

## سیفیلیس مادرزادی

دکتر هوشنگ حقیقت \* دکتر محمدحسین مرندیان \* دکتر هرایر یوسفیان \*  
دکتر مرتضی لسانی \* دکتر سینتا صادقی \*

### سیفیلیس مادرزادی

ضایعات ناشی از آلودگی جنین با تریپونم پالیدوم *Treponema Pallidum* از سینی سمی‌های دوره نوزادی و مرگ تا اشکال بدون علامت، که محربه سیفیلیس درجه سه بالغین جوان می‌گردد، متفاوتست. در زیر دو مورد سیفیلیس مادرزادی را معرفی نموده و نکاتی از بیماری و درمان آن مورد بحث قرار می‌گیرد.

#### مورد اول:

شکوه ش. شیرخوار دختر سه ماهه بعلت بثورات ماکولوپاپولر و پوسته پوسته شدن نواحی سر و گردن و اندامها از بدو تولد بستری گردید. نوزاد فول ترم از مادری *AO, PV, GVI* دنیا آمده است. والدین بیمار به سیفیلیس مبتلا بوده که درمان نشده اند. فرزند اول خانواده در ۶ سالگی بعلت پنومونی فوت کرده، فرزندان دوم و سوم خانواده سالم، فرزند چهارم در ۸ ماهگی مرده متولد شده و فرزند پنجم که ۶ ساله است با تشخیص سیفیلیس مادرزادی در همین مرکز بستری و تحت درمان بوده است.

در آزمون فیزیکی: وزن ۳۴۰۰ گرم، دور سر ۳۶ سانتیمتر و قد ۵۱ سانتیمتر بود. ونکات مثبت بالینی عبارت بودند از بثورات پاپولر برجسته صورتی رنگ با اندازه‌های متفاوت روی پوست ناحیه پیشانی، سر و گردن و اندامها همراه با تعدادی تاولهای کوچک و پوسته پوسته شدن کف دست و پا (شکل شماره ۱). معاینه سایر ارگانها در حد طبیعی بود.



(شکل شماره ۱)

هموگلوبین ۱۰/۲ گرم درصد، هماتوکریت ۲۹ درصد،  
لکوسیت ۱۱۲۰۰ در میلیمتر مکعب با ۴۲% نوتروفیل، ۵%

روانی طبیعی ، VDRL او منفی و پرتونگاری اندامها در حد طبیعی بود .

**مورد دوم :**

زهرا الف ، ششخوار ۴۵ روزه علت تورم و بی حرکتی دستها بستری گردید . تورم و بی حرکتی دستها از ۲۰ روز پس از تولد ظاهر شده که همراه با سحالی شدید و بی اشتهائی بود .

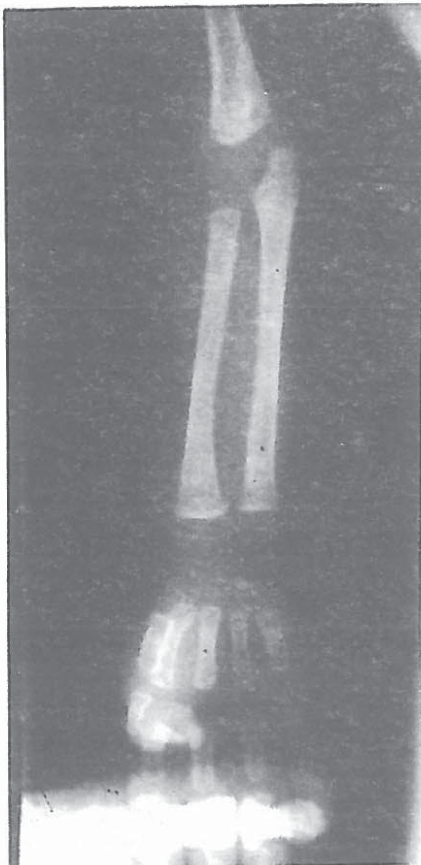
نوزاد فول ترم از مادری  $GIV$  ،  $PIII$  که دارای VDRL مثبت بود با زایمان طبیعی بدنیا آمده . سه فرزند دیگر خانواده سالمند .

