

Kiła – problem XXI wieku

Syphilis – issue of the 21st century

Marlena Karlińska-Jachowska¹, Paweł Chmielnicki², Bożena Dziańkowska-Bartkowiak¹, Elżbieta Waszczykowska¹, Jolanta D. Torzecka¹

¹Zakład Immunodermatologii Katedry Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Waszczykowska

²Klinika Dermatologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Andrzej Kaszuba

Post Dermatol Alergol 2007; XXIV, 5: 233–237

Streszczenie

W ostatnich latach wyraźnie zwiększa się liczba zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową, m.in. kiłę. Prawdopodobnie wiąże się to ze wzrastającą migracją ludności, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi młodych osób. W pracy przedstawiono 3 przypadki drugorzędowej kiły nawrotowej, charakteryzujące się bogatą symptomatologią, początkowo błędnie diagnozowane przez lekarzy poz. Ze względu na obecność nietypowych objawów pierwotnych w obrębie warg, rozpoznawana była opryszczka czy rak kolczystokomórkowy. Opóźnienie w ustaleniu właściwego rozpoznania i wdrożenia swoistego leczenia spowodowało ujawnienie się jednocześnie, rzadko obecnie spotykanych, tak wielu objawów drugorzędowej kiły nawrotowej. Podawane przez pacjentów w wywiadzie liczne kontakty płciowe, w tym homoseksualne, skłoniły do przeprowadzenia badań w kierunku zakażenia wirusem HIV. U 1 z pacjentów wykazano obecność przeciwciał anti-HIV. Powyższe przypadki autorzy prezentują do celów dydaktycznych.

Słowa kluczowe: drugorzędowa kiła nawrotowa, epidemiologia, objawy kliniczne, zakażenie HIV.

Abstract

A substantial increase in syphilis morbidity has been observed for the last few years. It is probably connected with increased migration and hazardous sexual behaviour among young people. We present three cases of secondary recidivans syphilis, characterized by rich manifestation, which were at first misdiagnosed by general practitioners. As atypical primary symptoms within lips were present in the patients, at first herpes simplex infection and squamous cell carcinoma were diagnosed. Diagnostic difficulties and subsequently delay in appropriate treatment resulted in simultaneous development of many symptoms of secondary syphilis. Medical history revealed numerous sexual contacts, including homosexual ones, which was why laboratory examination for HIV infection was performed. In one of the patients anti-HIV antibodies were detected. Described cases are presented because of high didactic value.

Key words: secondary recidivans syphilis, epidemiology, clinical symptoms, HIV infection.

Wprowadzenie

W ostatnich latach wyraźnie zwiększa się liczba zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową (ang. *sexual transmitted diseases* – STD), m.in. kiłę. Prawdopodobnie wiąże się to ze wzrastającą migracją ludności, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi młodych osób, jak chociażby promiskuityzmem, ponadto niedostateczną edukacją dotyczącą chorób wenerycznych oraz utrudnionym dostępem do poradnictwa wenerologicznego, spadkiem

liczby wykonywanych profilaktycznych badań diagnostycznych, wynikającym z reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Okazuje się, że w XXI w., wbrew powszechnie panującym opiniom, problem kiły jest wciąż aktualny i pojawia się w codziennej praktyce lekarskiej. Spada liczba rozpoznań infekcji kiłowych we wczesnej fazie, co wynika często z nietypowej lokalizacji i morfologii zmian [1–4]. Opóźnienie w ustaleniu właściwego rozpoznania i wdrożenia swoistego leczenia powoduje rozwój kolejnych eta-

Adres do korespondencji: dr hab. n. med. Jolanta D. Torzecka, Zakład Immunodermatologii Katedry Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego, ul. Krzemieniecka 5, 94-017 Łódź, tel. +48 42 686 79 81, faks +48 42 688 45 65, e-mail: torzecka@poczta.onet.pl



