

Tineaként kezelt szifilisz eset tanulságai

Secunder syphilis treated as tinea

MIHALIK NOÉMI DR., TÓTH BÉLA DR., SÁRDY MIKLÓS DR.
Simmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai
Klinika, Országos STD Centrum, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS

A szifilisz a *Treponema pallidum* által kiváltott, egész szervezetet érintő, kezelés nélkül stádiumokban zajló nemibetegség. A klinikai tünetek megjelenése rendkívül változatos, többféle bőrbetegséget utánozhat. 31 éves, szekunder szifiliszben szenvedő nőbetegünket hónapokon át antimikotikumokkal kezelték gombás fertőzés feltételezett diagnózisa miatt, szifilisz szerológiai tesztek csak hónapok múlva végeztek. Szisztémás benzathin penicillin G kezelés hatására regrediáltak a tünetei. Annak ellenére, hogy a szifilisz esetében könnyen elérhető az egyszerű diagnosztikai teszt és a hatékony kezelés egy dózisu, hosszú-hatású i.m. penicillin formájában, a betegség globálisan jelentős közegészségügyi probléma. Terápiarezisztensnek tűnő palmoplantaris bőrtünetek esetén a szifilisz szerológiai tesztek elvégzendők.

Kulcsszavak:

szifilisz – szifilisz diagnosztika – RPR –
TPPA – differenciál diagnózis – tinea pedis

SUMMARY

Syphilis is a systemic sexually transmitted disease, caused by Treponema pallidum. Its clinical manifestations result from local inflammatory responses to replicating spirochetes and often imitate those of other diseases. A 31-year-old woman has been treated by antimycotic agents for months as her skin lesions on her foot were misdiagnosed as tinea pedis. Syphilis serologic tests proved secondary syphilis infection. After parenteral penicillin treatment she was cured and the skin lesions regressed. Despite the availability of simple diagnostic tests and the effectiveness of treatment with a single dose of long-acting penicillin, syphilis is re-emerging as a global public health problem. Clinicians should carry out syphilis serologic testing in case of unusual, therapy resistant palmoplantar skin lesions.

Key words:

syphilis – diagnostics – RPR –
TPPA – differential diagnosis – tinea pedis

A szifilisz incidenciája világszerte emelkedik. A korai szifilisz kontagiozitási indexe magas, a bőrtünetek spontán regressziója ellenére a beteg fertőzőképes marad. A tünetek kialakulásáért a szövetekben szaporodó kórokozó, a *Treponema pallidum* (*T. pallidum*) felelős.

Egy olyan nőbeteg esetét ismertetjük, akinek a bőrtünetei elsők között tinea pedis lehetőségét vetették fel, és csak hónapok elteltével igazolódott, hogy a bizar, alkalmazott kezelésre nem reagáló bőrtünetek hátterében szifilisz fertőzés állt. A betegbemutató mellett célul tűztük ki, hogy ismerjessük a szekunder szifilisz fertőzés esetén felmerülő elkülnítő diagnózisokat.

Esetismertetés

A 31 éves nőbeteg a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikán való megjelenésekor elmondása szerint már 8

hónapja észlelte kissé viszkető bőrtüneteit. A tünetek megjelenése előtt nem észlelt sebet a genitoanalízis tájon és a szájban sem.

Egy külső bőrgyógyászati intézményben a talpi bőrtünetet klinikailag tinea pedis-nek vélelmezték, és lokális, valamint szisztémás antifungális kezelésben részesült. A bőrtünetek az alkalmazott kezelés hatására nem regrediáltak. Diagnosztikus vizsgálatokat ennek ellenére sem végeztek, csak cserélték az antimikotikumokat.

Fizikális vizsgálatkor a jobb talpon mediálisan kb. 4x5 cm átmérőjű, hámló, anuláris, barnásvörös plakk volt látható (1. ábra). A kézujjak bőrén számos pontszerű, hámló papulát láttunk (2. ábra). Megnagyobbodott nyirokcsomót nem tapintottunk.

A klinikai kép alapján többek között szekunder szifilisz kizárásának szükségessége is felmerült, ezért elvégeztük a szerológiai teszteket, valamint szövettani mintavétel is történt. Ez utóbbi nem specifikus krónikus dermatitist mutatott.

A szifilisz szerológia eredménye: TP ELISA, TPPA pozitív, RPR 1:32-ig pozitív. Ez alapján szekunder szifilisz diagnózist állítottunk fel. A beteg a bőrtünetek mellett enyhe fáradékonyságra és fejfájásra panaszkodott, ezért lumbálpunkció történt neuroszifilisz kizárása céljából. A liquor VDRL és TPPA vizsgálata negatív eredményt adott.

A HIV szerológia negatív volt, méhszájból, húgycsóból, végbélből és torokból nyert minták *Neisseria gonorrhoea* fertőzést nem igazoltak.