در آزمون فیزیکی : بیمار بی حال و آنمیک با وزن ۳۸۰۰ گرم ، قد ۵۴ سانتیمتر ، دور سر ۳۶ سانتیمتر ، سایر نکات فیزیکی مثبت عبارت بودند از Snuffles ( شکل شماره ۴ ) ،

لنفوسیت و ۲٪ مونوسیت . ماع نخاع طبیعی ، VDRL بیمار و والدین او مثبت بود . در پرتونگاری اندامهای بیمار تصاویر لیتیک نواری در منافذ استخوانهای ساعد همراه با راکسیون پریوست رادیوس جب ( شکل شماره ۲ ) و همچنین تصاویر نواری روشن در منافذ فوقانی استخوان درشت نی و تحتانی ران هر دو طرف دیده شد ( شکل شماره ۳ ) . التهاب ضریع در هیچیک از استخوانها دیده نشد .

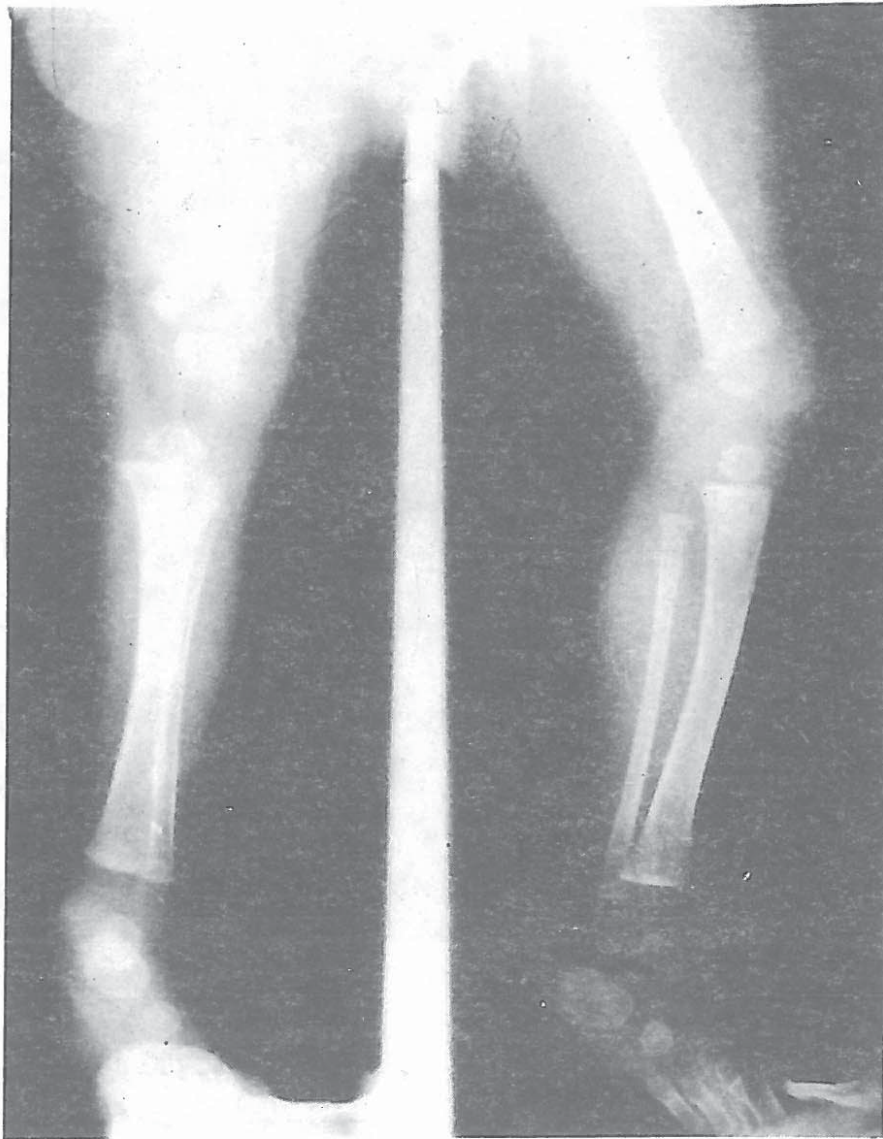
بیمار را پنی سیلین پروکائنه ۱۵۰ هزار واحد روزانه ، به مدت ۱۰ روز ، درمان گردید و با بهبودی ضایعات جلدی مرخص گردید . بیمار در ۲ سالگی مجدداً "مراجعه کرد که وزن او ۷/۵ کیلوگرم ، قد ۷۰ سانتیمتر و دور سر ۴۰ سانتیمتر ، رشد روانی در حد طبیعی و VDRL او منفی بود .

