

Syfilis včera a dnes

doc. MUDr. Ivana Kuklová, CSc.

Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

První epidemie syfilis se objevila v Evropě na konci 15. století, jednalo se o vysoce virulentní infekci s letálním průběhem. Článek pojednává o původu syfilis na evropské půdě a o měnících se epidemiologických souvislostech této záhadné a dosud ne zcela prozkoumané nemoci.

Klíčová slova: syfilis, historie, současnost, epidemiologie.

Syphilis yesterday and today

The first epidemic of syphilis occurred in Europe in the late 15th century, it was a highly virulent infection with a lethal outcome. This paper deals with the origin of syphilis on European soil, and the changing epidemiological context of this mysterious and as yet not fully explored the disease.

Key words: syphilis, history, presence, epidemiology.

Dermatol. praxi 2012; 6(3): 136–137

Syfilis je chronické, celosvětově se vyskytující infekční onemocnění přenášené především pohlavním stykem vyvolané spirochetou *Treponema pallidum subsp. pallidum*. Postihuje různé orgány, včetně kůže, očí, kardiovaskulárního, muskuloskeletálního a centrálního nervového systému. Pro schopnost napodobovat celou řadu nemocí bývá nazývána „opice nemocí“ (simia morborum). Nemoc významně ovlivňuje sociální a politické změny. Kark, který v roce 1949 publikoval článek týkající se sociální patologie syfilis u Afričanů, ve kterém popisuje, jak sociální podmínky v regionu a mobilita obyvatelstva poskytují živnou půdu pro šíření infekce, bývá považován za průkopníka primární zdravotní péče zaměřené na jednotlivé komunity (1). V článku lze nalézt nápadné paralely mezi epidemií syfilis a pozdější epidemií HIV/AIDS.

Původ syfilis v Evropě je vykládán dvojím způsobem, buď zavlečením z Ameriky Kolumbovými námořníky v r. 1493, nebo vývinem venerické syfilis z podobné endemické formy existující již po staletí na Blízkém východě a ve východní Evropě. Na základě molekulárně genetických studií je pravděpodobné, že se venerická syfilis vyvinula z yaws (frambézie) a že do Evropy byla skutečně importována z Ameriky Kolumbovými mořeplavci (2). Bez ohledu na původ nemoci je zřejmé, že se od roku 1495 začala šířit po celé Evropě. Za hlavní příčinu této epidemie se pokládá výprava krále Karla VIII. do Itálie r. 1494, v jeho armádě byla řada žoldnéřů, kteří se před tím plavili s Kolumbem do Ameriky. Syfilis měla v té době formu zhoubné pandemie s rychlým a těžkým průběhem. Dodnes není jasné, zda se ve všech popisovaných případech skutečně jednalo o syfilis, v mnoha případech byla zřejmě zaměňována s leprou (3, 4). V roce 1498 se z Evropy rošířila do Indie a v r. 1505 do Číny.

Z doby kolem roku 1500 se setkáváme s označením „morbus gallicus“, „mala frances“, „nemoc francouzská“. Francouzi naopak nazývali syfilis „nemoc neapolská“, Poláci „nemoc německá“, Rusové „polská nemoc“, jiné označení bylo „uherská“ nebo „španělská nemoc“. Novodobý název pochází od Girolama Fracastora, který v r. 1530 vydal ve Veroně báseň „Syphilis sive morbus gallicus“. V básni opěvuje pastevce Syphila potrestaného Apollonem nemocí za to, že nestavěl oltáře bohům, ale svému králi. Původ českého označení příjice pochází od pražského profesora porodnictví A. Jungmanna, který název odvodil od bohyně lásky Prije (5).

Epidemiologie ve světě

Onemocnění postihuje celosvětově ročně 12 milionů osob, 90 % případů se objevuje v rozvojových zemích. V subsaharské Africe postihuje 4–15 % těhotných žen a je zodpovědná za 20 % prenatalních úmrtí.

Ve Spojených státech nastal po zavedení penicilinu ve 40. letech výrazný pokles incidence. Později se objevily tři epidemie v přibližně 10letých intervalech. V roce 1982 to byla epidemie mezi homosexuálními muži, v roce 1990 mezi Afroameričany ve městech a v zemědělských oblastech na jihu USA, během této epidemie byl podíl obou pohlaví přibližně stejný, příčina vzplanutí infekce byla dávana do souvislosti s výměnou sexu za drogy a s užíváním kokainu, epidemie v r. 2003 postihovala především muže (6).