Ryc. 1. Osutka plamisto-grudkowa na skórze tułowia



Ryc. 2. Nadżerka na wardze górnej i podniebieniu

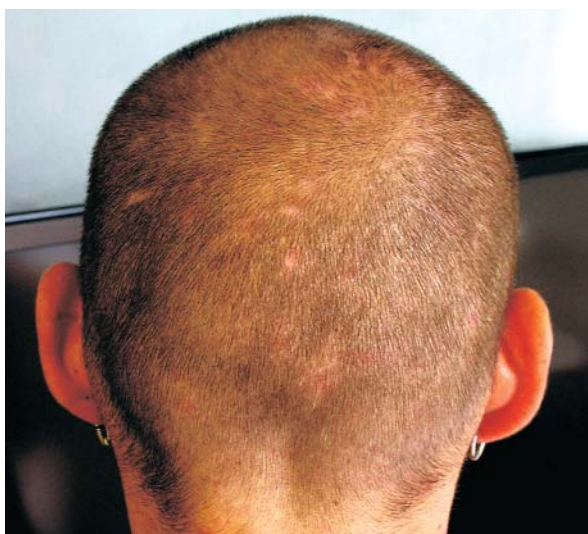
Cel pracy

W pracy przedstawiono 3 przypadki drugorzędowej kiły nawrotowej, cechujące się bogatą symptomatologią, początkowo błędnie diagnozowane przez lekarzy poz.

Opis przypadków

Przypadek 1.

Pacjent, lat 30, kawaler, utrzymywał liczne kontakty seksualne z przypadkowo poznanymi kobietami. Zaobserwował 1,5 mies. wcześniej na tułowiu rozsiane zmiany plamisto-grudkowe. Zgłosił się do lekarza rodzinnego, który rozpoznał u niego wiatrówkę. Podczas przyjęcia do Kliniki Dermatologicznej obserwowano różnorodną osutkę (plamisto-grudkowo-krostkową) na skórze tułowia, kończyn górnych i dolnych (ryc. 1). Na podszewkach i grzbietach stóp oraz powierzchni dłoniowej rąk obecne były zmiany rumieniowo-grudkowe z zaznaczonym kołnierzykowatym złuszczeniem naskórka (kołnierzyk Bietta). Na błonach śluzowych jamy ustnej oraz narządów płciowych widoczne były liczne, drobne nadżerki (ryc. 2). W obrębie skóry owłosionej głowy stwierdzono mnogie, okrągłe ogniska przerzedzenia włosów, przypominające *futro wygryzione przez mole* (ryc. 3). W obrębie lewego podudzia występował zlewny rumień, dobrze odgraniczony od skóry otoczenia. Zmianom towarzyszyła podwyższona temperatura i dreszcze. Badaniem fizykalnym stwierdzono powiększenie węzłów chłonnych pachwinowych. Na podstawie wywiadu, obecności krętków białych w rozmazie z jamy ustnej oraz wyników badań serologicznych (VDRL +, miano 1/32, FTA dodatni, miano 1/12000, FTA-ABS dodatni, TPHA dodatni) rozpoznano drugorzędową kiłę nawrotową oraz współistniejącą różę. W dalszych badaniach (test przesiewowy ELISA) stwierdzono obecność przeciwciał anti-HIV. Pacjenta w celu dalszej diagnostyki skierowano do Poradni Przyklinicznej Kliniki



Ryc. 3. Łysienie drobnoogniskowe

pów infekcji kiłowej, powikłań układowych oraz zwiększa ryzyko rozprzestrzeniania się choroby. Istnieje konieczność zwiększenia świadomości klinicystów, zwłaszcza lekarzy poz, o różnorodności symptomatologii zakażeń kiłowych i potrzebie wykonywania badań serologicznych, w szczególności pacjentom manifestującym mało charakterystyczny obraz kliniczny [1, 5, 6].



Ryc. 4. Objaw pierwotny w obrębie wargi dolnej



Ryc. 5. Blizna po zagojeniu objawu pierwotnego



Ryc. 6. Zmiany plamisto-grudkowe na dłoniach



Ryc. 7. Zmiany plamisto-grudkowe na stopach z widocznym kołnierzykowatym złuszczeniem

Chorób Zakaźnych, gdzie potwierdzono obecność antygenu HIV metodą Western-blot. W badaniach dodatkowych odnotowano obniżony poziom limfocytów T CD₄ (17,4%, 422 komórek/ μ l), przy prawidłowych wynikach morfologii, prób wątrobowych i nerkowych, w związku z czym odstąpiono od leczenia antyretrowirusowego. Pacjent pozostaje pod stałą opieką Poradni Przyklinicznej Chorób Zakaźnych.

