

Łysienie jako dominujący objaw kiły

Alopecia as the main manifestation of syphilis

Anna Wojas-Pelc, Andrzej Jaworek, Magdalena Pirowska, Joanna Sułowicz

Katedra i Klinika Dermatologii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. med. Anna Wojas-Pelc

Przeł Dermatol 2009, 96, 271–277

SŁOWA KLUCZOWE:

łysienie kilowe, kiła drugorzędowa, nakładanie objawów łuszczycy i kiły.

KEY WORDS:

alopecia syphilitica, secondary syphilis, overlapping symptoms of psoriasis and syphilis.

ADRES DO KORESPONDENCJI:

prof. dr hab. med. Anna Wojas-Pelc
Katedra i Klinika Dermatologii
Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego
ul. Kopernika 19, 31-501 Kraków
e-mail: wojaspelca@su.krakow.pl

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Wypadanie włosów może być jednym z objawów klinicznych „wielkiego naśladowcy”, jak nie bez przyczyny nazywa się kiłę. Częstość utraty włosów w tej chorobie szacuje się w piśmiennictwie w zależności od źródła na 2,9–7%, przy czym najczęściej utratę włosów stwierdzano w grupie heteroseksualnych mężczyzn (7%) w porównaniu z 5% u kobiet i 4% u homoseksualistów chorujących na kiłę. W 1940 roku McCarthy opisał dwa typy łysienia kilowego – objawowe jako znamienne dla kiły drugorzędowej oraz izolowane, występujące jako jedyny objaw u pacjentów z kiłą utajoną.

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie pięciu przypadków klinicznych chorych na kiłę, u których dominującym lub jedynym objawem choroby oraz powodem zgłoszenia się do dermatologa było wypadanie włosów.

Opis przypadków. Pięciu chorych (1 kobieta i 4 mężczyzn) w wieku 21–51 lat zgłosiło się do Kliniki z powodu utrzymującego się od kilku miesięcy wypadania włosów. W trzech przypadkach poza łysieniem w obrębie skóry głowy (ogniskowym lub rozlanym) stwierdzono na skórze i/lub błonach śluzowych zmiany charakterystyczne dla kiły drugorzędowej, w jednym przypadku nie zaobserwowano żadnych zmian skórnych i śluzówkowych, natomiast u jedynej badanej kobiety zlewnie wypadanie włosów oraz plamy mleczne na błonach śluzowych jamy ustnej współistniały z typowymi zmianami łuszczycowymi. We wszystkich przypadkach rozpoznanie kiły drugorzędowej potwierdzono badaniami serologicznymi. W 2 z 5 przypadków stwierdzono zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, które stanowiły podstawę rozpoznania kiły drugorzędowej z zajęciem układu nerwowego.

Wnioski. Obserwacje autorów niniejszego opracowania wskazują, że u wszystkich pacjentów z nagłą, niewyjaśnioną utratą włosów konieczne jest wykonywanie badań serologicznych w kierunku kiły.

ABSTRACT

Introduction. Alopecia is one of the clinical manifestations of syphilis, often called “the great imitator”. Hair loss in syphilis occurs infrequently, various sources have reported an incidence of 2.9-7%, and it is most common in heterosexual (7%) vs. homosexual men (4%), and women (5%). In 1940, McCarthy described two types of syphilitic alopecia: symptomatic alopecia associated with other lesions of secondary syphilis, and essential syphilitic alopecia in patients without any other cutaneous or mucosal manifestations of the disease.

Objective. The aim of the study was to present hair loss as the main or sole manifestation of syphilis in 5 cases.

Case report. Five patients (1 woman and 4 men) aged of 21-51 years reported to our dermatology department due to extensive hair loss observed for some months. In 3 cases, apart from diffuse or patchy alopecia changes characteristic for secondary syphilis were present. In one case alopecia was the only clinical symptom of *T. pallidum* infection, while in another one cutaneous and mucosal signs of syphilis coexisted with typical psoriatic papules. In all cases the diagnosis of secondary syphilis was confirmed by serological tests. In two cases abnormalities in cerebrospinal fluid were disclosed and secondary syphilis with nervous system involvement was diagnosed.

Conclusions. Our observations strongly indicate that in all patients with sudden, unexplained hair loss, serological tests for syphilis should be performed.

