

Cinsel Yolla Buluşan Anorektal Hastalıklar

Editör İrfan Dönmez

Anüsün cinsel yolla buluşan hastalıkları esas olarak anal yolla cinsel ilişki içinde bulunan insanlarda görülür ve büyük bir grup enfeksiyon hastalıklarını içerir. Bu hastalıklar büyük oranda homoseksüel erkeklerde görülmekte ise de %5-10 kadın ve heteroseksüel erkeklerde de anal ilişki yoluyla görülebilir. Bu halde atipik anal semptomları olan veya tedaviye dirençli anal bozuklukları olan kadınlarda bu grup hastalıklar akla getirilmelidir.

Kesin tanı zordur çünkü bu hastalarda multipl organizmalar bulunur ki bunların bir kısmı patojendir. Anorektal yakınmaları olan homoseksüel erkeklerin %55 inde gonore, %80 inde sifiliz bulunur. Asemptomatik homoseksüel erkeklerin %15 inde klamidya bulunur. Homoseksüellerin yaklaşık 1/3 ünde herpes simpleks virüs enfeksiyonu vardır.

CYBARH da 3 tip klinik tablo ile karşılaşılabılır.

1-Anal Ülserler

2-Anorektitler

3-Papillomatöz vejetasyonlar.

Enfeksiyon ajanları bakteriler, virüsler, mantarlar ve parazitler olabilir.

GONORE:

Ajan patojen Neisseria Gonorrhoeae'dir. Gram(-) intrasellüler bir diplokoktur. En çok 15-30 yaş grubu tutulur. Tarama kliniklerinde homoseksüel erkeklerin %55 inden izole edilebilir. Bu hastaların %40-50 sinde tek tutulan yer rektum olup hastaların büyük bir bölümü asemptomatiktir. 5-7 günlük inkübasyon dönemini takiben proktit ya da kriptit husule gelir. Kadınlarda vaginal gonoreden otoinokülasyon yolu ile rektuma bulaşabilir. Kadınlarda sadece %6 sında izole rektal gonore vardır.

Hastalarda ağrı tenesme, puritüs, kanlı veya mukoid rektal akıntı vardır. İyi tedavi edilmezse bağırsaktaki enfeksiyon perihepatit, menenjit, endokardit, perikardit ve hatta gonokokal artrit formlarına ilerleyebilir. Proktitli veya proktitsiz koyu sarı mukopürülan akıntı gonore için tipiktir. Anoskopi sırasında anal kriptlere baskı yapıldığında mukopürülan akıntı tespit edilme klasik bulgudur. Anoskopi sırasında sürüntü alınıp yayma ve kültür yapılırsa vakaların %35-80 inde ajan tespiti yapılabilir. Kültür bekleninceye kadar empirik tedavi başlanır. Halen önerilen tedavi tek doz seftriakson ve müteakiben doxycycline 100 mgx2 /gün/ 7 gün'dür. 3 ay sonra kontrol gerekir çünkü nüks sıktır. Partnerlerin tedavisi ile başarı oranı %95'e çıkar.

PERİYANAL KONDİLOMA AKKUMİNATA

Perianal siğil görülme sıklığı giderek artmaktadır. Perianal siğiller yapışmaz çekilmez bir hale getirebilirler ve tedavileri de çok zordur. Siğillerle birlikte neoplazi de bulunabilir.

ETYOLOJİ:

Kondiloma akuminata etkeni HPV (Human papilloma Virüs) dir. Aynı virüs vücutta başka yerleşimlerde de siğil oluşturabilir. %60'dan fazla HPV alt tipi saptanmıştır. Perianal siğil etkenleri alt tipler 6, 11, 16 ve 18'dir. 6 ve 11 tipleri ekzofitik kondilomaya yol açarken 16 ve 18 displazinin daha ağır formlarında ve invaziv skuamöz karsinomada etkilidir. Virüs travmatize epitelden

deriye girer ve bazal hücrelere yerleşir epitelin proliferasyonunu stimüle eder.Epitelin daha yüzeysel tabakalarında matür(enfeksiyöz) virüs partikülleri bulunur.