در رادیوگرافی اندامها پریوستیت استخوان ران دیده شد . در سن سه سالگی هنوز تاخیر رشد جسمانی داشت ولی ارتظر



( شکل شماره ۲ )





( شکل شماره ۳ )

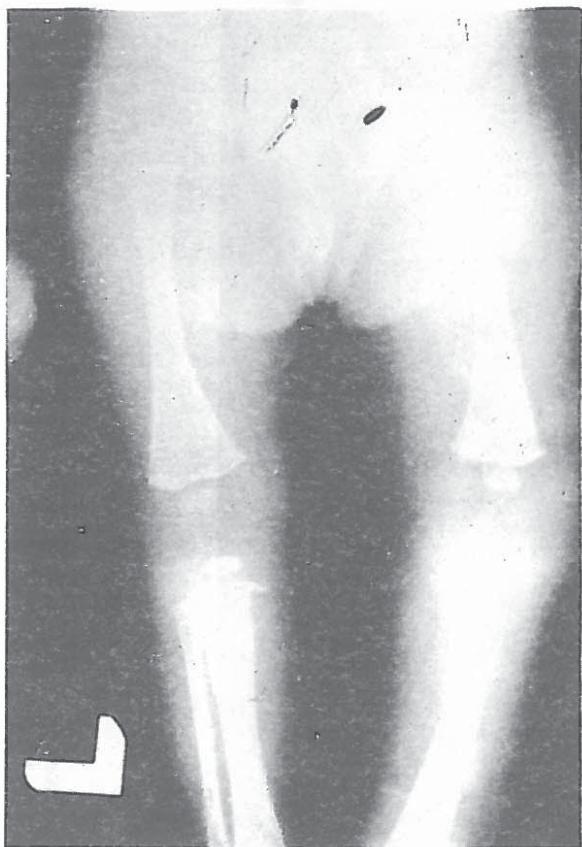
سر ۳۸ سانتیمتر و حال عمومی او خوب بود. در پرتونگاری کنترل، مختصری پریوستیت در استخوانهای درشت نی دیده شد ولی نشانگان استئوکندریت در استخوانها از بین رفته بود. VDRL کنترل که در همین زمان انجام شد مثبت بود.