Przypadek 2.

Pacjent, lat 38, kawaler, podający przygodny kontakt z osobą nieznaną oraz kontakty homoseksualne. Miesiąc wcześniej pojawiło się owrzodzenie w obrębie wargi dolnej, początkowo traktowane przez lekarza rodzinnego jako opryszczka. Ze względu na brak poprawy po leczeniu miejscowym i ogólnym zlecono konsultację onkologiczną, podejrzewając proces nowotworowy (ryc. 4.–5.). Po pojawieniu się osutki plamisto-grudkowej, traktowanej jako zmiana polekowa, pacjenta skierowano do Kliniki Dermatologicznej. Badaniem przedmiotowym stwierdzono, poza owrzodzeniem wargi dolnej i osutką na tułowiu i kończynach, z charakterystycznym zajęciem dłoni i stóp, przerzedzenie włosów, zwłaszcza w okolicach potylicznej i ciemieniowych oraz powiększenie węzłów chłon-



Ryc. 8. Przerzedzenie włosów (tysienie kiłowe rozlane)

nych podżuchwowych i pachwinowych (ryc. 6.–8.). Mimo ujemnego wyniku badania bezpośredniego na krętki, wyniki odczynów serologicznych (VDRL +++ 1/8; FTA dodatni, 1/1300; FTA-ABS dodatni; TPHA dodatni) potwierdziły rozpoznanie drugorzędowej kiły nawrotowej.

Przypadek 3.

Pacjent, lat 26, kawaler, zgłosił się do Poradni Dermatologicznej z powodu utrzymującego się od kilkunastu tygodni owrzodzenia na wardze dolnej, osutki plamisto-grudkowej na bocznych powierzchniach tułowia i podszwach oraz wypadania włosów. W wywiadzie chory podawał liczne kontakty z przygodnie poznanymi kobietami w ostatnich miesiącach. W badaniu przedmiotowym poza zmianami skórными stwierdzono powiększenie węzłów chłonnych pachowych i pachwinowych. Dane z wywiadu, obraz kliniczny oraz wykonane badania serologiczne (VDRL +++, miano 1/16; FTA dodatni, miano 1/4000; FTA-ABS dodatni; TPHA dodatni) stanowiły podstawę rozpoznania drugorzędowej kiły nawrotowej. W badaniu bezpośrednim z owrzodzenia na wardze dolnej nie wykazano obecności krętków błędnych.

U wszystkich pacjentów zastosowano antybiotykoterapię przez 30 dni, uzyskując poprawę kliniczną.

Omówienie wyników

Zachorowanie na kiłę podlega obowiązkowej rejestracji w większości krajów świata i stanowi prawdopodobnie najlepiej udokumentowaną chorobę zakaźną. Dane epidemiologiczne wskazują na wyraźny związek między szerzeniem się infekcji kiłowych a warunkami społeczno-ekonomicznymi, obyczajowością, poziomem wiedzy dotyczącej chorób przenoszonych drogą płciową oraz świadomości zdrowotnej [7]. Wydawałoby się, że w XXI w. problem kiły nie istnieje. W ostatnich latach obserwuje się jednak sukcesywny wzrost liczby zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową. W 2005 r. zgłoszono o 3% więcej przypadków kiły w porównaniu z rokiem ubiegłym. Rzeczywisty rozmiar problemu może być znacznie większy. Nie wszystkie bowiem zachorowania są rejestrowane, co wynika z niedopełniania przez lekarzy ustawowego obowiązku dotyczącego zgłaszania nowych zakażeń. Ponadto pacjenci nie ujawniają często partnerów seksualnych. Niekorzystny wpływ na sytuację epidemiologiczną ma również reforma systemu opieki zdrowotnej w Polsce, likwidacja centralnych kartotek, odstąpienie od rutynowo wykonywanych badań u wszystkich hospitalizowanych, u osób zatrzymanych i aresztowanych, a nawet niektórych kobiet ciężarnych. Wyraźny spadek liczby profilaktycznych badań serologicznych powoduje, że wiele przypadków kiły pozostaje niezdiagnozowanych i niezarejestrowanych. Brak regulacji prawnych w sprawie finansowania i przymusu leczenia chorób przenoszonych drogą płciową oraz poradnictwa wenerologicznego sprzyja również zwiększeniu liczby zachorowań i dalszemu rozprzestrzenianiu się infekcji kiłowych [1, 2]. Potwierdzeniem tego są opisane przez autorów 3 nowe przypadki choroby, zdiagnozowane i leczone w klinice w krótkim czasie (kolejnych 3 mies., wrzesień–listopad 2006 r.). Istotne znaczenie dla szerzenia się STD ma również niekorzyst-