PATOLOJY:

Kondiloma akuminata çok özel makroskopik görünümü ile kolayca tanımlanabilir.Genellikle pembe renkli papilliform bir görünümüne sahiptir.Düz olabildikleri gibi bazı vakalarda ekzofitik de olabilirler.Büyüklükleri ve yaygınlık dereceleri çok değişkendir.Bazı olgularda gözle görülemeyecek kadar küçük olabildikleri gibi bazı olgularda da tüm perianal bölgeyi,vulvayı veya skrotumu kaplayacak kadar büyük olabilirler.(Beckel).Histolojik olarak bazal tabaka salımdır,submukozada inflamatuvar hücreler bulunur .Hiperkeratozla birlikte hiperkromatik çekirdekli büyük vakuollü hücreler(koilocyte) dikkati çeker.

KLİNİK:

Perianal kondiloma akuminata hemen daima cinsel temas ile buluşur ancak anal birleşme part değildir.Bazı hallerde yakın temas da buluşmayı sağlayabilir.Bildiren vakaların çoğunluğu homoseksüel erkeklerdir ancak her iki cinsten de görülür.Virüs buluşma sonrası inkübasyon dönemi 1-6 aydır.Kondilomlar kaşıntılı,akıntılı,sürekli anal ıslaklık,ağrı ve kanamaya yol açabilirler.Ayrı ayrı ta kondiloma lata ve skuamöz kanser akıldan tutulmalıdır.Kondilomlar semptomatik homoseksüel erkeklerin ancak %6 sında perianal alana sınırlıdır.Hem intranal hem de perianal lezyonların görülmesi %84 tür.Daha da ötesinde semptomatik hastaların %10 unda sadece intranal lezyonlar görülür ki bu anoskopinin önemini ortaya koyar. İmmun yetmezliği olan hastalar hariç tutulursa kondilomlar hemen diama dentat çizginin aşağısında lokalizedirler.Asetik asit solusyonu(%3-5lik) görülebilmelerini kolaylaştırır.Çayet anal kanal kondilomları tedavi edilmeden sadece perianal kondilomlar tedavi edilirse tedavi başarısız olacaktır.Anal kondilomun bir varyantı da dev kondiloma akuminatadır(Verüköz karsinom,Buschke-Löwenstein tümörü).Klinik olarak hızla büyüyen skuamöz hücre karsinomu beklende olup,invazyon göstermez.HPV tip 6 bu lezyondan sorumludur ve mikroskopik olarak lenf ve kan damarı invazyonu saptanamazdır.

TEDAVİ:

Anal ve perianal siğiller nüks ederler.Tüm hastalara anoskopi,rektosigmoidoskopi , vaginal ve penil muayene yapılmalıdır.Nüksler %10 ile %75 arasında değişir.Tedavi eksizyonel,destrüktif ve immunoterapi beklende sınıflandırılabilir.

Eksizyon:Kondilomlar hem lokal hem de regional anestezi altında eksize edilebilirler.Subkutanöz ya da submukozal olarak lokal anestezi ile infiltre edilir,forseps ve makas yardımı ile eksizyon yapılır.Ayrıca anal ve perianal deri çıkarılırsa anal stenoz gelişebilir.Hastaların çoğunda tek bir seansta tüm kondilomlar çıkarılabilir.%2-3 kanama komplikasyonu görülebilir.Postop dönemde hastalara analjezik,oturma banyosu ve laksatif önerilir.1 yıl süre ile 2 ayda bir hastalar nüks yönünden kontrol edilir.Bu teknikle %9 ile %42 arasında nüks bildirilmiştir.Ortalama nüks oranları % 10 civarındadır.

Destrüksiyon:Bu tedavide podofilin,bikloroasetik asit,elektrokoter ve lazer kullanılır.