#### بحث :

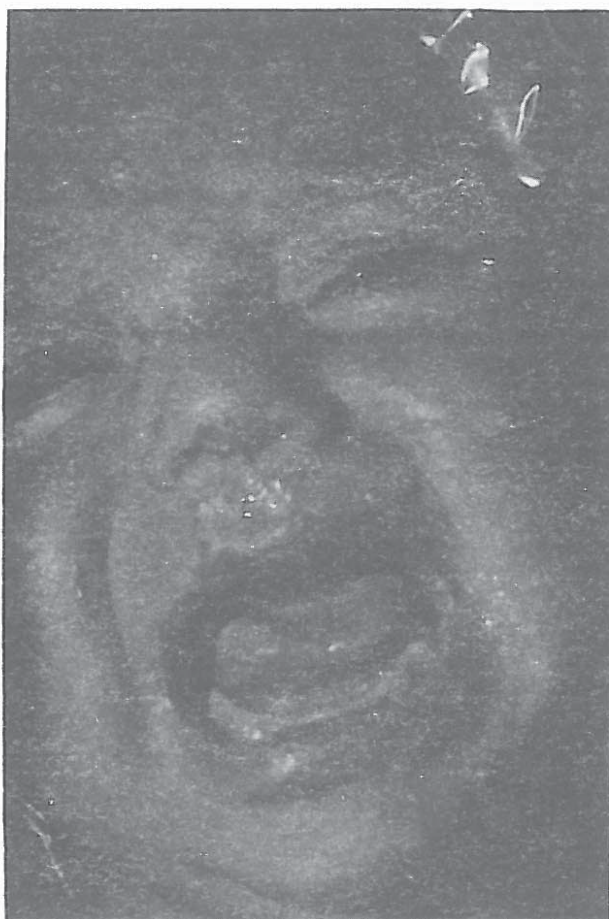
اگرچه انجام آزمونهای سرولوژیک سفلس در اندای بارداری سب تشخیص و درمان و سرانجام کاهش همه گیری سیفیلیس مادرزادی گشته، ولی بهیچوجه حتی در کشورهای پیشرفته این بیماری کاملاً "ارس نرفته است. در تمام مراحل عفونت مادر، امکان انتشار سفلس مادر به جنین وجود دارد - حتی در مراحل انتهایی و محفی بیماری که در مادر

کبد ۳ سانتیمتر و طحال ۲ سانتیمتر یاغین لبه دنده ها، بی حرکتی و تورم دستها، پوسته پوسته شدن در تنه و اندامها، بویژه در کف دستها و پاها، هموگلوبین ۷/۵ گرم در صد، همتوکریت ۲۲٪، گویچه های سفید ۱۹۴۰۰ در میلیمتر مکعب با ۷۰٪ نوتروفیل، ۲۱٪ لنفوسیت، ۲٪ مونوسیت، رتیکولوسیت ۳/۴٪. امتحان مایع نخاع و الکترولیتها در حد طبیعی بود. VDRL +++ مثبت و در پرتونگاری اندامهای بیمار استئوکندریت و پریوستیت در استخوانهای درشت نی، بیرونه، رادیوس و اولنا وجود داشت ( شکل شماره ۵ و ۶ ).

بیمار با پنی سیلین پروکائینه به مقدار ۱۵۰۰۰۰ واحد روزانه به مدت ۱۰ روز درمان و مرخص گردید. در کنترل بعدی که بیمار ۶ ماهه بود وزن ۴۷۰۰ گرم، قد ۵۸ سانتیمتر، دور



( شکل شماره ۵ )



( شکل شماره ۴ )