V devadesátých letech minulého století došlo v západní Evropě ke snížení počtu onemocnění, po roce 2001 se objevilo několik epidemií mezi homosexuálními muži, které souvisí se zlepšením zdravotního stavu HIV infikovaných mužů, vysoce aktivní antiretrovirovou terapií

a její lepší dostupností, užíváním rekreačních drog, methamphetaminu a Viagry, nechráněným orálním a análním stykem a využíváním internetu k navazování nových vztahů. Tyto menší epidemie byly popsány např. v Dublinu v letech 2001 až 2003, kde 31 % homosexuálních mužů mělo nechráněný orální styk a 15,9 % nechráněný anální styk, podobné nálezy byly evidovány v Manchesteru, Brightonu a Londýně. V Dánsku tvořili v roce 2004 homosexuální muži 78 % nově hlášených případů, 37 % z nich bylo HIV pozitivních, podobná data jsou hlášena z Itálie, Belgie, Rakouska a Německa (7, 8, 9). V roce 2003 byla incidence syfilis u mužů v Německu 10x vyšší než u žen (75 % z nich byli homosexuálně orientovaní, v 50 % HIV pozitivní). Podle zahraničních studií se koinfekce syfilis a HIV pohybuje u homosexuálních mužů mezi 20 % až 73 %. Primární léze jsou přibližně u 35 % homosexuálních HIV pozitivních mužů lokalizovány mimo penis, v oblastech hůře přístupných aspekci (rektum, perianální oblast, dutina ústní) a mohou mít atypický neindurativní vzhled. Primární syfilis může také probíhat asymptomaticky, HIV pozitivní pacienti jsou proto častěji zachycováni ve stadiu sekundární syfilis. Sekundární syfilis je u HIV pozitivních častěji spojena s časnými neurologickými a očními příznaky a obě infekce při vzájemném souběhu také rychleji a agresivněji progredují (10, 11).

Ve státech bývalého Sovětského svazu a východoevropských zemích došlo po roce 1988 k výraznému vzestupu incidence. V Ruské federaci v období 1988–1996 vzrostl počet evidovaných případů 44násobně, v kaliningradské oblasti dokonce 100násobně, na 400–500 onemocnění na 100 000 obyvatel, vzestup infekce byl pozorován hlavně mezi uživateli drog a prostitutkami (12, 13). V Číně došlo nárůstu

počtu případů mezi roky 1990 a 2010 hlavně ve velkých přístavních městech. V rizikových skupinách uživatelů drog a homosexuálních mužů se prevalence pohybuje mezi 7 % až 15 % (14).

Epidemiologie syfilis v České republice

V českých zemích se v průběhu 15. až 17. století syfilis šířila hlavně pohyby velkých armád, ve kterých nechyběly vysoké počty kurtizán a prostitutek. Díky českému paleontologovi prof. E. Vlčkovi máme doklady o terciálních kostních formách syfilis u význačných osobností z panovnických rodů.

Počet případů syfilis výrazně stoupl po druhé světové válce. V roce 1951 byla Dermatovenerologickou společností organizována tzv. PN akce (pohlavní nemoci), při níž byly povinně vyšetřeny a léčeny všechny osoby ve věku 15–40 let. Tehdy byl výskyt syfilis vyšší než výskyt kapavky. Diagnostikovaly se nové i nepoznané případy, které by jinak unikly pozornosti (celkem 18 000 případů). Od té doby vykazoval roční výskyt stovkové hodnoty s různým kolísáním. Po roce 1989 pozorujeme až do roku 2001 trvalý nárůst absolutního počtu případů. Tento vzestup je dáván do souvislosti především s otevřením hranic mezi státy s výrazně rozdílnou ekonomickou situací a následným rychlým nárůstem prostituce a sexuální turistiky. K největšímu nárůstu počtu případů syfilis došlo mezi roky 1990, kdy bylo hlášeno 164 nových případů, a rokem 2001, kdy bylo hlášeno 1 376 případů (59,4 % z nich tvořili cizinci z bývalého východního bloku, především žadatelé o azyl). Dalším trendem po roce 1990 je nárůst infekce u gravidních žen. Díky nedůsledné prevenci se objevily případy vrozené příjice, v roce 1998 to bylo 18 případů, v roce 2010 klesá jejich počet na tři (15).

Od roku 2001 do roku 2006 došlo k poklesu incidence. Po roce 2006, kdy se počet případů snížil na 502 (4,9 nových případů na 100 tisíc obyvatel), dochází k opětovnému nárůstu infekce. V roce 2010 bylo hlášeno 1 002 případů, což představuje více než dvojnásobek oproti roku 2006. Incidence se v přepočtu na 100 ti-

síc obyvatel zvýšila ze 4,9 případů v roce 2006 na 9,7 případů v roce 2010. Nárůst se týkal především českého obyvatelstva, podíl onemocnění hlášených u cizinců se snížil z 32 % na 22 % (16, 17). Nejvyšší incidencí na 100 tisíc obyvatel se vyznačuje Praha s 27 případy, následovaná krajem Ústeckým (16 případů) a Jihomoravským (11 případů). Z epidemiologického hlediska je významný vzestup časných forem onemocnění (70 %). Zastoupení mužů stoupá celorepublikově každým rokem díky vzestupu infekce u homosexuálních mužů. Nárůst počtu nově hlášených případů syfilis je v korelaci s nárůstem počtu HIV infekcí. V r. 2010 bylo v ČR hlášeno 196 nových případů HIV pozitivitu, což jsou historicky nejvyšší počty.