WPROWADZENIE

W ostatnich latach obserwuje się ponowne zwiększenie liczby zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową. W 2005 roku zgłoszono o 3% więcej przypadków kiły w porównaniu z rokiem poprzednim [1]. Częstość kiły w Polsce według Rocznika Statystycznego z 2008 roku szacuje się na około 900 nowo zarejestrowanych zachorowań rocznie (2000 rok – 975, 2005 rok – 828, 2006 rok – 933) [2]. Rzeczywisty rozmiar problemu może być znacznie większy, nie wszystkie bowiem zachorowania są rejestrowane.

Wypadanie włosów może być jednym z objawów klinicznych „wielkiego naśladowcy”, jak nie bez przyczyny nazywa się kiłę (*lues*). Częstość utraty włosów w tym schorzeniu szacuje się w piśmiennictwie w zależności od źródła na 2,9–7%, przy czym najczęściej utratę włosów stwierdzano w grupie heteroseksualnych mężczyzn (7%) w porównaniu z 5% u kobiet i 4% u homoseksualistów chorujących na kiłę [3, 4]. W 1940 roku McCarthy opisał dwa typy łysienia kiłowego – objawowe jako znamienne dla kiły drugorzędowej oraz izolowane, występujące jako jedyny objaw u pacjentów z kiłą utajoną [5]. Wypadanie włosów w przebiegu kiły drugorzędowej (*lues secundaria*) najczęściej towarzyszy zmianom skórnym o charakterze kiłowych wykwitów grudkowych. Utrata włosów pojawia się około 8.–12. tygodnia po pojawieniu się pierwszych objawów kiły drugorzędowej. Utracie włosów charakterystycznej dla kiły utajonej nie towarzyszą natomiast żadne inne, skórne lub śluzówkowe, objawy schorzenia. Niezmiernie rzadko łysienie jest jedynym lub dominującym objawem kiły.

Wyróżnia się trzy wzorce łysienia w przebiegu schorzenia:

- klasyczne, ogniskowe przerzedzenie włosów, występujące zwłaszcza na obwodzie skóry głowy (w okolicy

skroniowej i potylicznej), które przypomina wyglądem futro wygryzione przez mole oraz

- rozlane, charakteryzujące się uogólnionym przerzedzeniem i scieńczeniem włosów,
- postać mieszaną, łączącą cechy obu powyższych, typ łysienia stosunkowo rzadki, opisywany głównie w starszym piśmiennictwie [6].

Kiłowe wypadanie włosów jest zapalną postacią łysienia niebliznowaciejącego. W ogniskach łysienia kiłowego w badaniu histologicznym stwierdzono niezbyt obfite nacieki limfocytarne w okolicy okołoopuszkowej włosa oraz plazmocytarne nacieki wokółnaczyniowe. W badaniu immunohistochemicznym wykazano obecność krętków białych w mieszczkach włosowych u chorych na kiłę drugorzędową z łysieniem drobnoogniskowym [5].

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie 5 chorych na kiłę, u których dominującym lub jedynym objawem klinicznym choroby oraz powodem zgłoszenia się do dermatologa było wypadanie włosów.

OPIS PRZYPADKÓW

Przypadek I.

Chora, lat 23, wykształcenie podstawowe, orientacja heteroseksualna, od 4 lat ma jednego partnera seksualnego. Zgłosiła się do Kliniki z powodu utrzymujących się od pół roku zmian na skórze owłosionej głowy, którym towarzyszyło zlewne wypadanie włosów. Około 2 miesiące po pojawieniu się zmian na głowie zauważyła na tułowiu i kończynach drobne, pojedyncze zmiany grudkowo-rumieniowe pokryte łuską. Od miesiąca po-



Ryc. 1. Przypadek 1. Na podłożu rumieniowym liczne wykwitwy grudkowe pokryte białą łuską. Masywne wypadanie włosów typu rozlanego

Fig. 1. Case 1. Numerous erythematous papules covered with a white scale. Massive hair loss (pattern of diffuse alopecia)