### سیفیلیس مادرزادی زودرس :

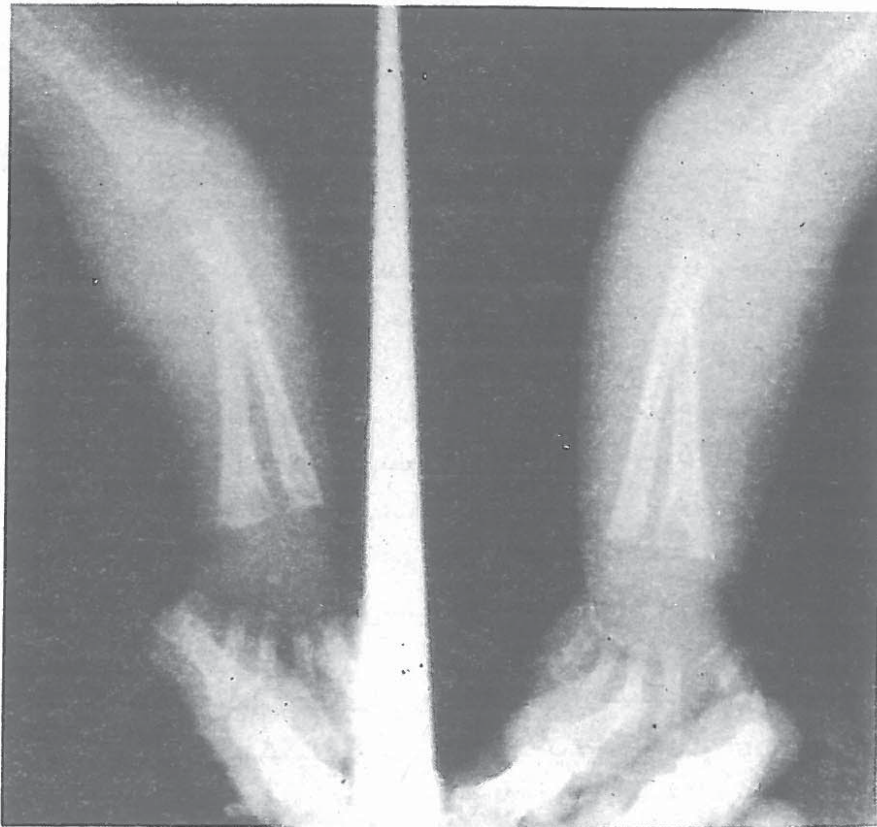
این واژه زمانی بکار میرود که نشانگان بیماری در بچه های کمتر از ۲ سال ظاهر شود . این بچه ها در زمان تولد کوچکتر از طبیعی یا نارس بوده که مبتلا به آنمی همولیتیک ، هیپاتواسپلنومگالی و گاهی هیدروپس بوده جفت آنها غالباً " بزرگ و در آن التهاب ویلوزیته ها (Villitis) و پری واسکولیت دیده میشود . بارنگ آمیزی مخصوص ممکنست اسپیروکت دیده شود . بثورات و زیکولوبولوز ممکن است وجود داشته باشد - بویژه در نواحی کف دست و پاها . در مایع این وزیکولها با میکروسکوپ Darkfield ممکنست اسپیروکت دیده شود .

این ضایعات گرچه همه گیر هستند ولی بیماریزا بوده زیرا ضایعات پوستی سیفیلیس در هیچ موقع دیگر بصورت وزیکولوبولوز در نمی آید . نوع همه گیر تر ضایعات پوستی بثورات ماکولوپاپولر منتشر متقارن مسی رنگی است که با شدت بیشتر در صورت و کف دست و پا دیده میشود .

نشانه ای وجود نداشته ولی از نظر سرو لوژی مثبت است . در اغلب موارد انتشار عفونت همراه با التهاب جفت بوده در نتیجه انتشار خونی اسپیروکت بین مرحله اول و دوم عفونت بندرت اتفاق می افتد . و برخلاف آنچه قبلاً " گمان میشد امروزه معتقدند که عبور تریپونم از جفت در نیمه اول بارداری امکان پذیر است و امتحانات دقیق هیستولوژیک در جنین و جفت در سه ماهه اول بارداری وجود تریپونم را نشان داده است . تجزیه و زوال سیتوتروفوبلاستها بعد از هیجدهمین هفته که قبلاً " تصور میشد عامل مستعد کننده جنین به عفونت میباشد - در امتحانات الکترون میکروسکوپی تأیید نگرددید . اخیراً " تصور شده که فقدان عکس العمل التهابی جنین در مقابل عفونت بعلت تکامل سیستم ایمنیته جنین باشد .

بروز نشانگان بالینی سیفیلیس مادرزادی ، پیش از هفته سوم نادر بوده و اگر علائم بیماری از بدو تولد ظاهر شوند پیش آگهی بسیار نامساعد خواهد بود . سیفیلیس مادرزادی را بر حسب زمان ظهور نشانگان بالینی به دو دسته زودرس و دیررس تقسیم میکنند .





( شکل شماره ۶ )

Mulberry Moliars و تغییر شکل شمشیری استخوانهای تیبیا (Sabre Skin) و مفصل Clutton's ضایعات پوستی (گوم) و زخمهای گوشه لب (Rhagades) و بندرت اختلالات عصبی قلبی عروقی دیده شود.