Levelező szerző: Mihalik Noémi dr.

e-mail: mihalik.noemi@med.semmelweis-univ.hu



1. ábra

A jobb talpon mediálisan kb. 4x5 cm átmérőjű, hámló, anuláris, barnásvörös plakk

A beteg gyógyszer érzékenységről nem tudott, ezért a szakma szabályai szerint kétszeri alkalommal (1. nap, és 7. nap) 2,4 ME hosszú hatású benzathin penicillin G i.m. terápiában részesült szövődménymentesen. A kontroll vizsgálaton már a bőrtünetek regresszióját láttuk.

A beteg 3 éve tartós párkapcsolatban élt élettársával, kontaktuskutatás során egyéb alkalmi partnert nem sikerült felderíteni. A 29 éves élet társnak szifilisz fertőzésre utaló tünetei a vizsgálat időpontjában nem voltak, szerológiai vizsgálat alapján (TP ELISA, TPPA pozitív, RPR negatív) syphilis latens tarda diagnózist állítottuk fel, kezelését megkapta.

Megbeszélés

A szifilisz a *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), által kiváltott, egész szervezetet érintő nemibetegség, jellegzetes lefolyással. A *T. pallidum* 100%-ban megtartotta érzékenységét a penicillinnel szemben (1). A betegség klinikai megjelenése gyakran változatos, számos differenciáldiagnosztikai problémát jelentve a gyakorló orvos számára.

Magyarországon évente körülbelül 650–700 új szifilisz fertőzöttet regisztrálnak (2). A bejelentett esetek 77,9%-a férfi, leggyakrabban a 25–29 éves korosztályt érinti. Legtöbbször szekunder tünetes stádiumban kerülnek a betegek diagnosztizálásra (2). A betegek 25%-ánál ekkor még megta-



2. ábra

A kézujjak bőrén számos pontszerű, hámló papula

| | |
|--------------|---------------------------------|
| Noduláris | Lymphoproliferatív megbetegedés |
| | Dermist érintő mycosis |
| | Kután tuberkulózis |
| | Sarcoidosis |
| | Scleromyxoedema |
| | Lepromatosus lepra |
| | Lymphoma |
| | Leukemia cutis |
| Anuláris | Histiocytosis |
| | Lichen planus |
| | SCLE |
| | Sarcoidosis |
| | Atípusos mycobacterium fertőzés |
| | Granuloma annulare |
| | Erythema annulare centrifugum |
| | Tinea |
| Pustulosus | Psoriasis |
| | Scabies |
| | Folliculitis, furunculus |
| | Papulopustulosus rosacea |
| | Pyoderma gangrenosum |
| Lues maligna | Behcet kór |
| | Sweet szindróma |
| | Echthyma |
| | Bőr anthrax |
| | Pyoderma gangrenosum |
| | Atípusos mycobacterium fertőzés |
| | Vasculitis |

1. táblázat

Atípusos bőrtünetek szekunder szifilisz fertőzésben, differenciál diagnózis

lálható a gyógyulófélben levő fekély is. A kiütés lehet heteken belül múló, de akár hónapokig is fennmaradhat. Kezeletlen betegben is meggyógyul, de heteken-hónapokon belül újabb elváltozások jelentkezhetnek.

Akcidentális antibiotikum kezelés a tünetek megjelenését, a lefolyást módosíthatja, ezért fontos rákérdezni, hogy milyen gyógyszereket szedett a beteg az elmúlt időszakban. Szekunder szifiliszben a bőrtünetek széles spektrumával találkozhat a klinikus, ezért is hívják a betegséget “nagy imitátor”-nak (3). A megjelenő bőrtünetek a *T. pallidum* baktériumok akkumulációja által kiváltott helyi immunológiai válaszreakció eredményeként alakulnak ki. Ebben feltehetően az epidermiszben és dermiszben található vérerek és az erek körüli lymphatikus hálózat játszik szerepet. A baktéri-

um szövethárosító mechanizmusai között membrán-asszociált proteinek, adhezinek, szekréciós enzimek szerepe feltelezhető (4).

A változatos klinikai megjelenés gyakran tévútra viszi a klinikust (1. táblázat). Szekunder szifiliszben leggyakrabban maculopapulosus exanthemák láthatók törzsön, talpon, tenyéren, de előfordul plakkos vagy anuláris megjelenés is (5). Ilyenkor általában egy papulából indul ki a folyamat, ami centrifugálisan terjed, és gyűrű formájú megjelenés alakul ki (6).

A szifilisz roseola hasonlíthat pityriasis rosea, gyógyszerkiütés, akut HIV-reakció, kanyaró, rubeola, illetve skarlát klinikai képére. A condyloma latum a condyloma acuminatumra hasonlíthat. A szifilidek hasonlíthatnak a papuláris lichen ruber planusra, psoriasisra, scabiesre, a láb infekció ekcémájára (7, 8). Viszkető, centrifugálisan növekedést mutató eritémás plakk esetén tinea corporis diagnózisa felmerülhet (8). Az irodalomban találunk példát szekunder szifilisz esetére, ahol a bőrtünetek tinea imbricata (Tokelau) szuperficiális mikózis képére hasonlítottak (9). Korábban Magyarországról egy olyan esetet ismertettek, amikor mikotikus fertőzésnek tűnő köröm tünetek háttérben végül primer szifilisz fertőzés igazolódott. (10) Amennyiben tinea merül fel, a hámkaparék KOH-os mikroszkópos vizsgálata, valamint gomba tenyésztés segíthet a diagnózis alátámasztásában. Irodalmi adatok alapján a KOH és a gomba tenyésztés szenzitivitása csupán 60–85% illetve 40–60%-os (11, 12). Esetünkben ilyen vizsgálat nem történt, de a szövettani vizsgálat során gomba elemeket nem láttunk.