Ryc. 2. Przypadek 1. Plama mleczna na przednim brzegu języka

Fig. 2. Case 1. Opaline patch on the tip of tongue

dobne zmiany wystąpiły na dłoniach i podeszwach. Trzy siostry babci chorują na łuszczycę. Leczona przez dermatologa z rozpoznaniem łuszczycy lekami steroidowymi miejscowo, nie uzyskano jednak poprawy stanu miejscowego, nasilało się niepokojące chorą wypadanie włosów. W trakcie badania klinicznego, oprócz opisanych powyżej zmian na skórze głowy, tułowia oraz dłoniach i podeszwach, stwierdzono masywne wypadanie włosów typu rozlanego (ryc. 1.), na przednim brzegu języka plamę mleczną (ryc. 2.), na śluzówce podniebienia kilka plamek barwy białawej, na wargach sromowych większych oraz w okolicy odbytu pojedyncze, rumieniowe grudki oraz nadżerki. Odnotowano również powiększone, niebolesne węzły chłonne karkowe, podżuchwowe i pachwinowe. Rok wcześniej chorą leczono doustnym antybiotykiem z powodu infekcji dróg moczowo-płciowych (nazwy leku, dawek, czasu leczenia nie pamięta). Wyniki badań surowicy w kierunku kiły były następujące: VDRL silnie dodatni (+++), miano 1/32, FTA dodatni, miano 1/16 000, FTA-ABS dodatni i TPHA dodatni (++). Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego: barwa wodojasna, przejrzystość zupełna, cytoza 1, białko 0,28 g/l, cukier 3,2 mmol/l, VDRL ujemny, FTA ujemny i FTA-ABS ujemny. U partnera chorej na podstawie badania klinicznego oraz serologicznego surowicy i płynu mózgowo-rdzeniowego rozpoznano kiłę drugorzędową bezobjawową surowiczo-dodatnią.

Przypadek 2.

Chory, lat 31, nauczyciel, homoseksualista. Zgłosił się do ambulatorium Kliniki Dermatologii z powodu wypadania włosów na skórze głowy, które zauważył kilka miesięcy wcześniej. W badaniu fizykalnym stwierdzono liczne drobne ogniska wypadania włosów szczególnie nasilone w okolicy skroniowej i potylicznej (ryc. 3.), natomiast na dłoniach i podeszwach grudki rumieniowe z nasilonym złuszczeniem obwodowym (ryc. 4.). Węzły chłonne

ne szyjne były powiększone. Badanie surowicy w kierunku kiły dało następujące wyniki: VDRL dodatni (+++), miano 1/32, FTA dodatni, miano 1/16 000, FTA-ABS dodatni i TPHA dodatni (+++). Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego: barwa wodojasna, przejrzystość zupełna, cytoza 59, białko 0,85 g/l, cukier 2,4 mmol/l, VDRL ujemny, FTA dodatni, miano 1/10 oraz FTA-ABS dodatni.



Ryc. 3. Przypadek 2. Liczne drobne, nieregularne ogniska wypadania włosów szczególnie nasilone w okolicy skroniowej i potylicznej

Fig. 3. Case 2. Patchy hair loss, especially pronounced in parietal and occipital region



Ryc. 4. Przypadek 2. Grudki rumieniowe z nasilonym zluszczeniem obwodowym na podszewkach

Fig. 4. Case 2. Erythematous papules with peripheral scaling on the soles

Przypadek 3.

Chory, lat 33, przedstawiciel medyczny, homoseksualista. Zgłosił się do Kliniki z powodu wypadania włosów, które zauważył od kilku miesięcy. Na skórze owłosionej głowy stwierdzono liczne, rozlane, drobne ogniska wyłysienia (ryc. 5.), natomiast na tułowiu, zwłaszcza na powierzchniach bocznych, dyskretną osutkę plamistą. Migdałki podniebienne, głównie po stronie lewej, oraz węzły chłonne pachwinowe i karkowe były powiększone. Badanie surowicy w kierunku kiły dało następujące wyniki: VDRL dodatni (+++), miano 1/32, FTA dodatni, miano 1/32 000, FTA-ABS dodatni i TPHA dodatni (++). Badanie płynu mózgowo-rdzenio-



Ryc. 5. Przypadek 3. Na skórze owłosionej głowy liczne, drobne, rozlane ogniska wyłysienia

Fig. 5. Case 3. Numerous, fine foci of diffuse hair loss on the scalp

wego: barwa wodojasna, przejrzystość zupełna, cytoza 1, białko 0,31 g/l, cukier 2,8 mmol/l, chlorki 125 mmol/l, VDRL ujemny, FTA ujemny oraz FTA-ABS ujemny.