1-Podofilin:Podofilin sitotoksiktir ve normal deri için çok irritandır.Mitozu durdurarak etki eder.Sıvı parafin ya da tentür de benzoin içinde uygulanır.Tentür de benzoin içinde uygulanan form siğillere daha iyi yapışmaktadır.%25 lik konsantrasyonda olan en iyi sonuçları verir.Karışım direkt olarak sadece kondilom üzerine uygulanır.Normal deriye uygulanmamalıdır.Kalçalar 5-10 dakika süreyle birbirinden ayrı duruma tutulmalı ve sonra çevre deriye talk pudrası sürülmeli,6-8 saat sonra da tüm saha cilt hasarını önlemek amacıyla yıkanmalıdır.Yhtiyaç duyuldukça bu tedavi birer hafta ara ile tekrarlanmalıdır.Toksisitesinden dolayı podofilin anal kanaldaki siğillere tatbik edilemez.Lokal komplikasyonları cilt nekrozu,anal fistül,dermatit ve anal stenozdur.Yüksek dozlarda kullanıldığında hepatik,renal,respiratuvar,gastrointestinal ve nörolojik problemlere neden olabilir.Bulantı,mental durum değişiklikleri, ve kemik iliği depresyonu da yapabilir.Gebelikte teratojenik etkilerinden dolayı kullanılmaz.Podofilin siğillerde karsinoma in situ dan ayırtılamayacak histolojik değişiklikler oluşturabilir.Be değişiklikler uygulamadan sonraki 4 hafta içinde geriye döner.Podofilin % 77 hastada tedavi edicidir ancak 12 ayda nüks %65 olarak bildirilmektedir.Eksizyonda ise tedavi oranı %93 nüks ise %29 dur.

2-Bikloroasetik asit:Aynı podofilin gibi uygulanır.Podofilinden farklı anal kanala uygulanabilmesi ve sistemik toksisitesinin olmaması ve histolojik değişikliklere yol açmamasıdır.Anal kanaldaki lezyonlara uygulandıktan sonra bir pamuk yardımı ile kurulanmalıdır.Uygulanması hemen takiben siğiller beyaza döner.Fazla uygulanırsa sodyum bikarbonat ile nötralize edilebilir.Bu kostik ajan 7-10 günlük aralıklarla 5 kez uygulanmalıdır.Nüks oranı % 25 kadardır.

3-Elektrokoterizasyon:Yüzeysel ikinci derece yanık oluşturan şekilde koterizasyon yapılır..5 mm den daha küçük multipl siğiller hızlı sonuç almak için uygun bir tedavi yöntemidir.Daha büyük olanlarda eksizyonla kombine edilebilir.Nüks oranı%10-25 arasında olup tedavi sonrası 1 yıl süre ile 2 ayda bir kontrol edilmelidir.

4-Lazer:Pahalıdır ve özel eğitim ile özel donanım gerektirir.Ýplem sırasında özel filtreli maskeler kullanılmadık takdirde sağlık personelinde respiratuar papillomlara neden olduğu saptandığından yaygın olarak kullanılmamaktadır.

5-Ýmmunoterapi:Hazırlanan otolog hücrelerin uygulanması ile iyi sonuçlar elde edilmiştir.Nükseden vakalarla ilgili büyük olanlar denenilebilir.

6-Ýnterferon:Ýnterferon tek başına ya da diğer tedavi yöntemleri ile birlikte kullanılabilir.Genellikle nükseden vakalarda tercih edilmektedir.Rekombinant Ýnterferon-alfa her bir lezyona intralezyoner olarak 1 milyon ünite olmak üzere 3 hafta süre ile haftada 3 gün uygulanmaktadır.Grip benzeri bir yan etki yapar.Sistemik olarak da(YM) kullanılabilir.