Immunszupprimált állapotban, például HIV-fertőzés egyidejű fennállása esetén a klinikai kép még változatosabb lehet (13). Az általunk ismertett beteg esetében immunszupprimált állapot nem igazolódott.

Esetünk további érdekessége, hogy a talpon kialakult bőrtünet a szifilisz néhány hónapon belül spontán regrediáló hajlamától eltérően hónapokig fennállt. Erre vonatkozóan az irodalomban egy esetet találtunk, ahol a szekunder szifilisz lefolyását egyidejűleg fennálló HTLV-1 vírus fertőzés módosította (14). A betegről emiatt vírus diagnosztika céljából vérvételt tervezünk a következő kontroll vizsgálat idején.

Összefoglalás

Olyan beteg esetét ismertettük, aki a talpon kialakult, klinikailag tinea pedis imitáló plakk kezeléséért hónapokig antimikotikus kezelésben részesült. Esetünk felhívja a figyelmet arra, hogy a szekunder szifilisz számos bőrbeteg-

ség tüneteit utánozhatja. Az atipikus klinikai megjelenésnek és az elmaradt diagnosztikának köszönhetően késett a diagnózis és az adekvát kezelés. Szifilisz szerológiai vizsgálat javasolt minden gyanús, megszokottól eltérő, alkalmazott kezelésre nem gyógyuló bőrtünet esetén.

IRODALOM

1. https://www.antsz.hu/data/cms92727/STD_2018_honlapra.pdf
2. Balagula Y, Mattei P. L., Wisco O. J., Erdag G., és mtsai.: The great imitator revisited: the spectrum of atypical cutaneous manifestations of secondary syphilis. *Int J Dermatol.* (2014) 53, 1434-41. doi: 10.1111/ijd.12518.
3. Peeling R. W., Mabey D., Kamb M. L., Chen X. S. és mtsai.: Syphilis. *Nat Rev Dis Primers.* (2017) 3, 17073. doi: 10.1038/nrdp.2017.73.
4. Baughn R. E., Musher D. M.: Secondary Syphilitic Lesions. *Clinical Microbiology Reviews.* (2005) 18, 205–216.
5. Cotterman C., Eckert L., Ackerman L.: Syphilis mimicking tinea imbricata and erythema annulare centrifugum in an immunocompromised patient. *J Am Acad Dermatol.* (2009) 61, 165-7. doi: 10.1016/j.jaad.2008.10.027.
6. Li Q. F., Han K., Gurung I., Peng X. B.: Secondary syphilis presented with impetigo-like lesions: a rare case report. *Int J Dermatol.* (2018) 57, 141-142. doi: 10.1111/ijd.14134.
7. Dănescu S. A., Szolga B., Georgiu C., Surcel A. és mtsai.: Unusual Manifestations of Secondary Syphilis: Case Presentations. *Acta Dermatovenerol Croat.* (2018) 26, 186-188.
8. Traves K. P., Savage K., Studdiford J. S.: Annular Lesions: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician.* (2018) 98, 283-291.
9. Sarojini, P. A., Dharmaratnam, A. D., Pavithran, K., Gangadharan C.: Concentric rings simulating tinea imbricata in secondary syphilis. A case report. *Br J Venereal Dis.* (1980) 56, 302–303
10. Palfi Z., Ponyai K., Varkonyi V., Karpáti S.: Primary syphilis on the finger. *Dermatology.* (2008) 217, 252-3. doi: 10.1159/000148254.
11. Shenoy M. M., Teerthanath S., Karnaker V. K., Girisha B. S. és mtsai.: Comparison of potassium hydroxide mount and mycological culture with histopathologic examination using periodic acid-Schiff staining of the nail clippings in the diagnosis of onychomycosis. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* (2008) 74, 226–229.
12. Levitt J. O., Levitt B. H., Akhavan A., Yanofsky H.: The sensitivity and specificity of potassium hydroxide smear and fungal culture relative to clinical assessment in the evaluation of tinea pedis: a pooled analysis. *Dermatol. Res. Pract.* (2010) 2010, 764843.
13. Genovese G., Nazzaro G., Coggi A., Gianotti R. és mtsai.: Secondary syphilis masquerading as lupus vulgaris in an HIV-infected patient: A diagnosis suggested by histology. *Int J STD AIDS.* (2018) 29, 1454-1456. doi: 10.1177/0956462418795590.
14. Carnaíba D. Jr, Bittencourt A., Brites C.: Atypical presentation of syphilis in an HTLV-I infected patient. *Braz J Infect Dis.* (2003) 7, 273-7

Érkezett: 2019. 07. 22.

Közlésre elfogadva: 2019. 07. 31.