#### تشخیص:

مشخص نمودن اسپیروکت در لزیونهای پوستی و ترشحات بینی، افزایش از چهار برابر بیشتر VDRL خون بندناف نسبت به سرم مادر موید تشخیص است. متأسفانه در بسیاری از موارد اشکالات تشخیصی وجود دارد و فقط تاریخچه مبهم بیماری آمیزشی مادر - که هنگام بارداری درمان شده - ممکنست تنها عامل تشخیصی بیماری باشد. اندازه گیری ماکروگلوبولینهای خون بند ناف بعنوان آزمون همگانی

متجاوز از ۵۰٪ بیماران ترشح بینی سفید ضخیم یا آلوده به خون (Snuffles) دارند که ملوآز تریپونم است. پیری اوستیت و استئوکندریت استخوانهای دراز سبب پسودوپارالیزی Parrott میشود (بعلت درد مفاصل و استخوانها). مننژیت و نشانگان مایع نخاع غیر طبیعی همه گیر میباشند.

#### سیفیلیس مادرزادی دیررس:

در اطفال بزرگتر از ۲ سال تظاهر میکند و در ۲/۳ موارد بدون علامت بوده و آزمونهای سرولوژی بطور متغیر مثبت است. در مواردیکه نشانگان بیماری وجود دارد ممکنست علائم کلاسیک بیماری بصورت کراتیت انترستیسیل، کری عصبی و اختلالات دندانی (دندان هوچینسون)، بینی زینی شکل، برجستگی فرونتال، سوراخ کامی،

جلوگیری کند. و معتقدند که باید برای جلوگیری از این حالت پنی سیلین با دوز بیشتری تجویز گردد.

زنان بارداری که به پنی سیلین حساسیت دارند در مورد آنان نباید تتراسیکلین بکار رود (بدلیل اثرات نامطلوب این دارو روی استخوانها و دندانهای جنین) و درمانی خوراکی با اریترومايسين به میزان ۲ گرم روزانه برای ۲۰ - ۱۵ روز متوالی باید انجام گیرد. این نوع درمان برای مادر موثر است ولی مواردی از سیفیلیس مادر زادی در نوزادان این مادران دیده شده است.

زنانی که در دوران بارداری از جهت سیفیلیس تحت درمان قرار دارند باید در دوران بارداری تا زمان زایمان ماهیانه آزمایش VDRL برای آنها انجام داد و نوزادان آنان نیز باید پس از تولد دقیقاً "مورد آزمایش قرار گیرند و در نوزادانی که سیفیلیس مادر زادی تشخیص داده میشود - بمنظور تشخیص سیفیلیس عصبی در آنها - باید پونکسیون مایع نخاع انجام گیرد.

در سیفیلیس مادر زادی همراه با گرفتاری عصبی باید درمان پنی سیلین Aqueous یا پروکائین، به میزان ۵۰/۰۰۰ واحد با ۴ هر کیلوگرم روزانه، بمدت ۱۰ روز انجام شود. در مواردیکه گرفتاری عصبی وجود ندارد پنی سیلین بنزاتین بمیزان ۵۰۰۰۰ واحد - به ازاء هر کیلوگرم وزن - در یک دوز عضلانی کافی است.

### پیشگیری:

اکثر موارد سیفیلیس مادر زادی را فرزندان مادرانی تشکیل میدهند که آزمون سرولوژیکی برای آنها انجام نشده و تحت مراقبت پزشکی هنگام بارداری قرار نمیگیرند و دسته دیگر کسانی هستند که آزمونهای سرولوژیکی در سه ماهه اول بارداری انجام شده ولی در سه ماهه آخر بارداری کنترل نگردیده است.

در تمام بیمارانی که آزمونهای سرولوژیکی آنان مثبت میباشد، بایستی تاریخچه دقیق تماس اخیر یا گذشته از نظر سیفیلیس گرفته شود و امتحان دقیق پوست و مخاط از نظر ضایعات پوستی و تستهای اختصاصی سیفیلیس و بررسی از نظر سیفیلیس عصبی و درمانهای کافی در صورت لزوم انجام شود. آزمونهای سرولوژی در تمام طول بارداری بایستی ماهیانه تکرار شود و اهمیت منشاء آلودگی و احتمال آلودگی مجدد را نباید از نظر دور داشت. در مورد هرگونه شکلی در مورد درمان این مادران، فرزندانشان بایستی بطور کافی درمان شوند.