LENFOGRANULOMA VENERUM(LGV):

Klamidya enfeksiyonu ABD de en sıklıkla görülen cinsel yolla bulaşan hastalıktır,etken Chlamydia Trochomatis dir.Klamidya proktiti anal birleşmeden 10 gün sonra başlar ve sıklıkla gonore ile birlikte dir.Asemptomatik homoseksüellerin %15 i klamidya bulaşmışlardır.Klamidya için 15 serotipi bulunur.D den K'ya kadar olanları proktitten sorumlu olup,L1,L2 ve L3 LGV den sorumludur.Anal birleşmeyi ya da anal-oral teması takiben ortaya çıkan non-LGV proktitte ağrı,tenesme, ateş ve eritematöz rektal mukozal saptanabilir.Mukozal ülserasyonlar nadirdir.Ýnguinal lenf nodları büyüyebilir.LGV hastalarında yine ağrı ve tenesme bulunabilir ancak beraberinde mukozal ülserasyonlar ve Crohn proktitine benzer şekilde fragil bir mukozal ile karşılaşılır.LGV yi Crohn proktitinden ayırtmada inguinal lenfadenopati önemlidir.Tedavi edilmemiş vakalarda rektovaginal veya rektovesikal fistüllere ,apselere neden olan ülserleşme görülebilir.Geç dönemde rektal striktürlerle karşılaşabiliriz.

Hastalara sigmoidoskopi yapıldığında ağrı nonspesifik granüler proktite birlikte mukozal eritem,fragilitate, ve ülserasyonlar saptanır.Geç bulgular ise striktürler ve kitledir.Ýnflamasyon rektal mukozadan biyopsi yapıldığında spesimen hem doku kültürü için histopatolojik inceleme için gönderilmelidir.Laboratuarda bu mikroorganizmayı üretmek zordur.Histopatolojik incelemede kriptompsileri,enfeksiyöz granüloma ve dev hücrelerle karakterize enfeksiyöz proktiti saptanır.Granülomların bulunması genellikle Crohn proktiti düşündürülebilir.

Antiklamidyal antikörler kompleman fiksasyon testi ile tespit edilebilirler ve tanı koyabilmek için titre 1/80 ve daha fazla olmalıdır.Maalesef antikör titresini enfeksiyonundan 1 ay sonra yükselmeye başlar.

Tedavide oral tetrasiklin veya eritromisin kullanılır(500 mgx4/Gün).Oral doxycycline 100mgx2/Gün 7-14 gün süre ile non-LGV de,LGV de ise 21 gün kullanılmalıdır.

YUMUŞAK PANKR:

Hastalık etkeni Hemofilus Ducreyidir.Hastalık ağrılı adenopati,multiple perianal apse,hassas genital veya anorektal ülserlerle karakterizedir.Ülserler yumuşak olduklarından herpessten ayrılmaları zor olabilir.Vakaların %50 sinde lenfadenopati vardır ve bazan lenf nodları süpüre olabilir.Tanı kültürle konur.

Tavsiye edilen tedavi ;PO eritromisin 600mgx2/gün/7 gün veya PO trimetoprim/sulfametaksazol 2x1 tbl/Gün/7 gün.Üç günde cevap alınır ve 7 günde ülserasyonlar iyileşir.En son lenf nodları küçülür.

GRANÜLOMA ÝNGUÝNALE:

G(-) basil Calymmatobacterium granulomatis(Donovania granulomatis)'in gerek cinsel temasla gerekse direkt temas ile bulabması sonucu gelişen kronik bir cilt enfeksiyonudur.Tropikal ve subtropikal bölgelerde daha çok görülen nadir bir enfeksiyondur.Lezyonlar genital ve perianal bölgede yerleşirler.Ýık lezyon subkutan bir papül veya kitle tarzındadır,birkaç gün içinde ülsere olur.En çok penis,skrotum ve kadýnlarda labia minoriste yerleşir daha sonra otoinokulasyon ile hastalık perianal bölgeye yayılır.Sekonder bakteriyel enfeksiyon nekrozlara yol açabilir.

