

Psoriáza?

MUDr. Drahomíra Jarošíková, prof. MUDr. Vladimír Vašků, CSc.

Dermatovenerologická klinika FN Brno a LF MU v Brně

Onemocnění vyvolané původcem *Treponema pallidum* představuje komplex patologických změn v různých orgánových systémech. Zahrnuje velice pestré klinické příznaky. Kožní morfy jsou tak rozmanité, že v širší diferenciálně diagnostické rozvaze je nutné na tuto infekci myslet pokaždé. Příklad, který sdělení popisuje, je toho důkazem.

Klíčová slova: syphilis secundaria, lues, *Treponema pallidum*, pohlavní nemoci, prevence pohlavních nemocí.

Psoriasis?

Disease caused by *Treponema pallidum* is not a single disease, it's set of multiorgan disability. Clinical symptoms are heterogenous. Cutaneous manifestation is so varied that it's essential to consider the diagnosis all the time. The case we present is a proof.

Key words: syphilis secundaria, lues, *Treponema pallidum*, venereal diseases, prevention venereal diseases.

Dermatol. praxi 2015; 9(1): 43–44

Popis případu

V lednu 2014 byl na ambulanci naší kliniky vyšetřen 49letý pacient s generalizovaným exantémem progredujícím po dobu několika měsíců. První kožní změny muž zaznamenal asi před rokem v oblasti bérků a dolní části zad. Na doporučení ambulantního specialisty aplikoval emolienca, stav byl stabilizován po dobu asi 8 měsíců. Koncem roku 2013 byl pacient léčen praktickým lékařem perorálním cefuroximem ve standardním dávkování pro infekci horních cest dýchacích. S odstupem asi 2–3 týdnů došlo ke generalizovanému výsevu drobných ložisek. Projevy byly subjektivně asymptomatické.

Kožnímu nálezu při vstupním vyšetření dominovaly červenohnědá zánětlivě infiltrovaná ložiska v lumbální oblasti zad a na bérkách, která byla kryta silnou vrstvou šupin. Projevy v oblasti zad splývaly až do serpiginózních a geografických konfigurací (obrázek 1). Na bérkách tvořily spíš numulární terče (obrázek 2). Generalizované byl patrný drobnoložiskový výsev s maximem na horních končetinách a trupu. Jednotlivé morfy měly charakter drobných erytémových terčů pokrytých šupinami (obrázek 3). Sliznice nebyly postiženy. Nehtové ploténky nohou i rukou měly fyziologický vzhled. Dle anamnestických údajů a klinického obrazu byl pacient přijatý k hospitalizaci na naší kliniku k další terapii s diagnózou psoriasis vulgaris.

Pacient negoval výskyt psoriázy v rodině, trvalou medikaci neužíval. V mládí byl sledován pro astma bronchiale a glomerulonefritidu (bližší specifikaci se nepodařilo zjistit). V roce 2001 prodělal klíšťovou encefalitidu. Alergie na léky neudával. Kouří 10 cigaret denně a alkohol požívá příležitostně. Muž je rozvedený, bydlí sám a pracuje jako dělník.

Bylo provedeno základní laboratorní vyšetření (krevní obraz s diferenciálním rozpočtem, parametry ledvinných a jaterních funkcí, CRP, ASLO, FW), hodnoty, byly v mezích normy. Na základě rutinně prováděných screeningových odběrů byla u pacienta zjištěna pozitivita TPHA a RPR (1 : 32).

Na základě positivity vyhledávacích reakcí na syfilis byly provedeny konfirmační sérologické testy. Výsledky potvrdily diagnózu syfilis (ELISA IgG pozitivní, IgM pozitivní ++, IgG-Western blot pozitivní, IgM-Western blot pozitivní). Vyšetření byla doplněna o provedení probatorní excize kůže z oblasti projevů na zádech a bérkách. V obou vzorcích byla popsána plně rozvinutá psoriaziformní dermatitida. Vzhledem k výrazné účasti plasmocytů histologický obraz připouští diagnózu lues secundaria (obrázky 6 a 7).

Klinické neurologické vyšetření neprokázalo žádnou patologii, RTG hrudníku a oční vyšetření byly v normě.

Při dodatečné anamnéze pacient negoval primární afekt nebo jiné kožní potíže. Nikdy v minulosti nebyl léčen pro jiné pohlavní nemoci. Orientaci udával heterosexuální, stálou partnerku neměl a přiznal náhodný nechráněný styk s neznámou ženou.

Po kompletizaci všech provedených vyšetření byla stanovena diagnóza **syphilis secundaria papulosquamosa**.

