Syphilis secundaria papulosquamosa u 55letého pacienta

MUDr. Šárka Kozojedová
Medicentrum Beroun, s. r. o.
Dermatovenerologické oddělení FN v Motole, Praha

Lues secundaria začíná obvykle 9. týden (3–12 týdnů) po infekci vznikem exantému. Je výrazem hematogenní diseminace infekce. V počátku může být přítomen primární vřed, eventuelně jizva, spádová lymfadenopatie. V některých případech se objevují chřipkovité příznaky, generalizovaná lymfadenopatie (1). Častěji se setkáváme s inguinální lymfadenopatií s mnohočetnými zvětšenými uzlinami v tříslech, vzhledem k původnímu místu vstupu infekce. Kožní projevy vstupního exantému bývají většinou nesvědivé, symetrické, diseminované, začínající na trupu, progredující na končetiny. Výsev může postihnou i genitál, vzácně čelo, tvář, kapilicium. Převažujícím typem exantému je roseola (makulózní, monomorfní exantém, s hnědorůžovými diskrétními makulami bez olupování v embolizační lokalizaci, v některých případech s postižením dlaní a plosek). Méně často vídáme makulopapulózní a papulózní exantémy. Až poté další popisované kožní a slizniční projevy, jako jsou condylomata lata, plaky na sliznici dutiny ústní, angina syphilitica, alopecie. Výraznější nebo atypický průběh sekundární syfilis nás většinou upozorňuje na sníženou imunitu pacienta, nejčastěji koinfekci HIV, ale i například současně probíhající infekční hepatitidu. U 2. stadia bychom měli vyloučit časnou neurolues a syfilitické oční postižení. Zejména HIV positivní mají výrazně vyšší riziko postižení nervového systému již v časných stadiích infekce. Je třeba vědět o možnosti postižení vnitřních orgánů, hepatitidě, glomerulonefritidě, ale tyto komplikace jsou vzácné. Exantémy 2. stadia lze zaměnit s řadou dermatóz, často ale vykazují určité znaky, které by nás měly vést ke správné diagnóze.

Klíčová slova: syphilis secundaria, lues secundaria papulosquamosa, roseola, psoriasiformní syfilis.

Secondary syphilis presenting as papulosquamous rash in a 55-year-old pacient

Secondary syphilis begins usually in the ninth week (3–12 weeks) after the primary infection, with the onset of the rash. It is a manifestation of hematogenous dissemination of infection. At the beginning, primary ulcer (or scar) with lymphadenopathy may be present. In some cases flu-like symptoms, generalized lymphadenopathy occur. Due to the inicial place of infection entry we are more likely to experience inguinal lymphadenopathy with multiple enlarged nodes in the groin. The rash is not itchy usually. It´s symmetrical, disseminate, beginning on the trunk progressing to the limbs. Exanthema can also affect the genitals, rarely a forehead, a face, a hairy part of the head. The predominant type of exanthema is roseola (macular, monomorphic rash, with brown-pink discrete macules without peeling in embolization localization, in some cases it affects palms and soles). We see maculopapular and papular rash less often. And then the following described skin and mucosal manifestations (condylomata lata, plaques on mucous membrane of the mouth, angina syphilitica, alopecia). A more pronounced or atypical progression of secondary syphilis usually indicates the patient's reduced immunity (most often HIV coinfection, but also for example ongoing hepatitis). In the second stage we should exclude early neurolues and syphilitic ocular conditions. HIV positive in particular have a significantly higher risk of affection of the nervous system in the early stages of infection. Other organes are rarely affected (syphilitic hepatitis, glomerulonephritis). The rash of the second stage of syphilis can be confused with a number of dermatoses, but they often show certain signs that should lead us to the correct diagnosis.