Przypadek 4.

Chory, lat 39, organista, biseksualista. Pacjent zgłosił się do Kliniki z powodu zlewnego wypadania włosów na głowie, które zauważył od kilku miesięcy. W badaniu fizykalnym poza rozlanym wypadaniem włosów na skórze głowy nie stwierdzono żadnych odchyłeń od normy (ryc. 6.). Podał przygodny kontakt homoseksualny kilka miesięcy wcześniej. Badanie surowicy w kierunku kiły dało następujące wyniki: VDRL dodatni (+++), miano 1/16, FTA dodatni, miano 1/16 000, FTA-ABS dodatni oraz TPHA dodatni (++). Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego: barwa wodojasna, przejrzystość klarowna, cytoza 26, białko 0,43 g/l, cukier 3,15 mmol/l, chlorki 114 mmol/l, VDRL ujemny, FTA dodatni, miano 1/30 oraz FTA-ABS dodatni.

Przypadek 5.

Chory, lat 51, wykształcenie podstawowe, heteroseksualista. Do Kliniki pacjent zgłosił się z powodu wypadania włosów na głowie, które zauważył około miesiąca temu. Na bokach tułowia pojawiła się plamisto-grudkowa wysypka, a 2 tygodnie wcześniej leczenie zmian na dłoniach i stopach maścią Cutivate przepisana przez dermatologa nie przyniosło spodziewanego efektu. W wywiadzie pacjent podał przygodny kontakt heteroseksualny około 4 miesięcy wcześniej. Stwierdzono na-



Ryc. 6. Przypadek 4. Rozlane wypadanie włosów na skórze głowy

Fig. 6. Case 4. Diffuse loss of scalp hair



Ryc. 7. Przypadek 5. Na skórze głowy owłosionej, głównie w okolicy potylicznej, liczne ogniska łysienia typu „futra wygryzionego przez mole”

Fig. 7. Case 5. Patchy pattern of hair loss in the parietal and occipital regions (the "moth-eaten" type)



Ryc. 8. Przypadek 5. Plamy mleczne na błonie śluzowej policzka
Fig. 8. Case 5. Opaline patches on the cheek mucosa



Ryc. 9. Przypadek 5. Na dłoniach i stopach zmiany plamisto-grudkowe, łuszczące się obwodowo z widocznym kołnierzykiem Bietta

Fig. 9. Case 5. Maculopapular lesions with peripheral scaling (Bieta's collar) on palms

stępujące choroby towarzyszące: chorobę niedokrwieną serca, cukrzycę typu 2, zwyrodnienie kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego oraz chorobę wrzodową dwunastnicy. Stan dermatologiczny w chwili przyjęcia do Kliniki był następujący: na skórze owłosionej głowy, głównie w okolicy potylicznej, stwierdzono liczne ogniska łysienia drobnoogniskowego typu „futra wygryzionego przez mole” (ryc. 7.), na błonie śluzowej jamy ustnej plamy mleczne (ryc. 8.), na skórze tułowia i kończyn niezbyt obfite, różnej wielkości wykwity plamiste, na dłoniach i stopach zmiany plamisto-grudkowe, łuszczące się obwodowo, z widocznym kołnierzykiem Bietta (ryc. 9.), a ponadto powiększenie węzłów chłonnych pachwinowych i szyjnych. Badanie surowicy w kierunku kiły dało następujące wyniki: VDRL dodatni (+++), miano 1/32, FTA dodatni, miano 1/32 000, FTA-ABS dodatni i TPHA dodatni (++) . Z powodu dużych zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa dwukrotnie wykonana punkcja lędźwiowa nie pozwoliła na pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego do badań serologicznych w kierunku kiły.

U wszystkich prezentowanych chorych wykonano badania w kierunku obecności infekcji wirusem HIV, które dały wynik ujemny. Wszyscy byli badani przez neurologa, psychiatrę i okulistę, którzy nie stwierdzili objawów klinicznych charakterystycznych dla kiły.