Závěr

Včasná diagnostika a léčba ulcerativních sexuálně přenosných onemocnění je preventivním opatřením proti šíření HIV/AIDS, z tohoto důvodu je nutné monitorovat vývojové trendy syfilis a ostatních sexuálně přenosných onemocnění (STD). U osob s prokázanou STD je nutno systematicky vyhledávat kontakty a zdroje infekce a zachovat screening v graviditě. V léčbě syfilis je sice stále účinným a nenahraditelným antibiotikem parenterálně podávaný penicilin, ale na makrolidová antibiotika, která jsou léčebnou alternativou u osob alergických na peniciliny, byla prokázána rezistence (18). Molekulárně genetickými metodami bylo zjištěno, že rezistentní kmeny spirochety *Treponema pallidum* nyní převládají v mnoha vyspělých zemích. Potenciál spirochety k rozvoji další rezistence by mohl v budoucnu ohrozit kontrolu nad nemocí, která má a zřejmě i bude mít významný dopad na zdravotní stav populace všech kontinentů.

Literatura

1. Kark SJ. The social pathology of syphilis in Africans. *Int. J. Epidemiol* 2003; 32(2): 181–186.
2. Harper KN, et al. On the Origin of the Treponematoses: A Phylogenetic Approach. *PLoS Neglected Tropical Disease* 2008; 2(1): e148. doi: 0.1371/journal.pntd.0000148.
3. Knell RJ. 2004. Syphilis in renaissance europe: Rapid evolution of an introduced sexually transmitted disease? *Proc. R. Soc. London. Biol Sci* 2004; 271(Suppl): 174–176.

4. Duchková, H. Historie pohlavních chorob. *Lék Listy* 2000; 49(48): 1–2.
5. Resl V, Voltr J, Pizinger K. 1993. *Venerologie*. Praha, Karolinum 1993: 122.
6. Morse SA, Ballard RC, Holmes KK. (ed). 2003. *Atlas of Sexually transmitted diseases and AIDS*, 3rd edition. Edinburgh, London, New York: Mosby, 2003: 408.
7. Fenton, et al. 2008. Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *Lancet Infect Dis* 2008; 8: 244–253.
8. Cowan S. 2004. Syphilis in Denmark-Outbreak among MSM in Copenhagen, 2003–2004. *Euro Surveill* 2004; 9: 25–27.
9. Cronin M, Domegan L, Thornton L, et al. 2004. The epidemiology of infectious syphilis in the Republic of Ireland. *Euro Surveill* 2004; 9: 14–17.
10. Woznicová V, Votava M, Flasarová M. Klinický materiál pro průkaz syfilis metodou polymerázové řetězové reakce. *Epidemiol Mikrobiol Imunol* 2007; 56: 66–71.
11. Karp G, et al. Syphilis and HIV co-infection. *Europ J Intern Med* 2009; 20: 9–13.
12. Borisenko KK, Tichonova LI, Renton AM. 1999. Syphilis and other sexually transmitted infections in the Russian Federation. *Int J STD AIDS* 1999; 10: 665–668.
13. Uusküla A, Puur A, Toompere K, DeHovitz J. Trends in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in eastern Europe, 1995–2005. *Sexually transmitted infections* 2010; 86(1): 6–14.
14. Lin CC, Gao X, Chen XS, Chen Q, Cohen MS. China's syphilis epidemic: a systematic review of seroprevalence studies. *Sexually transmitted diseases* 2006; 33(12): 726–736.
15. Zákoucká H, Polanecký V, Kaštánková V. Syphilis and Gonorrhoea in the Czech Republic. *Eurosurveillance* 2004; 9(4): 18–20.
16. *Pohlavní nemoci* 2010. Praha: ÚZIS, 2011: 10.
17. Kuklová I, Kojanová M, Zákoucká H, Pánková R, Velčevský P, Rozehnalová Z, Hercogová J. Dermatovenerologie in the Post-Communist Era: Syphilis in Prague During 1999 to 2005. *Dermatol Clin* 2008; 26: 231–237.
18. Flasarová M, Pospíšilová P, Mikalová L, Vališová Z, Dastychová E, Strnadl R, Kuklová I, Woznicová V, Zákoucká H, Smajs D. Sequencing-based Molecular Typing of *Treponema pallidum* Strains in the Czech Republic: All Identified Genotypes are Related to the Sequence of the SS14 Strain. *Acta Derm Venereol* 2012 Mar 20. doi: 10.2340/00015555-1335.

Článek přijat redakcí: 9. 7. 2012

Článek přijat k publikaci: 6. 8. 2012

doc. MUDr. Ivana Kuklová, CSc.
Dermatovenerologická klinika
1. LF UK a VFN, Praha
U Nemocnice 2, 128 00 Praha 2
ikuklova@post.cz