Tanı biyopsi ile konur.Wright veya Giemsa boyamasında Donovan cisimciklerinin görülmesi ile kesin tanı konmuş olur.Tecrübeli klinisyen muayene ile tanı koyabilir.Ayırıcı tanıda karsinom,sekonder sifiliz ve amebiasis akla getirilmelidir.

Tedavide PO tetrasiklin 500 mgx4/Gün 10-15 gün süreyle kullanılır.

SÝFYLYZ:

Primer anal sifiliz erkek homoseksüellerde görülür.Etken trepanoma Pallidum anal ilişki sırasında anüse girer 2-6 hafta içinde anüsler ortaya çıkar.Bu süre 3 aya kadar uzayabilir.Vakaların %10-20 sinde primer lezyon(pankr)anal kanal içinde gizlenebilir.ankr tipik olarak anal vergededir,klasik olarak ağrıya sebep olur ve sekonder enfeksiyon nedeni ile ağrılı olduğu durumlarda anal fissür ile karışabilir.Fissürler orta hatta yerleşirken pankr herhangi bir yerde,perianal deride hatta dentat çizginin proksimalinde yerleşebilir.Dentat çizginin proksimalinde yerleşmesi genellikle HIV(+) hastalara özgüdür.Pankrlar multipl olabilecekleri gibi ayna hayalinde de olabilirler.

Pankr tedavi edilmez ise kendiliğinden 3-4 haftada iyileşir.Bundan 2-10 hafta sonra diffüz kırmızı makülopapüler döküntü beklenen sekonder lezyonlar ortaya çıkar.Bu lezyonlar en sıklıkla el ayasında ve ayak tabanında lokalizedirler.Sekonder sifiliz ayrıca ağrıya sebep olur kahverengi veya pembe verrüköz lezyonlarla da karışmaya çıkabilir ki buna Kondiloma Latum adı verilir.Büyük bir perianal kitle oluşabilir ve kitle üzerinde birçok düz siğil mevcuttur ve bunlar mukus salgırlar ,kaşıntılıdır ve kötü koku yayılır.Lezyon primerle birlikte bulunabilir.Kondiloma accuminata ile ayırıcı tanı gerekir.Hem primer hem de sekonder lezyonlar enfektiftir.

Anogenital lezyonlar olmadan proktit bulunabilir.Ýnguinal lenfadenopati ile birlikte bulunan rektal sifiliz lenfoma ile karıştırlabilir.Her iki hastalıkta da lastik kıvamında inguinal lenfadenopati ve submukozal rektal düzensizlikler bulunur.Rektal sifilizde lenfoma gibi genellikle tenesm,mukoid akıntı ve rektal ağrı vardır.

Hastaların 1/3 ünde anal sifiliz kendiliğinden iyileşir,1/3 ünde latent kalır,1/3 ünde geç ya da tersiyer sifilize ilerler(genellikle enfeksiyondan 1 yıl sonra).

Batılı ülkelerde nadir görülmeyle birlikte 3.devrede tabes dorsalis gelişebilir ve tabeste anal sfinkter paralizisi ve şiddetli anal ağrı görülebilir.Sifilitik rektal gomlar malinite ile karışabilir.

Sifilitik ülserler çok deşik şekilde görünebildiklerinden homoseksüel veya biseksüel bir erkekte saptanan herhangi bir ülsere lezyonla şüphelenilmelidir.Anal ülseri bulunan kadınlar anal ilişki yönünden sorgulanmalıdır.

Tanıda VDRL veya RPR (Rapid Plazma Reagin),teyit için de FTA-ABS(Floresans Treponemal Absorbsiyon Testi) yapılmalıdır.FTA-ABS hayat boyu pozitif kalır ve VDRL den daha erken olarak pozitifleşir.

Tedavide tek doz uzun etkili benzathin penicillin 2.4 Milyon Ünite ÝM olarak verilir.3.devre sifiliz vakalarında aynı ilaç 2 per haftalık aralıklarla 3 kez tekrar edilir.Penicilin allerjisi olanlarda tetrasiklin veya eritromisin 500mgx4/gün/15 gün süre ile verilir.Penicilin tedavisi sırasında Jarisch-Herxheimer reaksiyonu(Ateş,deri lezyonları,artralji,adenopati)ortaya çıkarsa analjezikler tedaviye ilave edilir.Bu reaksiyon ken kendini sınırlar.