Za hospitalizace byla zahájena parenterální aplikace prokain benzylpenicilinu, podáno celkově 30 mil IU účinné látky. Následně doplněno o aplikaci depotního kompozitního penicilínového preparátu za ambulantních kontrol (3x 2 ampule 1,2 mil IU benzathin benzylpenicilin v kombinaci s 300 tis. IU prokain benzylpenicilinu). Celkovou terapii pacient snesl bez kompli-

Obrázek 1. Kožní změny v oblasti zad při vstupní prohlídce



Obrázek 2. Ložiskové projevy na dolních končetinách před léčbou



Obrázek 3. Drobnoložiskový generalizovaný exantematický výsev před léčbou



Obrázek 4. Kožní změny na bérkách po ukončení léčby



kačí. Léčba byla doplněna o symptomatickou lokální léčbu. Postupně došlo k vyhlazení ložisek, vymizení infiltrace a problednutí erytému. Po řádném přeléčení základní nemoci byly na kůži patrné pouze pozánětlivé barevné změny (obrázky 4 a 5).

Diskuze

Sekundární stadium syphilis svým pestrým klinickým obrazem může napodobovat řadu kožních nemocí. Diferenciální diagnóza zahrnuje nejčastěji pityriasis rosea, tinea vericolor, virové exantémy, lékové exantémy, ale i lichen planus, nebo gutátní či chronickou psoriázu (1, 2, 3, 4). Psoriaziformní syphilis nejčastěji postihuje kůži trupu a končetin a vlasovou hranici v oblasti čela. Postižení dlaní a plosek silně podporuje diagnózu (1). V případě námi popisovaného pacienta postižení aker chybělo, proto nás klinický obraz vedl na začátku právě k diagnóze psoriasis vulgaris. V některých případech ale může taky gutátní psoriáza zcela přesvědčivě napodobovat sekundární syphilis, jak dokumentují publikované případy (5).

Závěr

Prezentovaná kazuistika dokumentuje účinnost rutinně prováděných vyhledávacích testů

Obrázek 5. V oblasti zad po léčbě pouze diskrétní projevy



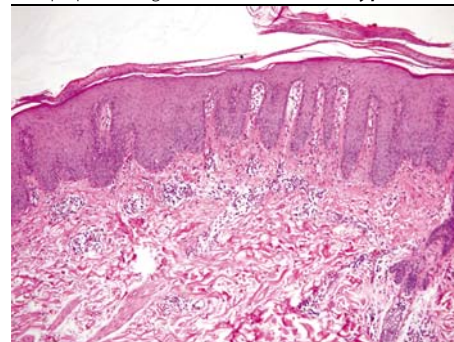
na syphilis a nutností obezřetnosti i u klinicky typických projevů jiných dermatóz. Psoriaziformní syphilis mívá sice většinou monomorfni papulózní charakter, ale může se manifestovat i jinak, o čemž svědčí popisovaný případ. Šíření a výskyt této pohlavně přenosné nemoci kolísá v průběhu existence lidstva na základě ekonomicko-sociálních podmínek a nyní se opět stává velice aktuálním tématem.

Za pořízení fotografické dokumentace děkuji kolegyni MUDr. Ireně Bartošové.

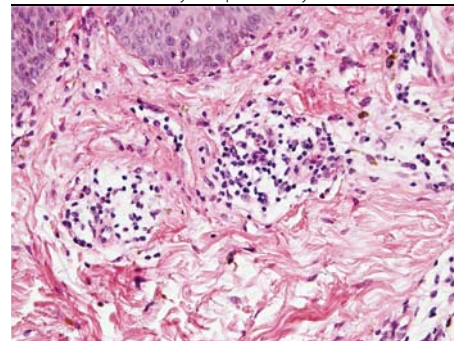
Literatura

1. Štork J, et al. Dermatovenerologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2008; 430–438.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH. Dermatológia a Venerológia. Osveta 2001; 113–141.
3. Cather CJ, Cather ChJ, Menter AM. Psoriasiform lesions on trunk and palms. Proc (Bayl Univ Med Cent) Apr 2003; 16(2): 236–238.
4. Miller CA, Rashid MR, Khackemoune A. Secondary Syphilis. J Emerg Med 2008; 35(1): 83–85.
5. High WA, Hoang MP, Bergstresser RR. Psoriasis guttata with palmoplantar involvement clinically mimicking secondary syphilis. Cutis. 2005; 76: 358–360

Obrázek 6. Psoriaziformní akantóza epidermis s kompaktní parakeratózou se zbytky neutrofilů, chybění stratum granulosum. V dermis řídký perivaskulární lymfoplazmocytní infiltrát s významným zastoupením plazmocytů, místy i predominující. Barvení na treponemy negativní. Lze připustit dg. **sekundární kožní syphilis**



Obrázek 7. Detail lymfoplazmocytního infiltrátu.



Článek přijat redakcí: 9. 10. 2014

Článek přijat k publikaci: 20. 1. 2015

MUDr. Drahomíra Jarošíková

Dermatovenerologická klinika, FN Brno a LF MU v Brně
Jihlavská 20, 602 00 Brno
drahomira.jarosikova@fnbrno.cz