Key words: secondary syphilis, lues secundaria papulosquamosa, roseola, psoriasiform syphilis.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Šárka Kozojedová, c.sarka@post.cz
Medicentrum Beroun, s. r .o., Venerologická ambulance Lidická 30, Praha 5
Dermatovenerologické oddělení FN v Motole, V Úvalu 84, Praha 5

Cit. zkr: Dermatol. praxi 2018; 12(3): 143–145
Článek přijat redakcí: 13. 12. 2017
Článek přijat k publikaci: 15. 1. 2018

Popis případu

Pacientem byl 55letý muž, který vyhledal naši ambulanci pro progredující generalizovaný exantém léčený neúspěšně několik měsíců. Byl dlouhodobě warfarinizovánán po recidivujících plicních embolizacích, dále byl léčen pro hypertenzi, hyperurikemii, horní dyspeptický syndrom. Pracoval jako jednatel firmy. První projevy se u pacienta objevily 5 měsíců zpět ve formě makul až makulopapul o velikosti do 1 cm s olupováním na trupu, v té době udával svědění. V úvodu byl přeléčen Infectoscabem, poté vzhledem k suspekci na Morbus Grover aplikoval lokální kortikosteroidy. Vzhledem k neúspěchu léčby změnil opakovaně dermatologickou ambulanci. Mezitím exantém progredoval na dolní, později na horní končetiny. Dále pokračovala léčba lokálními kortikosteroidy, byla provedena i biopsie z ložiska na bérci, nejspíše nepřínosná, histologický nález pacient neměl k dispozici. V dubnu 2015 se po vlastní úvaze dostavil do naší venerologické ambulance. Žádal kompletní venerologické vyšetření. Po cíleném dotazu udával nechráněný náhodný pohlavní styk se starší ženou začátkem října 2014 na služební cestě v zahraničí. Dva měsíce poté vznik exantému. Primární afekt či jakékoliv jiné potíže pacient negoval.

Obr. 1, 2. *Exantém na trupu*

Status localis

Na trupu měl rozptýlená makulózní až makulopapulózní světle erytematozní ložiska o velikosti okolo 0,5–1 cm s límečkem šupin, obdobná na vnitřních stranách paží a předloktích, ve dlaních. Identické projevy byly patrné i ve kštici frontálně, na vnějším listu předkožky. Výraznější byl nález na dolních končetinách, kde hlavně na bércích v terénu venózní insuficience byly přítomny výrazně infiltrované papuly, sytěji zbarvené, až 2 cm, s nánosy žlutavých krust, stejně tak na ploskách. Sliznice byly bez postižení, dostupné uzliny nezvětšené, intertriginózní lokality bez patologického nálezu.

Vyšetření

Serologickým vyšetřením byla potvrzena diagnóza lues secundaria.

- VDRL mikro ++ 1 : 8 pozitivní
- TPPA pozitivní
- TPHA pozitivní
- FTA-ABS IgG pozitivní
- 19S IgM SPHA 1 : 16 pozitivní
- PCR moč Chlamydie, Gonorrhea negativní
- anti HIV 1 + 2 negativní, serologie hepatitid negativní

Obr. 3. *Ložiska s periferním límečkem šupin (detail)*

- klinické neurologické vyšetření, oční vyšetření, interní vyšetření… bez nálezu svědčícího pro lues

Terapie

Pacient byl odeslán k hospitalizaci na kožní oddělení nemocnice Kladno, kde byl vzhledem k warfarinizaci léčen intravenózně podávaným Benzylpenicilinem 5 MIU á 4 hod. celkem 14 dní (celkem 300 MIU). V závěru hospitalizace, po převedení na nízkomolekulární heparin, podán Retarpen 2,4 MIU. Po této léčbě při ambulantní kontrole přetrvávají lividní oploštělé projevy ve všech původních lokalitách, na facies anterior bérců stále živější papulózní eflorescence, s diskrétním olupováním. Pacient přeléčen navíc p. o. Doxybene po dobu 21 dnů, po této terapii byl již zcela zhojen přes pozánětlivé pigmentace.

Diskuze

Papulózní forma sekundární syfilis může imitovat řadu dermatóz včetně psoriázy. Nejčastěji jako exantém napodobující její guttátní formu (4), připomínající též lichen ru-

Obr. 4, 5. *Postižení dlaní*

Obr. 6, 7, 8. *Papuloskvamózní projevy na dolních končetinách*

ber planus, ale i chronickou psoriázu (3) včetně izolované palmoplantární psoriázy (5–7).