OMÓWIENIE

W prezentowanej grupie 5 pacjentów chorych na kiłę była 1 kobieta i 4 mężczyzn w wieku 23–51 lat. Tylko dwoje chorych zgłosiło stałych partnerów (u partnerów po badaniu rozpoznano kiłę drugorzędową bezobjawową i poddano ich leczeniu), pozostali badani zgłosili przygodne kontakty seksualne, natomiast trzy osoby podawały kontakty homoseksualne. Zgodnie z najnowszymi danymi epidemiologicznymi najczęściej na kiłę chorują pacjenci w wieku 25–29 lat, w USA w 2006 roku wśród chorych na kiłę pierwszorzędową i drugorzędową stosunek mężczyzn do kobiet wynosił 6 : 1. Aż 64% chorych na kiłę mężczyzn podawało liczne, przypadkowe kontakty seksualne. Zgodnie z tymi danymi wśród najczęstszych czynników ryzyka wystąpienia kiły wymienia

się: stosunki seksualne bez zabezpieczenia, promiskuityzm i dożylnie przyjmowanie narkotyków [7].

Wszyscy prezentowani przez nas chorzy zgłosili się do Kliniki wyłącznie z powodu utraty włosów. W wywiadzie chorzy podawali utrzymywanie się tego objawu od 1 do 6 miesięcy. U trzech chorych wypadanie włosów miało postać łysienia rozlanego, a u dwóch wystąpiła wyraźna predylekcja do zajmowania okolicy skroniowej i potylicznej – ta postać według niektórych autorów uznawana jest za klasyczną, typową dla kiły [6]. Za pomocą badania fizykalnego u wszystkich chorych stwierdzono wypadanie włosów jedynie w obrębie skóry owłosionej głowy. W przebiegu kiły opisywano przerzedzenie włosów także w obrębie brwi, rzęs, pach, okolicy łonowej oraz brody u mężczyzn [8]. W piśmiennictwie opisywane są także przypadki nietypowej lokalizacji utraty owłosienia, np. na skórze kończyn [9].

U wszystkich prezentowanych chorych na podstawie badania klinicznego oraz badań serologicznych krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego rozpoznano kiłę drugorzędową, w dwóch przypadkach (2. i 4.) z zajęciem układu nerwowego. McCarthy (wg 6) sugerował, że łysienie kiłowe wiąże się z obecnością krętków w płynie mózgowo-rdzeniowym i zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Wydaje się jednak, że obserwacje prowadzone w kolejnych latach nie potwierdzają tej teorii [5, 6, 9, 10]. Na podstawie obserwacji autorów niniejszej pracy u 2 z 4 chorych, u których wykonano badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, współistniały łysienie kiłowe i zajęcie ośrodkowego układu nerwowego, co świadczyłoby raczej o przypadkowym rozłożeniu objawów niż bezpośredniej korelacji. Tylko u jednego prezentowanego pacjenta wypadanie włosów na skórze owłosionej głowy było jedynym objawem klinicznym „kiły utajonej surowiczo-dodatniej”. Wyniki badań laboratoryjnych płynu mózgowo-rdzeniowego pozwoliły na rozpoznanie kiły układu nerwowego, nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, psychiatrycznym i okulistycznym.

Łysienie zwykle nie towarzyszy kile pierwszorzędowej, jednak kazuistycznie przedstawiano przypadki, w których objaw pierwotny występował w obrębie skóry owłosionej, co skutkowało wypadaniem włosów w tej okolicy [6]. Reddy i wsp. opisali epizod łysienia kiłowego o typie ogniskowego przerzedzenia włosów towarzyszący małogłowiu u noworodka z kiłą wrodzoną [11].

We wszystkich trzech postaciach łysienia kiłowego (klasyczna, rozlana, mieszana) może dominować telogenowy, dystroficzny lub mieszany mechanizm łysienia [12]. Utrata włosów o charakterze *telogen effluvium* wiąże się raczej z przebiegiem kiły jako przewlekłej choroby niż bezpośrednim działaniem krętków na mieszki włosowe. Obraz histologiczny z ognisk typu *alopecia syphilitica* jest bardzo zbliżony do stwierdzanego w ogniskach łysienia plackowatego (*alopecia areata*). Według Lee i Hsu łysienie plackowate charakteryzuje się więk-

szym naciekiem eozynofilowym, natomiast w łysieniu kiłowym dominują komórki plazmatyczne [10]. W 2007 roku Nam-Cha i wsp. po raz pierwszy opisali obecność krętka bladego w preparacie ze skóry owłosionej [5]. Bakterie były obecne wokół opuszki oraz przenikały do wnętrza macierzy włosa, towarzyszyły im intensywne nacieki zapalne. W biopsji pobranej z okolic niezmięnionej skóry nie stwierdzono obecności *Treponema pallidum* [5]. Ze względu na trudności diagnostyczne w wykrywaniu krętka w preparacie bezpośrednim wydaje się wskazane wykonywanie badań serologicznych w kierunku kiły u pacjentów z niewyjaśnioną, nagłą utratą włosów [13].

