از نظر اختصاصی بودن قابل مقایسه میباشد با این امتیاز که تکنیک پراکسیداز حساس تر است .

درمان : متجاوز از بیست و پنج سال پیش دکتر

John Mahoney

که در (آزمایشگاه تحقیقاتی بیماریهای مقاربتی)

Veneral Diseases Research Laboratory

فعالیت میکرد ، اولین مورد درمان سیفیلیس را با پنی سیلین گزارش داد از آن تاریخ تاکنون عامل بیماری یعنی تریپونم پالیدوم در مقابل پنی سیلین مقاومتی نشان نداده و همچنان این دارو بهترین و مؤثرترین درمان بیماری میباشد .

متعاقب بکار رفتن پنی سیلین در درمان سیفیلیس معلوم شد آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف نیز مؤثر میباشد لکن این ترکیبات مزیتی بر پنی سیلین ندارند .

از پنی سیلین ها هر یک از ترکیبات زیر را میتوان در درمان سیفیلیس بکار برد .

۱- بنزاتین پنی سیلین G

۲- پروکائین پنی سیلین G با دو درصد منواستارات

آلومینیوم (PAM)

۳- پروکائین پنی سیلین محلول آبی .

تمام این ترکیبات از راه داخلی عضله مصرف میشود .

بکار بردن پنی سیلین خوراکی در درمان سیفیلیس توصیه نمیشود .

پیش‌گیری : انجام آزمایشات سرومی اجباری قبل از ازدواج (که منجمله در کشور ما وجود دارد) و تکرار آن در اوایل حاملگی و سه‌ماهه اخیر و همچنین در حاملگیهای بعدی لازمت . در مورد کسانی که با شخص مبتلا در تماس بوده‌اند گرچه باید آنها را بدقت معاینه نموده تحت نظر قرارداد لکن در چنین مواردی صبر کردن برای بروز علائم بالینی و واکنشهای سرولژیک اشتباه بزرگی میباشد و بایستی درمان پیشگیری بعمل آورد . مقدار لازم دارو در شخص بالغ ۲۴۰۰۰۰۰ واحد بنزاتین پنی‌سیلین میباشد بدین ترتیب این درمان بیماری را در دوره کمون ساقط کرده از طرفی مانع سرایت بدیگران میگردد .

ارسنیک و بیسموت و غیره تاکید میشود که در هر حاملگی زن را تحت درمان مجدد قرار دهند ولی امروزه یک دوره درمان کامل با پنی‌سیلین در تمام طول عمر برای فرد مبتلابه سیفیلیس کافیت مگر اینکه عود یا عفونت مجدد برقرار شود و این قاعده برای زن حامله نیز صادق است باوجود این از هر زن حامله که قبلاً بعنوان سیفیلیس تحت درمان قرار گرفته است باید بطور مرتب معاینه بالینی و انجام تستهای سرولژی بعمل آید و بایستی اینکار را ماهیانه در تمام دوره حاملگی انجام داد و بالاخره هرگاه شکی در کفایت درمان قبلی وجود داشت درمان را با مقدار کافی دارو تجدید نمود .

خلاصه :

از بیماریها آنرا بحساب آورد . در چنین مواردی نوزاد و مادر را تحت آزمایشات بالینی و سرولژی مکرر قرارداد همچنین در هر زن حامله قانوناً بایستی آزمایشات سرولژی حداقل دونوبت یکی در اوایل و یکی در اواخر حاملگی انجام گیرد و حداکثر کوشش برای تشخیص زودرس و درمان فوری این بیماری در زن حامله بعمل آورد . بدین ترتیب میتوان از قربانی شدن بسیاری از نوزادان و ایجاد نقایص جسمی و روانی در تعدادی از کودکان « بیگناه » جلوگیری نمود و مسئله سیفیلیس مادرزادی را برای همیشه حل کرد .

بیماری سیفیلیس که قبل از پنی‌سیلین با شیوع و گسترش بسیار خود مرگ‌ومیر و بیماریزائی فراوان داشت و با مصرف وسیع پنی‌سیلین در اجتماع از شیوع آن بسیار کاسته شد بطوریکه گمان میرفت بزودی از روی زمین محو گردد لکن افزایش مجدد مبتلایان از سال ۱۹۵۷ بعد خلاف این تصور را ثابت نمود .

امروزه از افزایش شیوع آن جلوگیری شده است (در آمریکا) لکن این بیماری وجود دارد و باید آنرا در نظر داشت و چون سیفیلیس بیماری است که باشکال گوناگون تظاهر میکند خصوصاً در طب اطفال و نوزادان بایستی در تشخیص افتراقی بسیاری

REFERENCES

1. William J. Brown M.D. Syphilis asynopsis. Public Health Service Publication No. 1660, January 1968.
2. Franklin H. TOP, Sr., Paul, F. Wehrle, Communicable and Infections Disease Seventh Edition, 1972.
3. Nelson, W.E. Vaughan III, V.C. McKay. Text book of Pediatrics 9th Edition, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1969.
4. M.J. Dillon and D.F. Duff, British Medical Journal 4, 107 — 13 Oct., 1973.
5. Robert Suskind, Jerry A. Winkelstein and Gerald A. Spear. Archive Diseases Child. 48, 237 — 9 Marc., 1973.
6. William J. and Brown M.D., Syphilis Modern Diagnosis and Management, 1961.
7. C. Henry Kempe, Henry K. Silver and Donough O'Brien. Current Pediatric Diagnosis and Treatment, 1972, p. 175-716.
8. M. Sepetjian, J. Thivolet, J. Leung-Tack and J.C. Monier (Lyon). La Nouvelle Presse Medical, 2-2277-9, 29 Sept., 1973.