Bu hastaların takibinde 1 yıl süre ile 3 ayda bir VDRL veya RPR Plazma testleri yapılır.Hastanın titrelere en aza ininceye kadar cinsel temastan alıkonulur.Son 12 ay içinde temasta bulunulan tüm partnerler tedaviye alınır.

HERPES SÝMPLEKS:

Son 20 yıldır anorektal herpes simpleks vakalarında artış olmuştur. Homoseksüel erkek hastalarda yapılan serolojik çalışmalarda %95'inin herpes simpleks virüs tip 2 (HSV 2) ile enfekte oldukları saptanmıştır. Tüm anorektal herpes simpleks vakalarının etkeni HSV 2 (DNA virüsüdür). Normal insanlarda sadece mukokütanöz alanlar ve duyu ganglionlarının nöronal nükleuslarını tutar.

HSV-2 enfeksiyonu anal birleşmeden 4-21 gün sonra başlar. Anorektal bölgede sürekli şiddetli ağrı ve proktit ile kendini gösterir. Proktit sonucu tenesmus, mukopürülan akıntı ve kabızlık gelişir. Ağrı o kadar şiddetlidir ki hastalar defekasyondan kaçınıyor, konstipasyon müteakiben de fekal impaksiyon gelişir. Sistemik belirtiler ateş, titreme ve halsizliktir. Bazen bilateral ağrılı lenfadenopati görülebilir. İmmün yetmezliği olmayan hastalarda hastalık 7-10 gün sürer. Nüksler olsa bile hafiftir ve sistemik belirtilere yol açmaz. Hastalık veziküllerin ilk görülmeye başladığı andan perianal re-epitelizasyonun tamamlanmasına kadar sürer.

Akut safhada anorektum çok hassastır. İyi muayene yapabilmek için topikal veya regional anestezi gerekir. Kalçalar dikkatlice palpasyonda herpetik lezyonlar kolayca gözlenir. Bu lezyonlar perianal deride veya anal kanalda küçük veziküller, yarılmış veziküller, aftöz birleşmiş ülserler tarzında olup sakrokoksigeal alana kelebek şeklinde yayılım gösterirler. Anoskopide fragil epitel, ülserasyon, ve mukopürülan akıntı dikkati çeker. Rektumda 10 cm'lik bir uzaklık içinde vezikül ve püstüller görülebilir. Biyopsi herpes tanısı konabilir. Travma ve Behçet hastalığı anorektal herpesteki ağrılı anorektal lezyonları andırabilir.

HSV-2 enfeksiyonunun tedavisi akut safhadaki hem de nüksleri önlemek için süpresif tedavi tarzındadır. Akut safhada tedavide otururma banyoları, gaita yumuşatıcılar ve analjezikler kullanılır. HSV-2 enfeksiyonu tedavisinde etkin bir ilaç ya da tedavi yöntemi yoktur. Antiviral ajanlar ve özellikle acyclovir klinik gidişi kısaltır, şiddeti azaltır ve birçok hastada HSV-2 enfeksiyonunu süprese eder. Acyclovirin %5'lik topikal, oral ve İV formları vardır. HSV-2 DNA polimeraz ile kompetitif inhibisyona girerek etki gösterir. Tavsiye edilen doz oral 200-400mgx5/gün 10 gün süreyle. Oral tedavi topikal tedaviye üstündür ve 4 günde ağrı, 8 günde veziküller kaybolur ve ortalama 1 haftada iyileşir. Acyclovirin 4 yıla kadar uzayan tedavide uzun vadede yan etki yapmadığı saptanmıştır.

Anorektal herpes saptanan tüm hastalar AIDS yönünden araştırılmalıdır.