Obr. 9. *Postižení plosky*

Obr. 10. *Infiltrovaná ložiska na bércích po léčbě PNC*

Obr. 11. *Po následné léčbě Doxycyklinem*

Rovněž histologický nález je nespecifický a poměrně variabilní. Neexistuje jednotný histologický vzorec specifický pro syfilis. Klasický histopatologický vzhled sekundární syfilis je charakterizován psoriasiformní epidermální hyperplazií (u papuloskvamózních lézí), dále zánětlivým infiltrátem v dermis složeným z lymfocytů, histiocytů a plazmatických buněk (lichenoidním a/nebo povrchním a hlubokým perivaskulárním). Typický je edém endotelií, důležité je výrazné zastoupení plazmatických buněk v infiltrátu, které ale nemusí být vždy přítomno (8, 9). Průkaz Treponema pallidum v bioptickém materiálu je možný metodu PCR.

Rozhodující pro diagnózu je pozitivní serologie s konfirmačním vyšetřením. V případě sekundární syfilis je prakticky vždy plně rozvinutá a nedochází tu k pochybnostem jako u jiných stadií. Samozřejmě vždy současně posuzujeme klinický nález a anamnézu pacienta.

Mezi další dermatózy, které lze zaměnit se sekundární syfilis, patří pityriasis lichenoides chronica, impetigo, ale i erythema multiforme, na ploskách a dlaních kromě psoriázy může připomínat také tineu či dysidrotický ekzém. V případě roseoly lékové reakce, virové exantémy včetně HIV, pityriasis rosea, pityriasis versicolor.

Závěr

Někdy se setkáváme s případy pacientů, kteří jsou léčeni ambulantně, ať už celkově podávanými kortikosteroidy v případě roseoly, vzhledem k podezření na toxoalergický exantém, či lokálními preparáty v případě papulózní syfilis. Často problém vyřeší sám pacient, který si je vědom své venerologické anamnézy a dostaví se k vyšetření na pohlavně přenosné choroby. Podezření na 2. stadium syfilis by měl jednoznačně vzbudit asymptomatický lichenoidní či psoriasiformní exantém, nereagující na terapii, postižení dlaní a plosek, typicky s ložisky ohraničenými límečkem šupin (Biettův límec). V těchto případech bychom se pacienta měli cíleně zeptat na rizikové chování a provést serologické vyšetření.

Kazuistika byla prezentována na Pražském kazuistickém semináři 6. 12. 2017

LITERATURA

1. Štork J, et al. Dermatovenerologie. 2.vyd. Praha: Galén, 2013; 430–442
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH. Dermatológia a Venerológia. Osveta 2001; 113–141
3. Jarošíková D, Vašků V. Psoriáza? Dermatologie pro praxi 2015; 9(1): 43–44
4. Cather CJ, Cather ChJ, Menter AM. Psoriasiform lesions on trunk and palms. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2003 Apr; 16(2): 236–238
5. Gianfaldoni S, Tchernev G, Wollina U, Gianfaldoni R, Lotti T. Secondary Syphillis Presenting As Palmoplantar Psoriasis. Open Access Maced J Med Sci. https:// doi.org/10.3889/oamjms.2017.087
6. Solak B, Kara RO, Erdem T. Palmoplantar syphilis misdiagnosed and treated as palmoplantar psoriasis for 2 years. J Family Med Prim Care 2016; 5: 506
7. Bittencourt MJS, Brito AC, Nascimento BAM, Carvalho AH, Nascimento MD. A case of secondary syphilis mimicking palmoplantar psoriasis in HIV infected pacient. An Bras Dermatol. 2015; 90 (3 Suppl 1): S216-S219.
8. Alison E. Seline, BS, Brian L. Swick. Secondary Syphilis. Cutis 2016; 97(1): 16, 45–46.
9. Singh R, Terrano D. Unusual presentation of a skin rash. J Clin Pathol 2017; 0: 1–2. doi:10.1136/jclinpath-2016-204007