Ocenę kliniczną łysienia kiłowego mogą utrudniać towarzyszące schorzenia dermatologiczne, podobnie jak w przypadku opisywanej pacjentki. U chorej dominowały objawy uogólnionej łuszczycy, poparte dodatnim wywiadem rodzinnym. Nasilona utrata włosów nie jest objawem typowym dla łuszczycy. Najczęściej w przebiegu tej dermatozy, w związku z obecnością licznych, krętych naczyń krwionośnych w obrębie wydłużonych brodawek, włosy są mocne i zdrowe. Ze względu na atypowy przebieg schorzenia w obrębie owłosionej skóry głowy oraz dodatkowe objawy kliniczne (plamy mleczne na śluzówkach, zmiany na genitaliach, powiększone węzły chłonne) wykonano badania serologiczne, co pozwoliło na rozpoznanie kiły. Wypadanie włosów w przebiegu łuszczycy może wiązać się ze stanem zapalnym toczącym się pod blaszkami łuszczycowymi. W przebiegu łuszczycy opisywano zarówno łysienie ogniskowe (75%), jak i rozlane (25%) [14]. Po prawidłowym leczeniu łuszczycy u większości pacjentów uzyskuje się odrost włosów, jednak nawet u 10% chorych na to schorzenie może wystąpić trwałe wyłysienie z bliznowaceniem [15].

Od ponad 50 lat w leczeniu wszystkich stadiów kiły i w profilaktyce późnych następstw choroby stosuje się penicylinę, zapewniającą wyleczenie i zapobiegającą transmisji zakażenia drogą płciową. Wybór preparatu (tj. penicylina benzatynowa, prokainowa czy krystaliczna), dawka leku i czas leczenia zależą od fazy choroby oraz objawów klinicznych. W leczeniu *alopecia syphilitica* stosuje się schematy stosowane w leczeniu kiły drugorzędowej, zgodnie z wytycznymi *Center for Disease Control and Prevention* (2006) – penicylina benzatynowa G, 2,4 mln j. *i.m.* w pojedynczej dawce przez 30 dni. Leczeniem drugiego rzutu, w razie nadwrażliwości na penicylinę, są tetracykliny lub makrolidy (doksycyklina 2 × 100 mg *p.o.*, erytromycyna 4 × 500 mg *p.o.* przez 20 dni). W razie stwierdzenia zajęcia ośrodkowego układu nerwowego zmienia się schemat postępowania, stosuje się bowiem roztwór wodny penicyliny krystalicznej 18–27 mln j. podawany dożylnie co 4–8 godzin w dawce jednorazowej 3–9 mln j. lub w stałym wlewie dożylnym przez 10–14 dni. Przy braku zgody chorego na hospitalizację i leczenie dożylnie można zastoso-

wać alternatywny sposób leczenia, tj. penicylinę prokainową 2,4 mln j. *i.m.* raz na 24 godziny przez 10–14 dni oraz probenecyd w dawce 500 mg *p.o.* 4 razy na 24 godziny przez 10–14 dni. Czas trwania zalecanej i alternatywnej terapii w przypadku kiły z zajęciem ośrodkowego układu nerwowego jest krótszy w porównaniu z czasem leczenia kiły przebiegającej bez zajęcia tego układu. Z tego powodu po zakończeniu leczenia u chorych na kiłę z zajęciem ośrodkowego układu nerwowego niektórzy eksperci stosują penicylinę benzatynową w dawce 2,4 mln j. *i.m.* raz na tydzień, przez 3 tygodnie [16]. W polskich ośrodkach dermatologicznych powszechniej niż penicylina G stosowana jest penicylina prokainowa według schematu identycznego, jak w przypadku penicyliny benzatynowej w dawkach odpowiadających: 2,4 mln j. penicyliny G = 1,2 mln j. penicyliny prokainowej.