na sytuacja epidemiologiczna w krajach byłego Związku Radzieckiego, we wschodniej Polsce, jak również wzrastająca migracja młodych ludzi, obserwowana od 2001 r. w związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej [1, 7].

We wszystkich omawianych przypadkach rozpoznanie infekcji nastąpiło na etapie drugorzędowej kiły nawrotowej, mimo że pacjenci wcześniej zgłaszali się do lekarzy. Problemem wydaje się więc zarówno brak znajomości symptomów tej choroby wśród lekarzy poz., jak i świadomości narastającej liczby zachorowań. Z drugiej strony, objawy kliniczne w początkowym okresie choroby mogą być mało charakterystyczne i naśladować inne, częściej występujące schorzenia dermatologiczne, np. osutki polekowe, opryszczkę. Sytuację taką obserwowano u pacjentów (przypadek 1. i 2.), u których zmiany na wardze i narządach płciowych potraktowano jako zakażenie wirusem *Herpes simplex*, a wykwity grudkowe na tułowiu jako reakcję alergiczną po stosowanym antybiotyku. Dodatkową trudność mogą sprawiać współistniejące u niektórych pacjentów inne choroby, takie jak wyprysk dłoni i stóp, łuszczyca, łupież różowy Giberta, w których wykwity grudkowe mogą maskować zmiany swoiste, tj. osutkę kiłową [8]. Brak dolegliwości podmiotowych oraz przemijający charakter wczesnych objawów infekcji kiłowej, doskonale znane dermatologom, mogą nie wzbudzać niepokoju samych pacjentów, jak też lekarzy innych specjalności. W omawianych przypadkach dopiero wizyta u specjalisty dermatologa pozwoliła na postawienie właściwej diagnozy. Znaczne opóźnienie we wdrożeniu swistego leczenia spowodowało ujawnienie się jednocześnie, rzadko obecnie spotykanych, tak wielu objawów drugorzędowej kiły nawrotowej. Współistnienie chorób przenoszonych drogą płciową i zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności może zmieniać naturalny przebieg obu infekcji przez pogłębienie defektu immunologicznego. Obecność zmian kiłowych ułatwia bowiem transmisję wirusa HIV, a obniżona odporność komórkowa prowadzi do szybszego, bardziej dynamicznego rozwoju kiły [9–13]. Chorzy mogą zatem prezentować bardziej nasilone objawy kliniczne, co obserwowano u pierwszego z przedstawianych pacjentów. W tym przypadku nie można jednak jednoznacznie rozstrzygnąć, które z omawianych zakażeń było pierwotne i wpłynęło w znamienny sposób na przebieg drugiego – kiła czy zakażenie HIV [7, 14–16].