(Screening test) FTA-ABS-IgM یا (Fluorescent treponema Antibody Absorption ImmunoglobulinM)

بعنوان آزمون اختصاصی سیفیلیس مادر زادی شناخته شده است. تست دوم بطور همگانی در دسترس نیست و نتایج مثبت کاذب بعلت آنکه IgM نوزاد بر علیه IgG انتقالی مادر ایجاد میشود دیده شده است. بدینی معنی که 75 گلوبولینهاییکه در پاسخ عفونت تریپونم در بدن مادر ایجاد میشود بطور انفعالی وارد بدن جنین شده و سپس جنین در مقابل آن ایجاد ماکروگلوبولین پادتن مینماید.

فرزند بدون نشانه مادرانی که هنگام بارداری درمان شده اند و دارای VDRL مثبت هستند، برای تشخیص قطعی احتیاج به آزمونهای اختصاصی ذکر شده دارند. ولی چنانچه دسترسی باین آزمایشها نباشد با اندازه گیری تیتر IgG انتقالی مادر، که بتدریج کاهش یافته و بعد از سه ماهگی منفی میگردد، میتوان به تشخیص رسید.

آزمایش مایع نخاع که افزایش سلول و پروتئین و یا سرولوژی مثبت را نشان میدهد در موارد مشکوک لازم است.

### درمان:

مطالعات اولیه نشان داده که ۰۳ / ۰ میکروگرم در میلیلیتر پنی سیلین کشنده تریپونم است، اما چون زمان تقسیم سلولی در تریپونم طولانی است لازم است که سطح پنی سیلین رادر خون در این حد مشخص برای ۱ - ۲ هفته نگهداریم.

برای معالجه سیفیلیس اولیه در مادر یک دوز پنی سیلین - بنزاتین بمیزان ۲/۴۰۰/۰۰۰ واحد بصورت عضلانی کافی است. برای درمان سیفیلیس دیررس بالغین دوز یاد شده بصورت هفتگی، به تعداد سه دوز، کافی است. ولی بایستی بکمک پونکسیون مایع نخاع مطمئن شد که سیفیلیس عصبی وجود ندارد. در مواردی که سیفیلیس عصبی وجود داشته باشد باید پنی سیلین تراپی بصورت وریدی با پنی سیلین G، به میزان ۲۴ - ۱۲ میلیون واحد روزانه، برای حداقل ۱۰ روز متوالی انجام شود. (پنی سیلین G باید بصورت Aqueous یا پروکائین باشد زیرا پنی سیلین بنزاتین از سد خونی مغزی به راحتی عبور نمی کند).

بعضی از صاحب نظران بر این باورند که تجویز یک دوز پنی سیلین بنزاتین، در مادرانی که مبتلا به سیفیلیس اولیه هستند، ممکن است از ایجاد سیفیلیس عصبی در جنین



خلاصه : دو مورد سیفیلیس مادرزادی گزارش شد و نکاتی از بیماری و درمان و پیشگیری آن بحث گردید .

Summary:

Two cases of congenital syphilis was presented and few aspect of the disease and its treatment was discussed.

Refereces:

- 1-LD. Lilien et al.  
Congenital syphilitic osteitis of scapula. *Pediat Radio*  
6,183-185,1977.
- 2-Vivian Harris et al.  
Congenital syphilis with unusual presentation. *Illinois Medical Journal* 371-374 May 1077.
- 3-Gungor Karayalcin et al.  
Monocytosis in congenital syphilis.  
*Am I dis child*.131,July 1977.
- 4-John Grossman ll.  
Congenital syphilis.  
*Tetratology* 16.217.224.Oct.1977.
- 5-Abraham.M.Radalph.  
*Pediatrics*,Sixteenth Edition  
Appleton-Century-Crofts,Newyork 1977.