W piśmiennictwie opisywano częste występowanie u pacjentów z łysieniem nasilonych nerwic lękowych prowadzących do zaburzeń w relacjach międzyludzkich oraz wiążących się z koniecznością terapii przeciwdepresyjnej. Dlatego konieczna jest wczesna, precyzyjna diagnostyka utraty włosów i włączenia odpowiedniego leczenia w celu uniknięcia powikłań psychospołecznych [17, 18].

Obserwacje autorów niniejszej pracy, podobnie jak wcześniejsze doniesienia, wskazują, że u wszystkich pacjentów z nagłą utratą włosów o niewyjaśnionej przyczynie konieczne jest wykonywanie badań serologicznych w kierunku kiły.

Piśmiennictwo

1. **Karlińska-Jachowska M., Chmielnicki P., Dziańkowska-Bartkowiak B., Waszykowska E., Torzecka J.D.:** Kiła – problem XXI wieku. *Post Dermatol Alergol* 2007, 24, 233-237.
2. **Mały Rocznik Statystyczny Polski 2008, GUS, Warszawa 2008.** Dostęp na: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbc/gus/PUBL_maly_rocznik_statystyczny_2008.pdf.
3. **Chapel T.A.:** The signs and symptoms of secondary syphilis. *Sex Transm Dis* 1980, 7, 161-164.
4. **Mindel A., Tovey S.J., Timmins D.J., Williams P.:** Primary and secondary syphilis, 20 years' experience. 2. Clinical features. *Genitourin Med* 1989, 65, 1-3.
5. **Nam-Cha S.H., Guhl G., Fernandez-Pena P., Fraga J.:** Alopecia syphilitica with detection of *Treponema pallidum* in the hair follicle. *J Cutan Pathol* 2007, 34 (Suppl. 1), 37-40.
6. **Cuozzo D.W., Benson P.M., Sperling L.C., Skelton H.G. 3rd:** Essential syphilitic alopecia revisited. *J Am Acad Dermatol* 1995, 32, 840-843.
7. **Liu P., Euerle B., Chandrasekar P.H.:** Syphilis. Dostępne na: <http://www.emedicine.com/med/topic2224.htm>, 3 (1), 3 stycznia, 2002.
8. **Jenerowicz D., Pawlaczyk M., Żaba R.:** Kiła ciągłym wyzwaniem dla lekarzy. *Przew Lek* 2003, 6, 74-82.
9. **Pareek S.S.:** Unusual location of syphilitic alopecia: a case report. *Sex Transm Dis* 1982, 9, 43-44.
10. **Lee J.Y., Hsu M.:** Alopecia syphilitica, a simulator of alopecia areata: histopathology and differential diagnosis. *J Cutan Pathol* 1991, 18, 87-92.
11. **Reddy S., Bushore D., Levy A., Skinner R.B. Jr.:** Early diffuse alopecia in a neonate with congenital syphilis. *Pediatr Dermatol* 2006, 23, 564-566.
12. **Brzezińska-Wcisło L.:** Łysienia związane z chorobami ustroju. *Przew Lek* 2000, 5, 97-98.
13. **Kennedy C.:** Syphilis presenting as hair loss. *Br Med J* 1976, 2, 854.
14. **Gül U., Soylu S., Demiriz M.:** Noncicatricial alopecia due to plaque-type psoriasis of the scalp. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009, 75, 78-80.
15. **Runne U., Kroneisen-Wiersma P.:** Psoriatic alopecia: acute and chronic hair loss in 47 patients with scalp psoriasis. *Dermatology* 1992, 185, 82-87.
16. **Frona A.:** Leczenie chorób przenoszonych drogą płciową. Część I: Choroby objawiające się owrzodzeniami narządów płciowych. Aktualne (2006 r.) wytyczne Centers for Disease Control and Prevention. *Med Prakt Gin Poł* 2007, 6, 13-30.
17. **Nardi A.:** Psychological impact of alopecia: alopecia may lead to social anxiety. *BMJ* 2005, 331, 1084.
18. **Brewster M.:** Psychological impact of alopecia: don't forget syphilis. *BMJ* 2005, 331, 1084.

Otrzymano: 13 VII 2009 r.

Zaakceptowano: 17 VII 2009 r.