Objawy kiły drugorzędowej zwykle ujawniają się 3–12 tyg. po samoistnym ustąpieniu objawu pierwotnego, jednak zdarza się bezobjawowy przebieg tego okresu kiły [17]. Zmiany śluzówkowe (plamki opalizujące, nadżerki, angina kiłowa) w obrębie jamy ustnej występują u co najmniej 30% pacjentów z kiłą drugorzędową, chociaż bardzo rzadko owrzodzenia w jamie ustnej mogą być jedyną manifestacją choroby [11]. Poza zmianami na błonach śluzowych i wielopostaciową osutką skórną (na bocznych powierzchniach tułowia, kończynach górnych po stronie zginaczy oraz bocznych powierzchniach kończyn dolnych, z zajęciem dłoni i stóp), do objawów drugorzędowej kiły nawrotowej należą tysienie kiłowe

(drobnoogniskowe lub rozlane), bielactwo kiłowe oraz kłykcinę płaskie. W większości przypadków występowanie jednocześnie wszystkich wymienionych objawów jest rzadko obserwowane, z reguły ujawniają się jeden lub dwa. Dlatego też bogata symptomatologia, to jest współistnienie wielu objawów drugorzędowej kiły nawrotowej oraz długo utrzymujące się przetrwałe objawy pierwotne u pacjentów hospitalizowanych w klinice, wydają się ciekawe i mają dużą wartość dydaktyczną.

Istotne znaczenie dla wczesnego rozpoznawania infekcji kiłowych i zapobiegania dalszemu ich rozpowszechnianiu się ma zwiększenie świadomości lekarzy o narastającym problemie, jakim jest wzrost liczby zachorowań na STD. Ważną okazuje się więc znajomość objawów występujących w różnych okresach kiły i konieczność uwzględniania tej jednostki chorobowej w diagnostyce różnicowej, nie tylko przez dermatologów, ale także lekarzy innych specjalności.

Piśmiennictwo

- Rudnicka I, Majewski S. Choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w 2005 r. *Przeegl Dermatol* 2006; 6: 695-9.
- Soszka-Jakubowska M, Jakubowski A, Janczyło-Jankowska M i wsp. Ocena zapobiegawczych badań serologicznych w kierunku kiły na Białostocczyźnie przed wprowadzeniem reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce i po jej wdrożeniu. *Przeegl Dermatol* 2006; 3: 367-72.
- Lautenschlager S. Cutaneous manifestation of syphilis. *Am J Clin Dermatol* 2006; 7: 291-304.
- Dourmishev LA, Dourmishev AL. Syphilis: uncommon presentations in a adults. *Clin Dermatol* 2005; 23: 555-64.
- Doherty L, Fenton KA, Jones J, et al. Syphilis: old problem, new strategy. *BMJ* 2002; 325: 153-6.
- Weir E, Fishman D. Syphilis: have we dropped the ball. *CMAJ* 2002; 167: 1267-8.
- Mroczkowski T, Benci M, Chodyncka B i wsp. Choroby przenoszone drogą płciową. Czelej, Lublin 2006; 245-326.
- Jabłońska S, Majewski S. Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. Wydawnictwo Medyczne PZWL, Warszawa 2006; 457-76.
- Goh BT. Syphilis in adults. *Sex Transm Infect* 2005; 81: 448-52.
- Baughn RE, Musher DM. Secondary syphilitic lesions. *Clin Microbiol Rev* 2005; 18: 205-16.
- Leao JC, Gueiros LA, Porter SR. Oral manifestations of syphilis. *Clinics* 2006; 61: 161-6.
- Truong HM, Kellogg T, Klausner JD, et al. Increases in sexually transmitted infections and sexual risk behaviour without a concurrent increase in HIV incidence among men who have sex with men in San Francisco: a suggestion of HIV serosorting. *Sex Transm Infect* 2006; 82: 461-6.
- Zetola NM, Klausner JD. Syphilis and HIV infections: an update. *Clin Infect Dis* 2007; 44: 1222-8.
- Beyrer C, Eiumtrakul S, Celentano DD, et al. Same-sex behavior, sexually transmitted diseases and HIV risks among young northern Thai men. *AIDS* 1995; 9: 171-6.
- Dougan S, Evans BG, Elford J. Sexually transmitted infections in Western Europe among HIV positive men who have sex with men. *Sex Transm Dis* 2007; 34: 783-90.
- Marrazzo J. Syphilis and sexually transmitted diseases in HIV infection. *Top HIV Med* 2007; 15: 11-6.
- Dave S, Gopinath DV, Thappa DM. Nodular secondary syphilis. *Dermatol Online J* 2003; 9: 9.